

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap individu ketika berinteraksi dengan individu lain, mereka akan menampilkan perilaku yang dianggap paling tepat bagi dirinya. Perilaku yang tepat ini beraneka ragam, bisa berbentuk perilaku positif atau sebaliknya yakni perilaku negatif. Baik perilaku positif atau perilaku negatif memiliki tujuan yang sama, untuk menyelamatkan seseorang dari interaksi-interaksi yang dilakukan yang dianggap membahayakannya. Perilaku inilah yang disebut kontrol diri.

Kontrol diri dalam buku kamus psikologi karya Anshari merupakan kemampuan untuk menekan atau mencegah tingkah laku yang menurut kata hati semaunya.¹ Menurut Chaplin dalam penelitian Adeonalia kontrol diri adalah kemampuan untuk membimbing tingkah laku sendiri, kemampuan untuk menekan atau merintangai impuls-impuls atau tingkah laku impulsif.² Kartini Kartono mendefinisikan kontrol diri adalah kemampuan untuk membimbing tingkah laku sendiri, kemampuan untuk menekan atau merintangai impuls-impuls atau tingkah laku impulsif.³

Kontrol diri berkaitan dengan bagaimana individu mengendalikan emosi serta dorongan-dorongan dalam dirinya. Kontrol emosi dapat diterima bila reaksi masyarakat terhadap pengendalian emosi adalah positif. Namun, reaksi positif saja

¹ H.M. H Anshari, *Kamus Psikologi*, (Surabaya: Usaha Nasional, 1996), hlm.605.

²Adeonalia, *Hubungan Kontrol Diri Dengan Kecanduan Internet*, (Semarang: Universitas Katolik Sugijapranata, 2002), hlm. 36.

³Kartini Kartono, *Kamus Lengkap Psikologi* (Jakarta: Raja Grafindo Persada, 1999), hlm 38.

tidak cukup karenanya perlu diperhatikan kriteria lain, yaitu efek yang muncul setelah mengontrol emosi terhadap kondisi fisik dan psikis.

Kontrol emosi seharusnya tidak membahayakan fisik dan psikis individu. Artinya, dengan mengontrol emosi fisik dan psikis individu harus membaik. Kontrol diri sebagai cara individu untuk mengendalikan emosi serta dorongan-dorongan diri dalam dirinya. Kontrol diri merupakan salah satu potensi yang dapat dikembangkan dan digunakan individu selama proses-proses dalam kehidupan, termasuk dalam menghadapi kondisi yang terjadi di lingkungan tempat tinggalnya.

Dengan adanya kontrol diri, pikiran dan perasaan, akal dan hatinya terhindar dari kehancuran dan kejahatan moral. Tapi jika unsur pengontrol telah hilang, maka lemahlah jiwanya dan lemah pula dorongan untuk berbuat baik serta lemahlah kepribadiannya. Semua itu telah terkalahkan oleh dorongan yang kuat untuk berbuat maksiat seperti menipu, memalsu, berkhianat, korupsi, dan kemungkar-kemungkar lainnya. Maka jatuhlah pribadi orang tersebut dalam lembah kenistaan, terjadi kemosrotan moral dan akhlak. Padahal akhlak mulialah yang menjadi ukuran tinggi rendahnya pribadi seseorang.

Kontrol diri tidak mengenal perempuan atau laki-laki, muda atau tua, tidak pula membedakan ras, agama, ataupun budaya. Karena kontrol diri dimiliki oleh setiap individu, tetapi bagaimana kontrol diri individu yang menderita gangguan jiwa?

Menurut Stuart dan Sundeen, 1998 dalam penelitian Simanjuntak dan Wardiyah Gangguan jiwa merupakan suatu penyakit yang disebabkan karena adanya kekacauan pikiran, persepsi dan tingkah laku dimana individu tidak mampu menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat dan lingkungan.

Pengertian seseorang tentang penyakit gangguan jiwa berasal dari apa yang diyakini sebagai faktor penyebab yang berhubungan dengan biopsikososial.⁴

Menurut WHO (World Health Organization) memperkirakan 450 juta orang diseluruh dunia mengalami gangguan jiwa, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan (25%) penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya.⁵

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes) pada tahun 2007 di Indonesia, menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa secara nasional mencapai (5,6%) dari jumlah penduduk, dengan kata lain menunjukkan bahwa pada setiap 1000 orang penduduk terdapat empat sampai lima orang menderita gangguan jiwa. Berdasarkan dari data tersebut, data pertahun di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa selalu meningkat. Prevalensi gangguan jiwa tertinggi di Indonesia terdapat di Provinsi Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta (24,3%), diikuti Nangroe Aceh Darussalam (18,5%), Sumatera Barat (17,7%), NTB (10,9%), Sumatera Selatan (9,2%), dan Jawa Tengah (6,8%). (Hidayati, 2011).⁶

Riset lanjutan Riskesdas tahun 2013 oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) menyatakan bahwa prevalensi gangguan jiwa adalah 1-2 orang per 1.000 populasi. Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil dan gangguan jiwa terbanyak adalah Skizofrenia. Jawa tengah merupakan salah satu propinsi yang menempati urutan ke lima terbanyak penderita

⁴ Ida Tiur Marisi Simanjuntak dan Wardiyah Daulay, *Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Dalam Menghadapi Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Sumatera Utara, Medan*, (Jurnal Keperawatan Rufaidah Sumatera Utara, Volume 2 Nomor 1, Mei 2006), hlm. 19.

⁵ Eni Hidayati, *Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr.Amino Gondohutomo Semarang*, (Seminar Hasil-Hasil Penelitian – LPPM UNIMUS, tahun 2012), hlm. 305

⁶ Ibid., hlm. 305

Skizofrenia. Prevalensi Skizofrenia di Jawa Tengah yaitu 0.23% dari jumlah penduduk melebihi angka nasional 0.17%.⁷

Salah satu bentuk gangguan jiwa yang umum terjadi adalah skizofrenia. Penelitian Riskesdes diatas juga menunjukkan gangguan jiwa terbanyak di Indonesia adalah skizofrenia. Skizofrenia menurut Videbeck dan Sheila L. yang dikutip Indri Wulandari dalam penelitiannya adalah suatu sindrom yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu. Kondisi puncak penderita skizofrenia adalah 15 sampai 25 tahun untuk pria dan 25 sampai 35 untuk wanita.⁸

Prevalensi skizofrenia diperkirakan sekitar 1% dari seluruh penduduk. Di Amerika Serikat angka tersebut menggambarkan bahwa hampir tiga juta penduduk yang sedang, telah, atau akan terkena gangguan tersebut. Insiden dan prevalensi seumur hidup secara kasat mata sama di seluruh dunia.⁹

Rasmun dalam bukunya *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga*, tahun 2009 yang dikutip Indri Wulandari dalam penelitiannya, gejala umum dari skizofrenia yaitu gangguan sensori persepsi. Persepsi adalah proses diterimanya rangsangan sampai rangsangan itu disadari dan dimengerti penginderaan atau sensasi proses penerimaan rangsangan. Dimana terdapat dua jenis utama masalah perseptual yaitu halusinasi dan ilusi. Halusinasi yang didefinisikan sebagai hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Penderita

⁷ Riskesdas, *Laporan nasional 2013*, dalam <http://www.depkes.go.id>, diakses tanggal 15 Pebruari 2018.

⁸Indri Wulandari, *Pemberian Terapi Religius (Sholat) Terhadap Frekuensi Halusinasi Pendengaran Pada Asuhan Keperawatan Jiwa Sdr.I Dengan Skizofrenia Paranoid Di Ruang Arjuna RSJD Surakarta*, (Surakarta: Skripsi STIK Kusuma Husada, tahun 2014), hlm. 2.

⁹ Ibid., hlm. 2.

skizofrenia memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata.¹⁰

Halusinasi menyebabkan penderita cenderung menarik diri dari realitas dan pergaulan sosial yang berefek melemahnya aspek-aspek kontrol diri mereka. Avrill yang dikutip M. Nur Ghufron dan Rini Risnawati dalam buku *Teori-teori Psikologi* menyebut Ada tiga aspek dalam kontrol diri, pertama, kontrol perilaku (*behavioral control*), kedua, kontrol kognitif (*cognitive control*), ketiga, kontrol dalam mengambil keputusan (*decisional control*).¹¹ Perilaku menarik diri membuat penderita skizofrenia ketika berinteraksi dengan individu lain, mereka tidak mampu menampilkan perilaku yang dianggap paling tepat bagi dirinya, disebabkan ketiga aspek kontrol diri yang dimiliki individu tidak bekerja secara maksimal. Oleh karenanya amat sangat penting pemberian terapi terhadap peningkatan kontrol diri penderita skizofrenia, agar mereka mampu mengendalikan dengan baik tiga aspek kontrol diri seperti yang dijelaskan diatas.

Pada tahun 1984 WHO memasukkan dimensi spiritual keagamaan sama pentingnya dengan dimensi fisik, psikologis, dan psikososial. Seiring dengan itu saat ini telah banyak muncul terapi-terapi yang berkaitan dengan dimensi spiritual untuk mengurangi bahkan menyembuhkan gangguan-gangguan psikis. Terapi yang melibatkan dimensi spiritual disebut terapi holistik.¹²

Hasil penelitian Lukman Hakin tentang *pengaruh terapi religi sholat dan dzikir terhadap kontrol diri klien penyalahgunaan narkotika* menunjukkan ada

¹⁰ Ibid., hlm. 2-3.

¹¹ M. Nur Ghufron & Rini Risnawita S, *Teori-teori...*, hlm., 29

¹² Indri Wulandari, *Pemberian Terapi Religius (Sholat)...*, hlm. 3.

perbedaan signifikan kontrol diri klien penyalahgunaan narkotika sebelum dan sesudah pemberian terapi.¹³

Widuri Nur Anggraieni dan Subandi, dalam penelitiannya *Pengaruh Terapi Relaksasi Zikir Untuk Menurunkan Stres Pada Penderita Hipertensi Esensial*, menunjukkan bahwa relaksasi zikir memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat stres pada penderita hipertensi esensial. Secara kualitatif ditemukan beberapa faktor yang dapat memengaruhi tingkat stres pada penderita hipertensi esensial yaitu permasalahan ekonomi dan pekerjaan, permasalahan keluarga, permasalahan pola makan, kebiasaan merokok, keluhan-keluhan fisik dan psikis yang menyertai tekanan darah tinggi, serta kekhawatiran terhadap dampak tekanan darah tinggi.¹⁴

Hasil penelitian Citra Y. Perwitaningrum dkk tentang *Pengaruh Terapi Relaksasi Zikir Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Penderita Dispepsia*, menunjukkan kelompok yang diberi terapi relaksasi dzikir kecemasannya lebih rendah dari pada kelompok yang tidak diberi terapi relaksasi zikir.¹⁵

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis bermaksud untuk melaksanakan penelitian berbasis eksperimen terkait pemberian intervensi menggunakan salah satu terapi berdimensi spiritual keagamaan yakni, terapi dzikir.

¹³ Lukman Hakim, *Pengaruh Terapi Religi Sholat Dan Dzikir Terhadap Kontrol Diri Klien Penyalahgunaan Narkotika*, (Malang: skripsi Univeritas Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang, tahun 2015).

¹⁴ Widuri Nur Anggraieni, Subandi, *Pengaruh Terapi Relaksasi Zikir Untuk Menurunkan Stres Pada Penderita Hipertensi Esensial*, (Yogyakarta: Jurnal Intervensi Psikologi, Vol 6 No. 1, Juni 2014)

¹⁵ Citra Y. Perwitaningrum dkk, *Pengaruh Terapi Relaksasi Zikir Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Penderita Dispepsia*, (Yogyakarta: Jurnal Intervensi Psikologi Vol. 8 No. 2 Desember tahun 2016).

Salah satu tempat dimana klien skizofrenia di rawat dan direhabilitasi adalah UPT Rehabilitasi Sosial Bina Laras Kediri. Untuk membantu kesembuhan klien skizofrenia, mereka akan mendapatkan perawatan intensif di berbagai rumah sakit jiwa atau pun di panti-panti rehabilitasi. UPT Rehabilitasi Sosial Bina Laras Kediri merupakan tempat persinggahan bagi penyandang masalah kesehatan mental dan pasien pasca keluar dari rumah sakit jiwa, serta tuna laras atau eks psikotik. Ada 135 klien yang rawat di UPT Rehabilitasi Bina Laras Kediri. Dibagi dalam 55 Klien putra yang dan sisanya 80 klien putri.

Dalam penelitian kali ini penulis mengambil judul “Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Kontrol Diri Klien Skizofrenia di UPT Rehabilitasi Bina Laras Kediri”.

B. Pembatasan Masalah

Penelitian ini difokuskan pada pemilihan teknik terapi dzikir dan pengaruhnya terhadap kontrol diri klien skizofrenia di UPT Rehabilitasi Bina Laras Kediri. Variabel yang dipilih dalam penelitian ini adalah terapi dzikir, dan kontrol diri.

Variabel terikat dalam penelitian kali ini adalah kontrol diri. Kartini Kartono mendefinisikan kontrol diri adalah kemampuan untuk membimbing tingkah laku sendiri, kemampuan untuk menekan atau merintangai impuls-impuls atau tingkah laku impulsif.¹⁶

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah terapi dzikir. Menurut Suhaime (2005) dikutip dalam skripsi Lukman Hakim Dzikir merupakan suatu perbuatan mengingat, menyebut, mengerti, menjaga dalam bentuk ucapan-ucapan lisan, gerakan anggota badan yang mengandung arti pujian, rasa

¹⁶Kartini Kartono, *Kamus Lengkap ...*, hlm 38.

syukur dan doa dengan cara-cara yang diajarkan oleh Allah dan RasulNya, untuk memperoleh keterangan batin, atau mendekatkan diri (taqarrub) kepada Allah, dan agar memperoleh keselamatan serta terhindar dari siksa Allah.¹⁷

C. Rumusan Masalah

1. Adakah efektivitas tingkat kontrol diri klien skizofrenia di UPT Rehabilitasi Bina Laras Kediri setelah pemberian intervensi terapi dzikir?
2. Seberapa besarkah efektivitas terapi dzikir terhadap tingkat kontrol diri klien skizofrenia di UPT Rehabilitasi Bina Laras Kediri setelah pemberian intervensi terapi dzikir?

D. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui efektivitas tingkat kontrol diri klien skizofrenia di UPT Rehabilitasi Bina Laras Kediri setelah pemberian intervensi terapi dzikir.
2. Mengetahui seberapa besar efektivitas terapi dzikir terhadap tingkat kontrol diri klien skizofrenia di UPT Rehabilitasi Bina Laras Kediri setelah pemberian intervensi terapi dzikir.

¹⁷ Lukman Hakin, *Pengaruh Terapi*,... hlm 15.

E. Manfaat Penelitian

a. Secara Teoritis

Hasil penelitian ini nantinya diharapkan dapat dijadikan sumbangan khasanah ilmu pengetahuan dalam bidang Tasawuf Psikoterapi dan penulisan karya ilmiah lainnya yang berkaitan dengan "Pengaruh Pemberian Terapi Dzikir Terhadap Kontrol Diri Klien Skizofenia".

b. Secara Praktis

1. Bagi pembaca, hasil penelitian ini dapat dimaksudkan bisa bermanfaat sebagai masukan, petunjuk, maupun acuan serta bahan pertimbangan yang cukup berarti bagi penelitian selanjutnya.
2. Bagi peneliti sendiri, penelitian ini sebagai penerapan ilmu pengetahuan tentang Ilmu Psikologi dan Ilmu Tasawuf. Selain itu peneliti juga mendapatkan pengalaman keilmuan dan berorientasi menjadi yang lebih baik.

F. Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari permasalahan penelitian yang dapat dirumuskan dalam bentuk yang dapat diuji secara empirik.¹⁸

¹⁸M. Iqbal Hasan, *Pokok-Pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya*, (Jakarta: Galia Indonesia, 2002), hlm. 10

Berdasarkan latar belakang yang dipaparkan diatas, maka peneliti membuat hipotesis sebagai berikut:

1. Hipotesis Nol (H_0)

Hipotesis nol merupakan suatu hipotesis yang menyatakan tidak adanya perbedaan atau hubungan antara data sampel dan populasi.¹⁹ Biasanya dinyatakan dengan kalimat negatif.

Pada penelitian ini hipotesis nolnya adalah Tidak Ada pengaruh pemberian Terapi Dzikir Terhadap Kontrol Diri Klien skizofrenia di UPT Rehabilitasi Bina Laras Kediri.

2. Hipotesis Alternatif (H_1)

Hipotesis alternatif adalah suatu hipotesis yang menyatakan adanya perbedaan atau hubungan antara data sampel dan populasi.²⁰ Biasanya dinyatakan dengan kalimat positif.

Dalam penelitian ini hipotesis alternatifnya adalah Ada pengaruh pemberian Terapi Dzikir Terhadap Kontrol Diri Klien skizofrenia di UPT Rehabilitasi Sosial Bina Laras Kediri.

G. Sistematika Pembahasan

Karya ilmiah yang sempurna pasti memiliki sistematika penyusunan penulisan sehingga dapat digunakan oleh pembaca untuk mempermudah mengetahui urutan-sistematika dari isi karya ilmiah tersebut. Sistematika pembahasan dalam skripsi ini dapat dijelaskan bahwa skripsi ini terbagi

¹⁹Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, (Bandung: Alfabeta, 2011), hlm. 65

²⁰*Ibid.*, hlm. 64

menjadi tiga bagian utama, yakni bagian awal, bagian isi atau teks dan bagian akhir.

Bagian awal, terdiri dari: Halaman Sampul Luar, Halaman Sampul Dalam, Lembar Persetujuan, Lembar Pengesahan, Pernyataan Keaslian Tulisan, Motto, Persembahan, Prakata, Daftar Tabel, Daftar Gambar, Daftar Lampiran, Daftar Isi dan Abstrak.

Bagian inti, terdiri dari: enam bab dan masing-masing bab berisi sub bab-sub bab, yaitu:

Bab I Pendahuluan, meliputi: (a) Latar Belakang Masalah, (b) Pembatasan Masalah, (c) Rumusan Masalah, (d) Tujuan Penelitian, (e) Kegunaan Penelitian, (f) Hipotesis Penelitian, (g) Sistematika Pembahasan.

Bab II Kajian Pustaka, meliputi: (a) Kajian Teori Terapi *dzikir*, (b) Kajian Teori Kontrol Diri, (c) Kajian Teori skizofrenia, (d) Hubungan Terapi Dzikir Dengan Kontril Diri, (f) Penelitian Terdahulu, (g) Kerangka Konseptual.

Bab III Metode Penelitian, meliputi: (a) Rancangan Penelitian, (b) Variabel Penelitian, (c) Populasi, Sampel dan Teknik Sampling, (d) Kisi-kisi Instrumen, (e) Instrumen Penelitian, (f) Sumber Data, (g) Teknik Pengumpulan Data, (h) Teknik Analisis Data.

Bab IV Hasil, meliputi: (a) Deskripsi Data, (b) Pengujian Hipotesis.

Bab VI Pembahasan, meliputi : (a) Pembahasan rumusan masalah 1
(b) Pembahasan rumusan masalah 2

Bab V Penutup, meliputi: (a) Kesimpulan (b) Saran. Bagian akhir, terdiri dari: Daftar Rujukan dan Lampiran-Lampiran.