

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia secara etimologi berasal dari bahasa Yunani yaitu "*schizo*" yang berarti "terpotong" atau "terpecah" dan "*phren*" yang berarti "pikiran", sehingga skizofrenia berarti pikiran yang terpisah (Maramis, 2006). Arti dari kata-kata tersebut menjelaskan tentang karakteristik utama dari gangguan skizofrenia, yaitu pemisahan antar pikiran, emosi, dan perilaku dari orang yang mengalaminya. Skizofrenia merupakan gangguan psikis yang ditandai dengan penyimpangan realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, serta disorganisasi persepsi, pikiran, dan kognitif (Stuart, 2013). Skizofrenia juga dapat diartikan terpecahnya pikiran, perasaan, dan perilaku sehingga yang dilakukan tidak sesuai dengan pikiran dan perasaan orang yang mengalaminya (Prabowo, 2014).

Berdasarkan pengertian yang diuraikan diatas, dapat disimpulkan skizofrenia adalah gangguan psikis dengan adanya pemisahan antara pikiran, emosi, dan perilaku dari orang yang mengalaminya ditandai dengan penyimpangan realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, serta disorganisasi persepsi, pikiran, dan kognitif.

2.1.2 Faktor Penyebab Skizofrenia

Menurut Maramis (2002), faktor-faktor yang berisiko untuk terjadinya Skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Keturunan

Faktor keturunan menentukan timbulnya skizofrenia, dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9 – 1,8%, bagi saudara kandung 7 – 15%, bagi anak dengan salah satu anggota keluarga yang menderita Skizofrenia 7 – 16%, bila kedua orang tua menderita Skizofrenia 40 – 68%, bagi kembar dua telur (*heterozigot*) 2 – 15%, bagi kembar satu telur (*monozigot*) 61 – 86%.

b. Endokrin

Skizofrenia mungkin disebabkan oleh suatu gangguan endokrin. Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium.

c. Metabolisme

Ada yang menyangka bahwa skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan metabolisme, karena penderita dengan skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat.

d. Susunan saraf pusat

Ada yang berpendapat bahwa penyebab skizofrenia ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu pada diensefalon atau korteks otak.

e. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh suatu penyakit badaniah tetapi merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi. Oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian dan lama-kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan (*otisme*).

f. Teori Sigmund Freud

Terjadi kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme.

g. Eugen Bleuler

Skizofrenia, yaitu jiwa yang terpecah-belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan.

2.1.3 Klasifikasi

Skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III). Adapun pengklasifikasian skizofrenia sebagai berikut :

a. Skizofrenia paranoid

Pedoman diagnostik skizofrenia paranoid antara lain :

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- 2) Halusinasi dan atau yang menonjol

3) Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik relatif tidak ada

b. Skizofrenia hebefrenik

Pedoman diagnostik skizofrenia hebefrenik antara lain :

- a) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- b) Diagnosis hebefrenik hanya ditegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun)
- c) Gejala bertahan sampai 2-3 minggu
- d) Afek dangkal dan tidak wajar, senyum sendiri, dan mengungkapkan sesuatu dengan di ulang-ulang.

c. Skizofrenia katatonik

Pedoman diagnostik skizofrenia katatonik antara lain :

- a) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- b) Stupor (reaktivitas rendah dan tidak mau bicara)
- c) Gaduh – gelisah (tampak aktifitas motorik yang tidak bertujuan untuk stimuli eksternal)
- d) Rigiditas (kaku tubuh)
- e) Diagnosis katatonik bisa tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak dikarenakan klien tidak komunikatif

d. Skizofrenia tak terinci

Pedoman diagnostik skizofrenia tak terinci antara lain :

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- 2) Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik

3) Tidak memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresipasca-skizofrenia

e. Skizofrenia pasca skizofrenia

Pedoman diagnostik skizofrenia pasca-skizofrenia antara lain :

- 1) Klien menderita skizofrenia 12 bulan terakhir
- 2) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada namun tidak mendominasi
- 3) Gejala depresif menonjol dan mengganggu

f. Skizofrenia simpleks

Pedoman diagnostik skizofrenia simpleks antara lain :

- 1) Gejala negatif yang khas tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik
- 2) Disertai dengan perubahan perilaku pribadi yang bermakna

g. Skizofrenia tak spesifik

Skizofrenia tak spesifik tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan

2.1.4 Gejala Skizofrenia

Menurut Maramis (2006) gejala yang muncul pada klien skizofrenia digolongkan menjadi tiga gejala, 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 tidak runtutnya 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. Dalam hal 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

Gejala kognitif yang muncul pada orang dengan skizofrenia melibatkan masalah memori dan perhatian. Gejala kognitif akan mempengaruhi orang dengan skizofrenia dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti bermasalah dalam memahami informasi, kesulitan menentukan pilihan, kesulitan dalam konsentrasi, dan kesulitan dalam mengingat (Maramis, 2009).

2.1.5 Penatalaksanaan

Tujuan utama dari penatalaksanaan skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal klien dan mencegah kekambuhannya. Belum ada pengobatan yang spesifik dalam masing-masing subtype skizofrenia (Prabowo, 2014).

Menurut Maramis (2006) penatalaksanaan skizofrenia adalah :

a. Terapi Farmakologi

Obat-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi klien skizofrenia adalah golongan obat antipsikotik. Penggunaan obat antipsikotik

digunakan dalam jangka waktu yang lama dikarenakan obat antipsikotik berfungsi untuk terapi pemeliharaan, pencegah kekambuhan, dan mengurangi gejala yang timbul pada orang dengan skizofrenia (Prabowo, 2014). Obat antispikotik terdiri dari dua golongan yaitu :

1) Antipsikotik Tipikal

Antipsikotik tipikal merupakan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi mengblok reseptor dopamin. Antipsikotik ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif yang muncul pada klien skizofrenia.

2) Antipsikotik Atipikal

Antipsikotik atipikal merupakan antipsikotik generasi baru yang muncul pada tahun 1990-an. Aksi obat ini adalah mengblok reseptor dopamin yang rendah. Antipsikotik atipikal merupakan pilihan pertama dalam terapi skizofrenia. Antipsikotik atipikal efektif dalam mengatasi gejala positif maupun negatif yang muncul pada orang dengan skizofrenia.

Menurut Ikawati (2011) pengobatan dan pemulihan skizofrenia terdiri dari beberapa tahap pengobatan dan pemulihan, yaitu :

1) Terapi fase akut

Pada fase akut ini, klien menunjukkan gejala psikotik yang jelas dengan ditandai gejala positif dan negatif. Pengobatan pada fase ini bertujuan mengendalikan gejala psikotik yang muncul pada orang dengan skizofrenia. Pemberian obat pada fase akut diberikan dalam waktu enam minggu.

2) Terapi fase stabilisasi

Pada fase stabilisasi klien mengalami gejala psikotik dengan intensitas ringan. Pada fase ini klien mempunyai kemungkinan besar untuk kambuh sehingga dibutuhkan pengobatan rutin menuju tahap pemulihan.

3) Terapi fase pemeliharaan

Terapi pada fase pemeliharaan diberikan dalam jangka waktu panjang dengan tujuan dapat mempertahankan kesembuhan klien, mengontrol gejala, mengurangi resiko kekambuhan, mengurangi durasi rawat inap, dan mengajarkan ketrampilan untuk hidup mandiri. Terapi pada fase ini dapat berupa pemberian obat-obatan antipsikotik, konseling keluarga, dan rehabilitasi.

b. Terapi Non Farmakologi

Menurut Hawari (2006) terapi non farmakologi yang diberikan pada klien dengan skizofrenia antara lain :

1) Pendekatan psikososial

Pendekatan psikososial bertujuan memberikan dukungan emosional kepada klien sehingga klien mampu meningkatkan fungsi sosial dan pekerjaannya dengan maksimal. Menurut Prabowo (2014) pendekatan psikososial yang dapat diberikan pada klien skizofrenia dapat berupa :

a) Psikoterapi suportif

Psikoterapi suportif merupakan salah satu bentuk terapi yang bertujuan memberikan dorongan semangat dan motivasi agar

penderita skizofrenia tidak merasa putus asa dan mempunyai semangat juang dalam menghadapi hidup (Prabowo, 2014). Pada klien skizofrenia perlu adanya dorongan berjuang untuk pulih dan mampu mencegah adanya kekambuhan.

b) Psikoterapi re-edukatif

Bentuk terapi ini dimaksudkan memberi pendidikan ulang untuk merubah pola pendidikan lama dengan yang baru sehingga penderita skizofrenia lebih adaptif terhadap dunia luar (Prabowo, 2014).

c) Psikoterapi rekonstruksi

Psikoterapi rekonstruksi bertujuan memperbaiki kembali kepribadian yang mengalami perubahan disebabkan adanya stresor yang klien tidak mampu menghadapinya (Ikawati, 2011).

d) Psikoterapi kognitif

Psikoterapi kognitif merupakan terapi pemulihan fungsi kognitif sehingga penderita skizofrenia mampu membedakan nilai-nilai sosial etika.

2.2 Konsep Perilaku Kekerasan

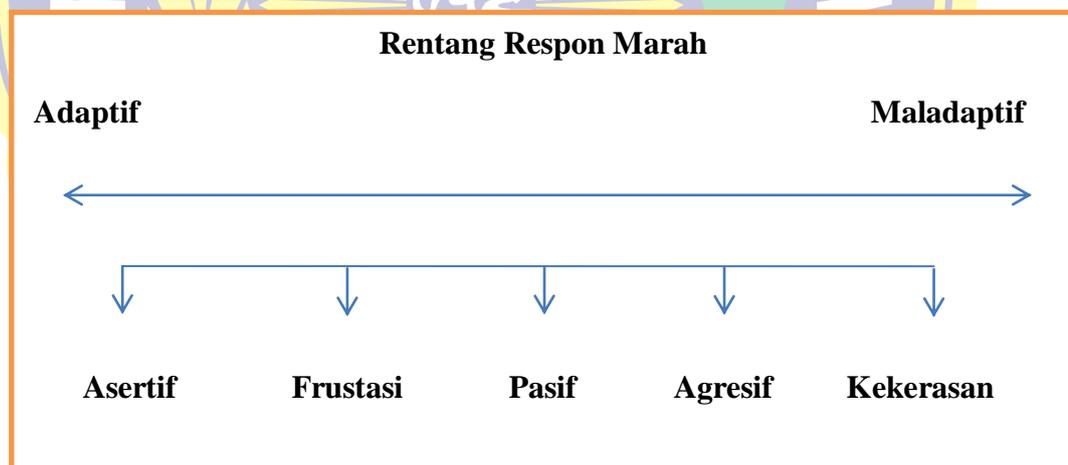
2.2.1 Pengertian Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain (Yosep, 2007). Perilaku kekerasan juga dapat diartikan perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan

masih terkontrol (Yosep,2010). Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dialami oleh seseorang yang dapat menimbulkan kerugian baik padadiri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Keliat & Akemat, 2010). Pendapat lain menyatakan perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Dermawan, 2013).

Dari uraian beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan perilaku kekerasan adalah perilaku seseorang yang timbul karena adanya stresor sehingga timbul rasa marah yang tidak terkontrol dan menunjukkan adanya tindakan yang membahayakan diri sendiri maupun orang lain dan lingkungannya secara fisik.

2.2.2 Rentang Respon Marah



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah (Prabowo, 2014)

Keterangan :

1. **Asertif** : klien mampu mengungkapkan rasa marahnya tanpa

menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan.

2. **Frustasi** : klien gagal menuju mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif
3. **Pasif** : klien merasa tidak mampu mengungkapkan perasaannya.
4. **Agresif** : klien mengekspresikan secara fisik tapi masih terkontrol.
5. **Kekerasan** : perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang kontrol serta amuk dan merusak lingkungannya.

2.2.3 Etiologi

Menurut Yosep (2010) perilaku kekerasan yang timbul pada klien dengan gangguan jiwa disebabkan oleh dua faktor yaitu :

a. Faktor predisposisi

Menurut Prabowo (2014) ada beberapa teori terkait dengan timbulnya perilaku kekerasan pada orang dengan gangguan jiwa, yaitu :

1) Faktor psikologi

Psychoanalytical theory ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan sebuah naluri yang berdasarkan dua insting yaitu insting hidup yang diekspresikan dengan seksualitas dan insting kematian yang diekspresikan dengan agresivitas. Semua insting tersebut dimulai dari adanya asumsi seseorang dalam mencapai tujuan tertentu. Apabila tujuan tersebut tidak tersampaikan maka akan timbul frustrasi dan individu akan terstimulasi untuk mewujudkan dalam bentuk perilaku yang merugikan yaitu melukai orang, barang, dan lingkungannya.

2) Faktor sosial budaya

Social learning theory mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi dan kuatnya stimulus yang diterima. Jadi seseorang akan agresif sesuai dengan bagaimana orang tersebut belajar dalam merespon keterbangkitan emosionalnya.

3) Faktor biologis

Neurobiological theory ini mengemukakan adanya perubahan susunan persarafan saat seseorang agresif. Sistem limbik berperan dalam peningkatan dan penurunan agresivitas neurotransmitter seperti serotonin, dopamin, dan norepineprin.

b. Faktor presipitasi

Menurut Yosep (2010) faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan pada orang dengan gangguan jiwa antara lain :

- 1) Ekspresi diri, ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbolis solidaritas seperti dalam sebuah konser.
- 2) Ekspresi dari tidak tercapainya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
- 3) Kesulitan dalam mengkonsumsi sesuatu dalam keluarga sertatidak membiasakan dialog untuk mencegah masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan masalah.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Menurut Yosep (2010) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi marah dari beberapa hal, yaitu :

a. Fisik

Secara fisik, orang yang sedang marah tampak mata merah dan melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah merah dan tegang, serta postur tubuh kaku.

b. Verbal

Secara verbal, orang yang marah mengucapkan perkataan yang kotor dan kasar, mengancam orang lain, serta berbicara dengan nada yang tinggi dan keras.

c. Perilaku

Perilaku pada orang yang marah tidak terkontrol sehingga dapat merusak diri sendiri, orang lain, barang, dan lingkungan disekitarnya.

d. Emosi

Emosi orang marah tidak adekuat, mudah tersinggung, merasa tidak nyaman dan jengkel, serta sering mengamuk.

Menurut Keliat & Akemat (2006) timbul beberapa tanda pada orang yang marah saat diobservasi dan diwawancarai tentang perilaku, antara lain :

a. Muka tegang dan merah

b. Pandangan tajam

c. Mengatupkan rahang dengan kuat

- d. Mengepalkan tangan
- e. Berjalan mondar mandir
- f. Bicara keras dan kasar
- g. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- h. Mengancam secara verbal atau fisik
- i. Melempar atau memukul barang ke orang lain
- j. Tidak mampu mengendalikan perilaku kekerasan

2.2.5 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diharapkan pada penatalaksanaan stres dan termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart, 2013). Pada klien dengan perilaku kekerasan perlu adanya pengkajian yang mendetail tentang mekanisme koping yang digunakan. Menurut Prabowo (2014) mekanisme koping yang digunakan pada kliendengan perilaku kekerasan untuk melindungi dirinya antara lain :

a. Sublimasi

Sublimasi merupakan menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Misalnya orang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada objek lain seperti meremas-remas adonan kue, meninju tembok, dengan tujuan mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

b. Proyeksi

Proyeksi adalah menyalahkan orang lain atas kesulitan yang dialami atau keinginannya yang tidak tercapai. Misalnya, seorang wanita

menyangkal bahwa dirinya menggoda rekan kerjanya dan berbalik menuduh orang lain yang merayu teman kerjanya.

c. Represi

Represi adalah mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seorang anak membenci orang tuanya. Akan tetapi menurut ajaran yang diterima klien membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya dan dilupakan oleh orang tersebut.

d. Reaksi formasi

Reaksi formasi adalah mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seseorang yang tertarik pada teman suaminya, dia akan memperlakukannya dengan perlakuan yang berbeda.

e. Deplacment

Deplacment adalah melepaskan perasaan yang tertekan biasanya dengan menunjukkan perilaku yang destruktif, seperti memukul pintu, meninju tembok, melempar barang, bahkan sampai dengan melukai diri sendiri maupun orang lain.

2.2.6 Penatalaksanaan

Menurut Prabowo (2014) penatalaksanaan pada klien dengan perilaku kekerasan antara lain :

a. Farmakoterapi

Klien dengan ekpresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan antipsikotik yang mempunyai dosis efektif tinggi seperti klorpromazin yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Apabila serangan baru pertama kali maka gejala akan hilang. Dosis dipertahankan selama satu bulan, namun bila serangan lebih dari satu kali obat diberikan secara terus-menerus selama dua bulan. Dosis klorpromazin dapat diberikan dalam rentang 30–800mg/24 jam/oral.

b. Terapi okupasi

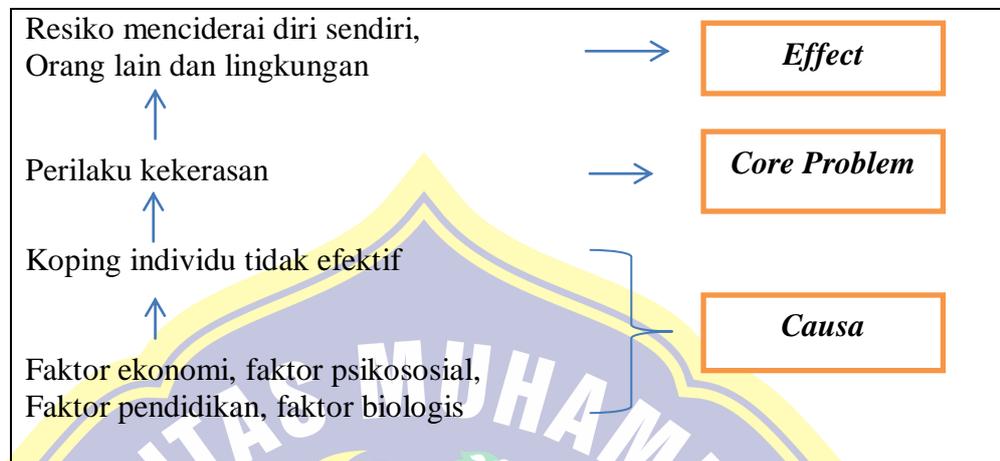
Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja, akan tetapi terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur, dapat pula dijadikan media yang penting. Setelah klien melakukan kegiatan tersebut, klien diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalamandan arti kegiatan tersebut bagi dirinya. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatannya.

c. Terapi somatik

Terapi somatik adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptive menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan

pada kondisi fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku klien.

2.2.7 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah resiko perilaku kekerasan (Dermawan, 2013)

2.3 Konsep Kekambuhan

2.3.1 Definisi Kekambuhan

Kekambuhan merupakan keadaan pasien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali (Andri, 2008). Keadaan sekitar atau lingkungan yang penuh stres dapat memicu pada orang-orang yang mudah terkena depresi, dimana dapat ditemukan bahwa orang-orang yang mengalami kekambuhan lebih besar kemungkinannya daripada orang-orang yang tidak mengalami kejadian-kejadian buruk dalam kehidupan mereka. Pada gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 70% pada tahun kedua (Yosep, 2010). Kekambuhan biasanya terjadi karena adanya kejadian-kejadian buruk sebelum mereka kambuh (Wiramihardja, 2009).

2.3.2 Faktor-Faktor Kekambuhan

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kekambuhan penderita gangguan jiwa dalam Keliat (2010), meliputi :

1. Pasien

Secara umum bahwa pasien yang minum obat secara tidak teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% pasien skizofrenia yang pulang dari rumah sakit jiwa tidak memakan obat secara teratur. Pasien kronis, khususnya skizofrenia sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidakmampuan mengambil keputusan. Di rumah sakit perawat bertanggung jawab dalam pemberian atau pemantauan pemberian obat sedangkan di rumah tugas perawat digantikan oleh keluarga.

2. Dokter

Minum obat yang teratur dapat mengurangi kekambuhan, namun pemakaian obat neuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping yang mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Pemberian obat oleh dokter diharapkan sesuai dengan dosis terapeutik sehingga dapat mencegah kekambuhan.

3. Penanggung Jawab Pasien (*Case Manager*)

Setelah pasien pulang ke rumah, maka penanggungjawab kasus mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk bertemu dengan pasien, sehingga dapat mengidentifikasi gejala dini pasien dan segera mengambil tindakan.

4. Keluarga

Ekspresi emosi yang tinggi dari keluarga diperkirakan menyebabkan kekambuhan yang tinggi pada pasien. Hal lain adalah pasien mudah dipengaruhi oleh stress yang menyenangkan maupun yang menyedihkan. Keluarga mempunyai tanggung jawab yang penting dalam proses perawatan di rumah sakit jiwa, persiapan pulang dan perawatan di rumah agar adaptasi klien berjalan dengan baik. Kualitas dan efektifitas perilaku keluarga akan membantu proses pemulihan kesehatan pasien sehingga status kesehatan pasien meningkat.

5. Dukungan Lingkungan Sekitar

Dukungan lingkungan sekitar tempat tinggal klien yang tidak mendukung dapat juga meningkatkan frekuensi kekambuhan, misalnya masyarakat menganggap klien sebagai individu yang tidak berguna, mengucilkan klien, mengejek klien dan seterusnya.

2.3.3 Faktor Resiko Kekambuhan

Menurut Murphy, MF, & Moller MD, faktor resiko untuk kambuh dalam Videbeck (2009), adalah :

1. Faktor Resiko Kesehatan
 - a. Gangguan sebab dan akibat pikir
 - b. Gangguan proses informasi
 - c. Gizi buruk

- d. Kurang tidur
- e. Kurang olahraga
- f. Keletihan
- g. Efek samping pengobatan yang tidak dapat ditoleransi

2. Faktor Resiko Lingkungan

- a. Kesulitan keuangan
- b. Kesulitan tempat tinggal
- c. Perubahan yang menimbulkan stress dalam peristiwa kehidupan
- d. Keterampilan sosial yang buruk, kesepian

3. Faktor Resiko Perilaku dan Emosional

- a. Tidak ada kontrol, perilaku agresif, perilaku kekerasan
- b. Perubahan mood
- c. Konsep diri rendah
- d. Perasaan putus asa
- e. Kehilangan motivasi

2.3.4 Gejala-Gejala Kambuh

Menurut Keliat (2010), gejala kambuh yang diidentifikasi oleh klien dan keluarganya, yaitu nervous, tidak nafsu makan, sukar konsentrasi, sulit tidur, depresi, tidak ada minat dan menarik diri. Pada gangguan jiwa psikotik akan timbul gejala positif yang lebih aktif seperti waham, halusinasi, gangguan pikiran, ekoprasia, asosiasi longer, Flight of ideas.

Beberapa gejala kambuh yang perlu diidentifikasi oleh klien dan keluarganya yaitu :

- a. Menjadi ragu-ragu dan serba takut
- b. Tidak nafsu makan
- c. Sulit berkonsentrasi
- d. Sulit tidur
- e. Depresi
- f. Tidak ada minat
- g. Menarik diri

2.4 Terapi Psikoneurotik

2.4.1 Konsep Dzikir Dalam Al-Qur'an

Secara etimologi dzikir berasal dari kata dzakara artinya mengingat, memperhatikan, mengenang, mengambil pelajaran, mengenal atau mengerti dan mengingat. Dzikir berasal dari kata dzakara yang berarti mengingat, mengisi atau menuangi, artinya, bagi orang yang berdzikir berarti mencoba mengisi dan menuangi pikiran dan hatinya dengan kata-kata suci (Afif Anshori, 2010).

Dalam kamus tasawuf yang ditulis oleh Solihin dan Rosihin Anwar menjelaskan dzikir merupakan kata yang digunakan untuk menunjuk setiap bentuk pemusatan pikiran kepada tuhan, dzikir pun merupakan prinsip awal untuk seseorang yang berjalan menuju tuhan.

Secara terminologi dzikir adalah usaha manusia untuk mendekatkan diri pada Allah dengan cara mengingat Allah dengan

cara mengingat keagungan-Nya. Adapun realisasi untuk mengingat Allah dengan cara memuji-Nya, membaca firman-Nya, menuntut ilmu-Nya dan memohon kepada-Nya.

Dzikir menurut tuntunan syariat Islam dan Al-Qur'an adalah menyebut nama, dan mengingat Allah dalam setiap keadaan. Tujuannya adalah untuk menjalin ikatan batin (kejiwaan) antara hamba dengan Sang Pencipta (Khalik) sehingga timbul rasa cinta hormat dan jiwa muroqobah (merasa dekat dan diawasi oleh Allah). Maka dengan dzikir iman seseorang jadi hidup, terjalin rasa kedekatan dengan Allah. Adapun menyebut dan mengucapkan nama Allah atau ungkapan "laa ilaha illa, llah" adalah untuk meneguhkan ingatan hamba pada Allah. Dzikir bisa diucapkan keras ataupun diam-diam (dalam hati); akan tetapi yang terlebih baik menurut kebanyakan pendapat mereka lisan dan hati seharusnya dipadukan.

2.4.2 Macam-Macam Dzikir

- a. Dzikir lisanya (dzikir lidah) : menyebut nama Allah dengan lidah, bunyinya berupa kalimat Subhanallah, Alhamdulillah Shalawat dan Istigfar, Asma'ulHusna, dzikir ini poin pahalanya paling rendah dibandingkan dengan macam dzikir yang lainnya. Dan dzikir ini ada yang menyebutnya zikir Syari'at.
- b. Dzikir Qalbi (dzikir hati) : menyebut nama Allah dengan hati kalimat tasbih (Subhanallah), tahlil (Lailahailallah), takbir (Allah Akbar), tahmid (Alhamdulillah), taqdis, hauqolah, tarji',

Istigfar. Dzikir ini pahalanya bisa mencapai 70 kali lipat atau lebih dibandingkan dengan dzikir lisan, karena zikir qalbi tidak diketahui orang lain sehingga keikhlasan dapat lebih terjaga.

- c. Dzikir Aqli (pikiran) : memikirkan makna, arti, maksud yang terkandung dalam kalimat-kalimat dzikir. Dzikir ini disebut juga tafakkur (memikirkan) dan tadabur (merenungkan) yaitu merenungkan keesaan Allah dan kekuasaan Allah sebagaimana mungkin yang tersurat dalam kalimat dzikir yang diucapkan.
- d. Dzikir Ruhy (zikir roh) : kembalinya fitrah atau asal kejadiannya saat berada dalam arwah, menyaksikan dan membuktikan wujud makrifah, dan ini tingkatan dzikir tertinggi (Rayani, 2010).

Beberapa ahli memberikan penjelasan tentang bentuk-bentuk dzikir yang diterapkan dalam kehidupan tashawuf, para ahli tersebut diantaranya, Sukamto dalam Afif Anshori membagi dzikir kedalam empat jenis yaitu sebagai berikut :

1. Dzikir membangkitkan daya ingat
2. Dzikir kepada hukum ilahi
3. Dzikir mengambil pelajaran atau peringatan

2.4.3 Tujuan Dzikir

Dzikir merupakan kunci latihan untuk selalu mengenal diri kepada Allah sehingga bila seseorang semakin mengenal Allah (ma'rifat) maka akan semakin kuat keimanan dan kecintaannya kepada Allah. Tujuan dzikir antara lain yaitu akan membuahkan ketenangan batin,

kemantapan jiwa, dan dapat memberi semangat untuk selalu berkarya (amal Shaleh), menimbulkan ketenangan, kemantapan dan semangat (Syamsuddin Noor, 2009).

2.4.4 Manfaat Dzikir

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

- a. Dzikir merupakan ketetapan dan syarat kewalian. Artinya siapa yang senangtiasa berdzikir kepada Allah maka akan bisa mencapai derajat kekasih Tuhan
- b. Dzikir merupakan kunci ibadah-ibadah yang lain
- c. Dzikir akan membuat hijat dan menciptakan keikhlasan hati yang sempurna
- d. Menghilangkan kesusahan hati

Menurut Anshori (2010) dzikir bermanfaat mengontrol perilaku. Pengaruh yang ditimbulkan secara konstan, akan mampu mengontrol perilaku seseorang dalam kehidupan sehari-hari. Seseorang yang melupakan dzikir atau lupa kepada Allah, terkadang tanpa sadar dapat berbuat maksiat, namun mana kala ingat kepada Tuhan kesadaran akan dirinya sebagai hamba Tuhan akan muncul kembali.

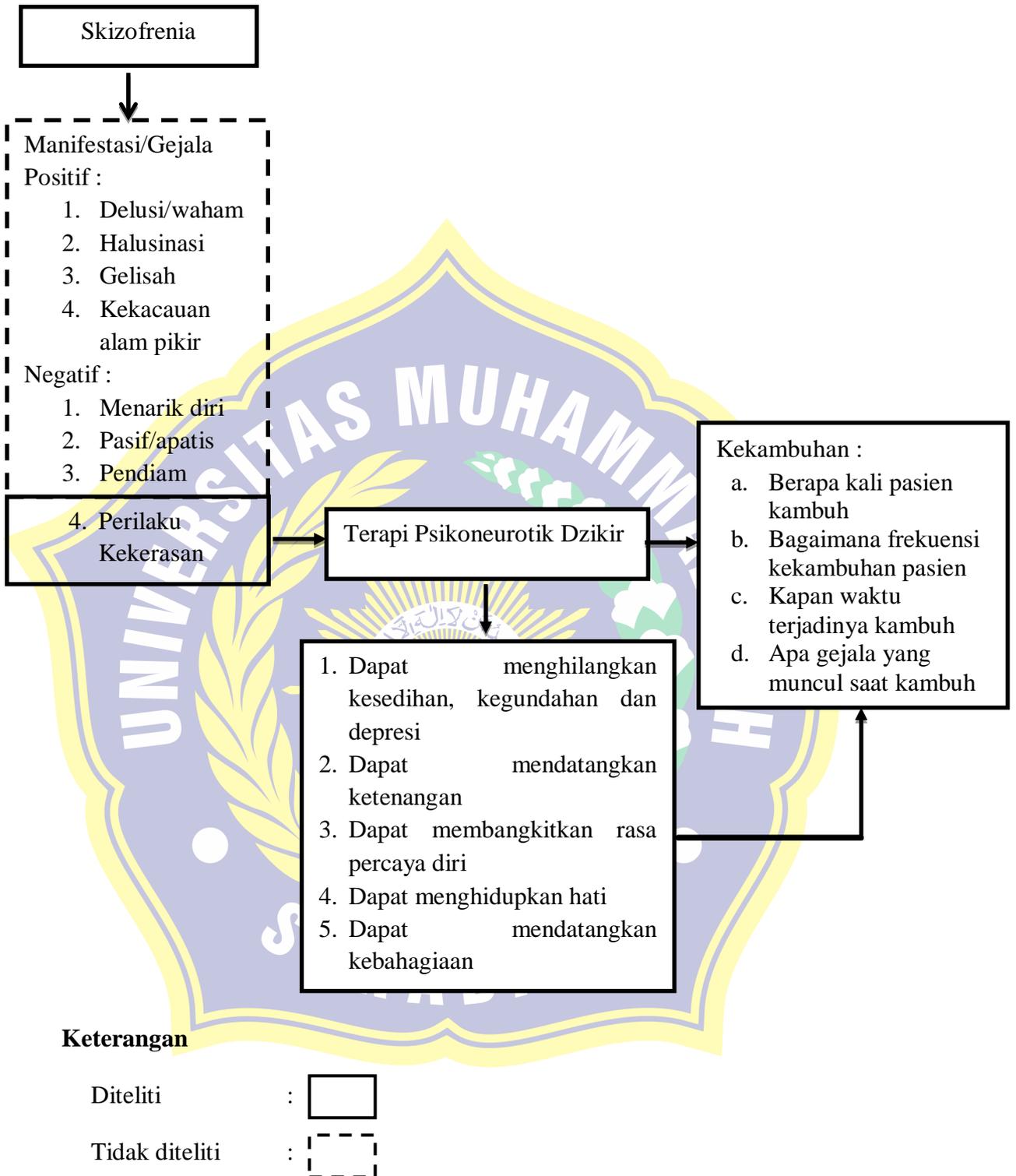
2.4.5 Hikmah Dzikir Dalam Al-Qur'an

Dzikir di samping sebagai sarana hubungan antara makhluk dan Khaliq (Pencipta) juga mengandung nilai-nilai dan daya guna yang tinggi. Ada banyak rahasia dan hikmah yang terkandung dalam dzikir. Hal itu sebagaimana disebutkan dalam al-Qur'an surat ar-Ra'du 28, yang artinya :

(Yaitu), orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenang dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenang”.

Dengan demikian dzikir dapat menjadikan hati manusia menjadi tenang dan akan selalu bersyukur atas segala nikmat, rahmat, dan karunia yang diperolehnya, serta membersihkan hati dan jiwa manusia dari segala kotoran perbuatan kebinatangan. Dzikir menjadikan hati manusia penuh dengan rasa cinta kasih terhadap sesama. Di samping itu, dzikir merupakan salah satu jembatan penghubung bagi manusia dari rasa iri, benci, dan sebagainya, serta membuang sifat buruk yang melekat pada diri dan jiwa manusia. Dan yang paling utama dengan berdzikir akan menjadikan seorang manusia yang pandai mengendalikan hawa nafsu (Baidi, 2008).

2.4 Kerangka Berpikir



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian Studi kasus Penerapan Terapi Psikoneurotik Untuk Mencegah Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gejala Perilaku Kekerasan Di Yayasan Al Hafizh Sidoarjo