



**EFEKTIVITAS PEMBERIAN MOZART “SONATA K.331”
TERHADAP PENGURANGAN HALUSINASI PENDENGARAN
PADA PENDERITA SKIZOFRENIA**

SKRIPSI

disajikan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Sarjana Psikologi

Oleh :

Anggi Meidiana Widi Sejati

1511410025

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

JURUSAN PSIKOLOGI

FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2017

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi yang saya susun dengan judul "Efektivitas Pemberian *Mozart "Sonata in a K.331"* Terhadap Pengurangan Halusinasi Pendengaran Pada Penderita Skizofrenia" disajikan sebagai salah satu syarat guna memperoleh derajat Sarjana S I merupakan hasil karya sendiri, bukan buatan orang lain dan tidak menjiplak karya ilmiah orang lain, baik sebagian ataupun seluruhnya. Pendapat dan penelitian orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip dan dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Januari 2017

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG



Anggi Meidiani Widi Sejati

1511410025

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "Efektivitas Pemberian Mozart "Sonata K.331" Terhadap Pengurangan Halusinasi Pendengaran Pada Penderita Skizofrenia" telah dipertahankan dihadapan Panitia Penguji Skripsi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang pada hari Kamis, tanggal 5 Januari 2017.



Df. Sungkowo Edy Mulyono, S.Pd., M.Si.

NIP. 196807042005011001

Penguji I

Dr. Sri Maryati Deliana, M.Si.

NIP. 195406241982032001

Sekretaris

Sugriyanti, S.Psi., M.A.

NIP. 19780419200122001

Penguji II

Andromeda, S.Psi., M.Psi.

NIP. 198205312009122001

Pembimbing/Penguji III

Moh. Iqbal Mabruji, S.Psi., M.Si.

NIP.197503092008011008

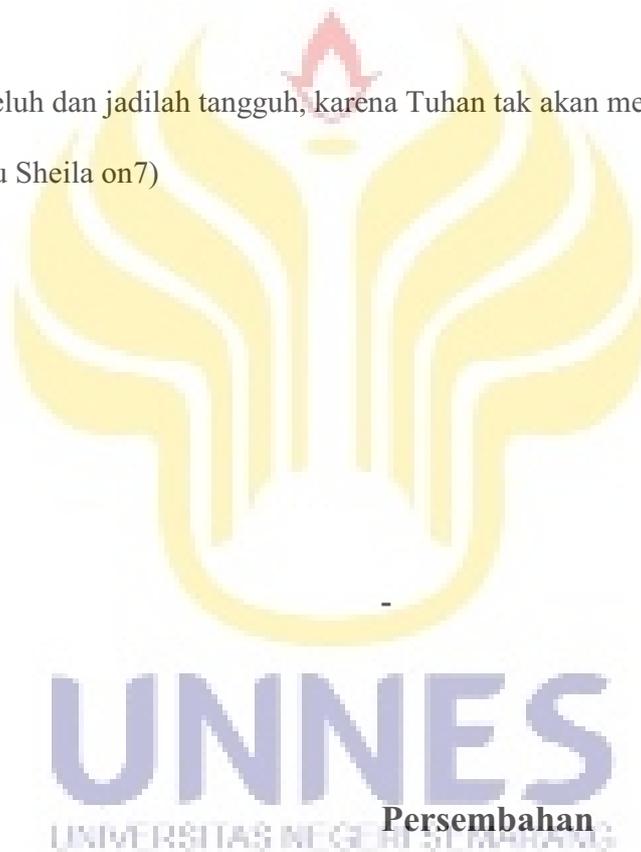
MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

Janganlah hidup untuk dirimu sendiri tapi hiduplah untuk orang lain juga. (Ayah

Penulis)

Jangan mengeluh dan jadilah tangguh, karena Tuhan tak akan meninggalkan atas yakinmu (lagu Sheila on7)



Skripsi ini penulis persembahkan kepada

: Bapak, Ibu dan keluarga serta para

sahabat penulis.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Allah swt, Tuhan semesta alam dan atas berkat dan rahmad-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Efektivitas Pemberian Mozart “Sonata K.331” Terhadap Pengurangan Halusinasi Pendengaran Pada Penderita Skizofrenia”

Penyusunan skripsi ini merupakan kewajiban penulis sebagai tugas akhir untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi di Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang. Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih kepada :

1. Prof. Dr. Fakhrudin, M.Pd., Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.
2. Drs. Sugeng Hariyadi S. Psi. M.S, Ketua Jurusan Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.
3. Dr. Sri Maryati Deliana, M.Si., selaku penguji I yang telah memberikan masukan serta kritik terhadap skripsi penulis.
4. Andromeda, S.Psi., M.Psi , selaku penguji II yang telah memberikan masukan serta kritik terhadap skripsi penulis.
5. Moh. Iqbal Mabruhi, S.Psi.,M.Si., selaku pembimbing yang telah memberikan masukan serta kritik terhadap skripsi penulis.

6. Bapak dan Ibu dosen jurusan Psikologi Universitas Negeri Semarang yang telah memberi bekal ilmu yang bermanfaat dan saran – saran yang berarti.
7. Bapak, Ibu, Adek, Bulek yang telah melimpahkan kasih sayang, doa, perhatian serta semangat unruk menempuh pendidikan ini sampai akhir.
8. Sahabat penulis Nita, Firma, Fuad, Riris, Oki, Intan, Mahda yang selalu memberikan dukungan dan semangat.
9. Teman – teman kost Hafza, Sherlina, Iva yang selalu memberikan semangat.
10. Teman-teman angkatan 2010 Jurusan Psikologi Universitas Negeri Semarang.
11. Pengelola tempat rehabilitasi Yayasan Rumah Damai, serta semua subjek dalam penelitian yang telah memberikan bantuan kepada penulis untuk melakukan penelitian guna kelancaran penyusunan skripsi ini.
12. Sheila on7 yang lagu – lagunya selalu yang selalu menjadi semangat dmengiringi penulis disaat mengerjakan skripsi.

Semoga skripsi ini dapat bermanfaat dan berguna bagi pembaca dan bidang ilmu yang terkait serta dapat digunakan sebagaimana mestinya.



Semarang, Januari 2017

Penulis

ABSTRAK

Sejati, Anggi Meidiana Widi. 2016. *Efektivitas Pemberian Mozart “Sonata K.331” Terhadap Pengurangan Halusinasi Pendengaran Pada Penderita Skizofrenia*. Skripsi, Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang. Pembimbing : Moh. Iqbal Mabruhi, S.Psi.,M.Si.

Kata Kunci : Halusinasi Pendengaran, Musik Klasik, dan Skizofrenia.

WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini. Salah satu gangguan kesehatan jiwa yang umum terjadi adalah skizofrenia dengan gejala yang sering tampak adalah halusinasi pendengaran. Musik klasik diduga mampu mengurangi halusinasi pendengaran, oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah pemberian musik klasik efektif dalam mengurangi halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia.

Desain yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah desain satu kelompok (*One-Group Pretest-Posttest Design*). Desain *One-Group Pretest-Posttest* mensyaratkan dua kali pengukuran dengan melakukan *pretest* (sebelum diberi perlakuan) dan *posttest* (setelah diberikan perlakuan). Penelitian dilakukan di Rumah Damai. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi dan wawancara. Aspek yang digunakan untuk observasi ada empat aspek yaitu bicara sendiri, menggerakkan mulut seperti sedang berbicara, mengobrol dengan benda – benda mati, mata melirik kanan dan kiri seolah mencari sesuatu.

Teknik analisis data menggunakan analisis grafik. Ada empat fase dalam penelitian ini fase A (*baseline awal*) dimana dilakukan pengukuran selama tiga kali, fase B dilakukan intervensi sebanyak delapan kali, fase A2 disini diberhentikan intervensinya dan dilakukan pengukuran kembali dan yang terakhir fase B2 dilakukan intervensi kembali sebanyak delapan kali. Diperoleh hasil yang dilihat dari grafik untuk keempat aspek menunjukkan penurunan intensitas munculnya aspek – aspek selama subjek diperdengarkan musik klasik secara rutin dan jika subjek tidak diperdengarkan musik klasik maka subjek kembali mengalami halusinasi pendengaran.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
PERNYATAAN.....	ii
PENGESAHAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB	
1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	12
1.3 Tujuan Penelitian	12
1.4 Manfaat Penelitian	12
1.4.1 Manfaat Teoritis	12
1.4.2 Manfaat Praktis	12

BAB	
2 TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Halusinasi	13
2.1.1 Pengertian Halusinasi	13
2.1.2 Etiologi	14
2.1.2.1 Faktor Predisposisi	14
2.1.2.2 Faktor Prespitasi	15
2.1.3 Tahapan Halusinasi	16
2.2 Skizofrenia	18
2.2.1 Pengertian Skizofrenia	18
2.2.2 Kriteria Diagnostik Skizofrenia	18
2.2.3 Etiologi	21
2.2.4 Tipe – Tipe Skizofrenia	24
2.3 Musik Klasik	26
2.3.1 Pengertian Musik Klasik	26
2.3.2 Terapi Musik	27
2.3.3 Mozart	29
2.3.4 Manfaat Musik Klasik	30
2.4 Dinamika Psikologis	31
BAB	
3 METODE PENELITIAN	35
3.1 Jenis Penelitian	35

3.2 Desain Penelitian	37
3.3 Variabel Penelitian	38
3.4 Definisi Oprasional Variabel	38
3.5 Subjek Penelitian	40
3.6 Metode Pengumpul Data dan Perlakuan	41
3.6.1 Metode Pengumpulan Data	41
3.6.1.1 <i>Observasi</i>	41
3.6.1.2 <i>Wawancara</i>	42
3.6.2 Perlakuan	43
3.7 Validitas	44
3.7.1 Validitas Eksperimen	44
3.7.2 Validitas Penelitian	45
3.8 Analisis Data	46
BAB	
4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	47
4.1 Persiapan Penelitian	47
4.1.1 Orientasi Kancan Penelitian	47
4.1.2 Menyusun Pedoman Observasi dan Wawancara	48
4.1.3 Subjek Penelitian	48
4.1.4 Deskripsi Pelaksanaan Penelitian	49
4.2 Deskripsi Subjek	49
4.3 <i>Pre-test</i>	50

4.4 Pelaksanaan Intervensi	54
4.5 <i>Post-test</i>	55
4.6 Hasil Penelitian	61
4.7 Pembahasan	68
4.8 Kendala dan Kelemahan Penelitian	73
BAB	
5 KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	74
5.2 Saran	74
5.2.1 Bagi Instansi Terkait	74
5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya	74
DAFTAR PUSTAKA	75
LAMPIRAN	77



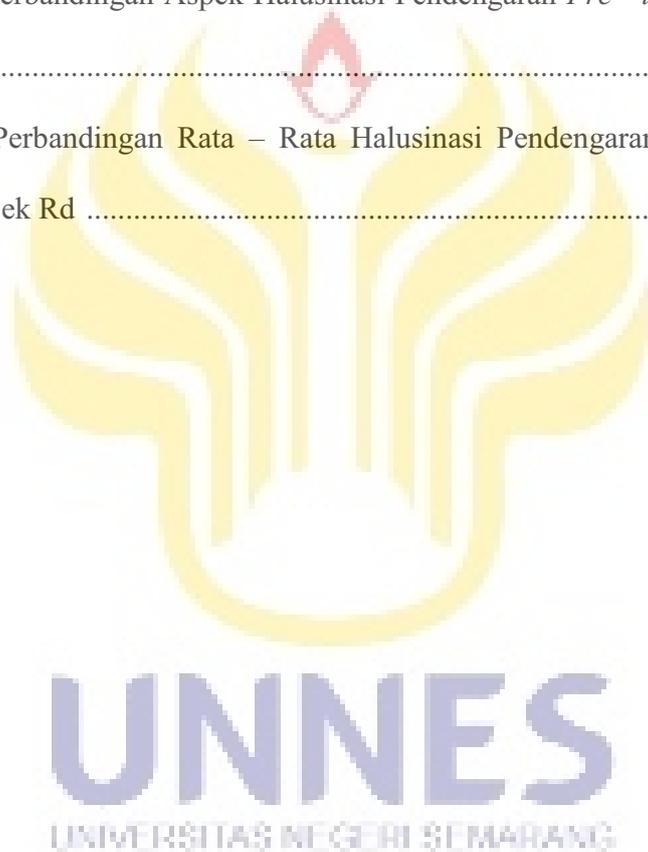
DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Tahapan Halusinasi Pendengaran	16
3.1 Lembar <i>Chek List</i>	42
3.2 Rincian Penelitian	43
4.1 Deskripsi Pelaksanaan Penelitian	49
4.2 Subjek Penelitian	49
4.3 Hasil <i>chek list</i> Halusinasi Pendengaran <i>Pretest</i> Subjek Ap	51
4.4 Hasil <i>chek list</i> Halusinasi Pendengaran <i>Pretest</i> Subjek Rd	53
4.5 Hasil <i>chek list</i> Halusinasi Pendengaran <i>Post-test</i> Subjek Ap	55
4.6 Hasil <i>chek list</i> Halusinasi Pendengaran <i>Post-test</i> Subjek Rd	57
4.7 Hasil <i>chek list</i> Halusinasi Pendengaran <i>Post-test</i> Kelompok Kontrol	59
4.8 Hasil Perbandingan <i>Pretest</i> dengan <i>Post-test</i> Subjek Ap	62
4.9 Hasil Perbandingan <i>Pretest</i> dengan <i>Post-test</i> Subjek Rd	65
4.10. Hasil Perbandingan <i>post-test</i> Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
3.1 Desain Satu Kelompok (<i>One-Group Pretest-Posttes Design</i>)	38
4.1 Grafik <i>chek list</i> Aspek Halusinasi Pendengaran <i>Pre-test</i> Subjek Ap	52
4.2 Grafik <i>chek list</i> Rata-Rata Halusinasi Pendengaran <i>Pre-test</i> Subjek Ap .	52
4.3 Grafik <i>chek list</i> Aspek Halusinasi Pendengaran <i>Pretest</i> Subjek Rd	54
4.4 Grafik <i>chek list</i> Rata-Rata Halusinasi Pendengaran <i>Pre-test</i> Subjek Rd	54
4.5 Grafik <i>chek list</i> Aspek Halusinasi Pendengaran <i>Post-test</i> Subjek Ap	56
4.6 Grafik <i>chek list</i> Halusinasi Pendengaran Baseline A2 Subjek Rd	57
4.7 Grafik <i>chek list</i> Aspek Halusinasi Pendengaran <i>Post-test</i> Subjek Rd	58
4.8 Grafik <i>chek list</i> Rata - Rata Halusinasi Pendengaran <i>Post-test</i> Subjek Rd	58
4.9 Grafik <i>chek list</i> Aspek Halusinasi Pendengaran <i>Post – test</i> Kelompok Kontrol	60
4.10. Grafik <i>chek list</i> Rata - Rata Halusinasi Pendengaran <i>Post-test</i> kelompok Kontrol	60

4.11 Grafik Perbandingan Aspek Halusinasi Pendengaran <i>Pre-test</i> dengan <i>Post-test</i> Subjek Ap	63
4.12 Grafik Perbandingan Rata – rata Halusinasi Pendengaran <i>Pre-test</i> dengan <i>Post-test</i> Subjek Ap	64
4.13 Grafik Perbandingan Aspek Halusinasi Pendengaran <i>Pre - test</i> dengan <i>Post-test</i> Subjek Rd	66
4.14 Grafik Perbandingan Rata – Rata Halusinasi Pendengaran <i>Pre - test</i> dengan <i>Post-test</i> Subjek Rd	67



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1 Informed Consent	77
2 Modul Penelitian	79
3 Lembar <i>chek list</i>	80
4 Hasil <i>chek list</i> Subjek 1	81
5 Hasil <i>chek list</i> Subjek 2	82
6 Transkrip Verbatim Subjek 1	83
7 Transkrip Verbatim Subjek 2	97
8 Deskripsi Data Subjek 1	115
9 Deskripsi Data Subjek 2	122
10 Laporan Harian Selama Intervensi	129
11 Transkrip Verbatim Subjek Sekunder	143



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Gangguan kesehatan jiwa merupakan masalah kesehatan masyarakat dan sosial di Indonesia dan cenderung meningkat tiap tahun. Hal ini dapat mempengaruhi perkembangan seseorang baik fisik, internal dan emosional untuk tercapainya kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain dan masyarakat. Ketika manusia tidak dapat beradaptasi dengan lingkungan maka akan terjadi gangguan kesehatan yaitu kesehatan mental atau jiwa (Stuart dan Sundeen, 1998).

WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Usia ini biasanya terjadi pada dewasa muda antara usia 18-21 tahun (WHO, 2009). Menurut National institute of mental health gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan diperkirakan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. Kejadian tersebut akan mempengaruhi meningkatnya prevalensi gangguan jiwa dari tahun ke tahun di berbagai negara. Berdasarkan hasil sensus penduduk Amerika Serikat tahun 2004, diperkirakan 26,2 % penduduk yang berusia 18 – 30 tahun atau lebih mengalami gangguan jiwa (NIMH, 2011).

Salah satu gangguan kesehatan jiwa yang umum terjadi adalah skizofrenia, gangguan jiwa yang bagi orang awam disebut gila. Prevalensi skizofrenia di Indonesia sendiri adalah tiga sampai lima perseribu penduduk. Bila diperkirakan jumlah penduduk sebanyak 220 juta orang akan terdapat gangguan jiwa dengan skizofrenia kurang lebih 660 ribu sampai satu juta orang. Angka tersebut merupakan angka yang cukup besar serta perlu penanganan yang serius (Sulistyowati dkk 2006).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes), 2007 (Depkes RI, 2007) menyebutkan 14,1% penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa dari ringan sampai berat. Data dari 33 rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia menyebutkan hingga kini jumlah penderita jiwa berat mencapai 2,5 juta orang. Menurut WHO di beberapa negara berkembang menunjukkan bahwa 30 – 50 % pasien yang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan umum ternyata menderita gangguan kesehatan jiwa. Sedangkan jumlah penderita skizofrenia di Indonesia adalah tiga sampai lima per 1000 penduduk yang mayoritas penderita berada di kota besar. Dari hasil survai di rumah sakit Indonesia, ada 0,5 – 1,5 perseribu penduduk mengalami halusinasi (Purba, dkk dalam Riza 2010).

Skizofrenia bisa terjadi pada siapa saja baik laki – laki maupun wanita. Data American Psychiatric Association (APA) tahun 1995 menyebutkan 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia. Sedangkan di Indonesia sendiri diperkirakan 1 – 2 juta penduduk mengalami gangguan jiwa yang sama. Dari jumlah tersebut, baru sekitar 7000 – 10000 penderita yang telah memperoleh penanganan secara medis. Dan 75% penderita skizofrenia mulai mengidapnya pada usia 16-25 tahun. Usia

remaja dan dewasa muda memang berisiko tinggi karena tahap kehidupan ini penuh stresor. Kondisi penderita sering terlambat disadari keluarga dan lingkungannya karena dianggap sebagai bagian dari tahap penyesuaian diri.

Skizofrenia bisa terjadi pada siapa saja. Seringkali pasien Skizofrenia digambarkan sebagai individu yang bodoh, aneh, dan berbahaya (Irmansyah, 2006). Sebagai konsekuensi kepercayaan tersebut, banyak pasien Skizofrenia tidak dibawa berobat ke dokter (psikiater) melainkan disembunyikan, walaupun akan dibawa berobat, mereka tidak dibawa ke dokter melainkan dibawa ke “orang pintar”.

Skizofrenia adalah suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tidak selalu bersifat kronis atau “*deteriorating*”) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Umumnya skizofrenia ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar *inappropriate* atau tumpul *blunted*. Kesadaran yang jernih *clear consciousness* dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian.

Prognosis untuk skizofrenia pada umumnya kurang begitu menggembirakan. Sekitar 25% pasien dapat pulih dari episode awal dan fungsinya dapat kembali pada tingkat *premorbid* (sebelum munculnya gangguan tersebut). Sekitar 25% tidak akan pernah pulih dan perjalanan penyakitnya cenderung memburuk. Sekitar 50% berada diantaranya, ditandai dengan kekambuhan periodik dan ketidakmampuan berfungsi

dengan efektif kecuali untuk waktu yang singkat (Harris dalam Craighead, Kazdin & Mahoney, 1994).

Penderita skizofrenia pastinya akan mengalami gejala dan tanda seperti delusi atau waham (keyakinan yang tidak masuk akal) dan tentunya akan mengalami halusinasi. Para penderita skizofrenia akan mendengar, melihat, merasa, mencium sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Sebagian penderita akan mendengarkan suara atau bisikan yang bisa menghibur atau menakutkan atau menganggap suara atau bisikan tersebut bersifat negatif atau buruk atau suara tersebut memberikan perintah.

Halusinasi merupakan gejala yang paling sering muncul pada klien skizofrenia, dimana sekitar 70% dari penderita skizofrenia mengalami halusinasi. Perilaku individu yang mengeksperisikan adanya halusinasi adalah tidak akuratnya interpretasi stimulus lingkungan atau perubahan negatif dalam jumlah atau pola stimulus yang datang, disorientasi waktu dan tempat, disorientasi orang, perubahan kemampuan memecahkan masalah, perubahan perilaku atau pola komunikasi, kegelisahan, ketakutan, ansietas/cemas dan peka rangsang.

Menurut Stuart dan Sundeen (1998) klien dengan halusinasi mengalami kecemasan dari kecemasan yang sedang sampai panik tergantung dari tahap halusinasi yang dialaminya. Dan hal ini dapat menyebabkan dampak negatif dari halusinasi yaitu dapat mencederai diri, orang lain dan dapat merusak lingkungan. Berdasarkan hal tersebut, maka perlu upaya untuk mengendalikan halusinasi.

Mekanisme otak yang bertanggung jawab terhadap halusinasi melibatkan sejumlah sistem yang saling berhubungan. Satu kemungkinan yang membangkitkan

halusinasi adalah adanya kerusakan di struktur otak yang lebih dalam, menyebabkan otak menciptakan realitasnya sendiri. Realitas alternatif ini sendiri belum dapat diperiksa karena pusat pemikiran yang lebih tinggi di otak, yang terletak di lobus frontal dari korteks serebral gagal melakukan pemeriksaan realitas terhadap gambaran – gambaran tersebut untuk menentukan apakah gambaran tersebut nyata, imajinasi atau halusinasi (Begley, 1995). Konsekuensinya, orang salah mengatribusikan suara – suara mereka yang biasanya dibangkitkan dalam diri pada sumber – sumber dari luar. Bukti dari penelitian tentang gambaran otak lainnya menunjuk pada ketidaknormalan lobus frontal pada penderita skizofrenia.

Pada tahun 1950 sebuah organisasi profesional didirikan melalui kolaborasi para terapis musik yang bekerja secara khusus menangani pasien yang terdiri dari para veteran perang, penderita gangguan mental, gangguan pendengaran/ pengelihatannya, dan sebagai populasi pasien psikiatri. Aktivitas ini merupakan awal lahirnya NAMT (*National Association for Music Therapy*). Dalam perkembangan selanjutnya baru pada tahun 1998, NAMT melakukan kerja sama dengan organisasi terapi musik lain dan bersatu di bawah nama AMTA (*American Music Therapy Association*) sampai saat ini.

Don Campbell, seorang musisi sekaligus pendidik, bersama Alfred Tomatis yang psikolog, mengadakan penelitian untuk melihat efek positif dari beberapa jenis musik. Hasilnya dituangkan dalam buku mereka yang di Indonesia diterbitkan dengan judul efek mozart, memanfaatkan kekuatan musik untuk mempertajam pikiran, meningkatkan kreativitas dan menyehatkan tubuh. Banyak fakta menarik

yang diungkap Campbell dan Tomatis. Salah satunya adanya hubungan yang menarik antara musik dan kecerdasan manusia. Musik (klasik) terbukti dapat meningkatkan fungsi otak dan intelektual manusia secara optimal. Campbell kemudian mengambil contoh karya Mozart, sonata in d major K 488 yang diyakininya mempunyai efek stimulasi yang paling baik bagi bayi.

Campbell 2001 (dalam bukunya Efek Mozart) bahwa musik Barok (Bach, Handel dan Vivaldi) dapat menciptakan suasana yang merangsang pikiran dalam belajar. Musik klasik (Haydn dan Mozart) mampu memperbaiki konsentrasi ingatan dan persepsi spasialnya. Sementara jenis-jenis musik lain mulai dari Jazz, New Age, Latin, Pop, lagu-lagu Gregorian bahkan gamelan dapat mempertajam pikiran dan meningkatkan imajinasi.

Musik merupakan stimulasi terhadap keseimbangan aspek kognitif. Penelitian- penelitian membuktikan bahwa musik memberikan banyak manfaat kepada manusia atau siswa seperti merangsang pikiran, memperbaiki konsentrasi dan ingatan, meningkatkan aspek kognitif, membangun kecerdasan emosional, dan lain-lain. Musik juga dapat menyeimbangkan fungsi otak kanan dan otak kiri, yang berarti menyeimbangkan perkembangan aspek intelektual dan emosional. Siswa yang mendapat pendidikan musik jika kelak dewasa akan menjadi manusia yang berpikiran logis, sekaligus cerdas, kreatif, dan mampu mengambil keputusan, serta mempunyai empati.

Penelitian menunjukkan bahwa musik dapat memberikan rangsangan – rangsangan yang kaya untuk segala aspek perkembangan secara kognitif dan

kecerdasan emosional (EQ), Roger Sperry (1992) dalam Siegel (1999) penemu teori Neuron mengatakan bahwa neuron baru akan menjadi sirkuit jika ada rangsangan musik sehingga neuron yang terpisah-pisah itu bertautan dan mengintegrasikan diri dalam sirkuit otak, sehingga terjadi perpautan antara neuron otak kanan dan otak kiri itu Siegel, 1999 mengatakan bahwa musik klasik menghasilkan gelombang Alfa yang menenangkan yang dapat merangsang sistem limbik jaringan neuron otak.

Menurut Louise, psikologi sekaligus terapis musik dari Present Education Program RSAB Harapan Kita, Jakarta, sesungguhnya bukan hanya musik Mozart yang dapat digunakan. Semua musik berirama tenang dan mengalun lembut memberi efek yang baik bagi janin, bayi dan anak-anak dengan kebutuhan khusus. Kekuatan musik Mozart menjadi perhatian masyarakat terutama melalui penelitian inivatif di University of California pada awal tahun 1990-an. Di Center for the Neurobiology of Learning and Memory di Irvine, sebuah tim peneliti mulai meninjau sejumlah efek Mozart terhadap anak – anak dan para mahasiswa.

Frances H. Rauscher, Ph.D., serta para koleganya mengadakan sebuah penelitian di mana 36 mahasiswa tingkat sarjana dari departemen psikologi mendapatkan nilai delapan hingga sembilan angka lebih tinggi pada tes IQ spasial (bagian dari skala kecerdasan Stanford-Binet) setelah mendengarkan “Sonata for Two Pianos in D Major” (K. 448) karya Mozart selama sepuluh menit. Meskipun efek itu hanya berlangsung sepuluh menit hingga lima belas menit, tim Rauscher menyimpulkan bahwa hubungan antara musik dengan penalaran ruang (spasial)

sedemikian kuat hingga cukup dengan mendengarkan musik pun mampu membuat perbedaan.

Bunyi musik ditransmisikan menuju telinga dalam dan diuraikan berdasarkan frekuensi – frekuensi tertentu yang menyusun bunyi tersebut. Musik yang memasuki telinga diubah menjadi impuls – impuls saraf di dalam koklea. Impuls – impuls ini ditransmisikan menuju korteks auditori di dalam lobus temporal di mana area – area tertentu terspesialisasi, khususnya pada hemisfer kanan, untuk menganalisa nada dan warna suara. Informasi dari korteks auditori ditransmisikan ke dalam lobus frontal yang akan menghubungkan musik dengan emosi, pikiran dan pengalaman masa lalu. (Sweeney, 2009)

Banyak penulis yang mengkaji tentang pengaruh musik terutama musik klasik sebagai media penyembuhan dan peningkatan kualitas individu atau kelompok. Hal ini dapat memberikan gambaran adanya hubungan antara musik dengan respon seseorang yang sebenarnya tidak jauh dari hubungan emosi antar musik dan pendengar (Djohan, 2005).

Musik memiliki efek mendalam pada tubuh dan jiwa. Ini adalah bagian tak terpisahkan dari pengalaman manusia dan penting komponen untuk mencapai kualitas hidup (Dileo & Bradt, 2009), terapi musik menjadi alat yang bermanfaat untuk kesehatan. Terapi musik telah terbukti menjadi intervensi bermanfaat bagi orang yang memiliki penyakit mental abadi (Grocke, 2008; Edwards, 2006). Terapi musik dapat dianggap sebagai salah satu bentuk rehabilitasi psikososial karena dapat meningkatkan sosial kekompakan, dan dapat mempengaruhi individu psikologis dan

fisiologis kesejahteraan, seperti fungsi kognitif dan ekspresi emosional (Yang, 1998). Hal ini didefinisikan sebagai metode psikoterapi yang menggunakan interaksi musik sebagai sarana komunikasi dan ekspresi (Gold, 2009).

Terapi musik mulai berkembang dan juga sudah banyak penyakit ataupun gangguan yang bisa dilakukan dengan terapi musik khususnya pada musik klasik, diantaranya penderita demensia (Carol A. Prickett & Randall S. Moore, 1991), ADHD dan ADD (Rosali Rebollo Pratt, Hans Henning Abel, dan Jon Skidmore, 1995), autisme (Dawn Wimpory, Paul Chadwick, dan Susan Nash, 1995), anak yang mengalami cacat perkembangan (Suzanne Evans Morris, 1996), terobsesi oleh kematian (Guy Berard, 1993), insomnia (Dick Kankas, 1996), ibu hamil (Cynthia Allison Davis, 1992), skizofrenia (Mercedes Pavlicevic, Colwyn Trevarthen, dan Janic Duncan, 1994).

Paul Moses seorang spesialis THT, menemukan pola yang terus berulang pada diri pasien – pasien skizofrenia. Dia menemukan bahwa suara – suara pasien skizofrenia itu cenderung ritmis ketimbang melodi. Yang dominan adalah nada – nada tinggi, dan sedikit saja resonansi sengau. Suaranya tidak dapat meluncur suara yang melompat dari satu tangga ke tangga berikutnya, dan tekanan pada kata-katanya aneh. Moses menemukan bahwa sebagian dari pola neurotik dan psikotik mereka lenyap. Menyanyi hanya sedikit membantu, tetapi berdendang, berbicara, dan dialog vokal yang kreatif dengan pasien – pasien benar – benar memodifikasi perilaku mereka.

U.S. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, menindaklanjuti penemuan Moses melaporkan hasil sebuah studi di mana penderita skizofrenia terbukti cenderung kurang mendengar suara – suara halusinasi apabila mereka bersenandung perlahan – lahan. Para dokter di UNCLA Research Center di Camarillo State Hospital menemukan bahwa bersenandung menutupi bunyi – bunyi yang lain, termasuk kegiatan otot yang lazimnya tidak terdengar yang tidak dapat dipersepsi sebagai suara. Mereka menemukan bahwa menyenandungkan bunyi *Mmmmm* dengan sangat lembut menimbulkan pengurangan halusinasi pendengaran sebanyak 59% dalam diri pasien – pasien skizofrenia.

Sebuah studi kasus-kontrol yang besar terdapat 41 orang dewasa penderita skizofrenia, para peneliti di Royal Edinburg Hospital dan University of Edinburg di Skotlandia melaporkan bahwa pasien – pasien yang mengikuti serangkaian sesi terapi musik individual mengalami perbaikan klinis. Subjek – subjek eksperimental menerima sesi terapi musik individual satu kali seminggu selama 10 minggu, sementara kelompok pembandingan menerima terapi tersebut hanya pada minggu pertama dan minggu kesepuluh.

Pasien skizofrenia memerlukan tritmen yang komprehensif, artinya memberikan tritmen medis untuk menghilangkan gejala dan terapi psikologis untuk membantu beradaptasi dengan konsekuensi atau akibat dari gangguan tersebut. Pada tritmen secara medis dengan pemberian obat – obat antipsikotik. Antipsikotik termasuk tiga kelas obat yang utama : antagonis reseptor dopamine, risperidone (risperdal), dan clozapine (clozaril). Dan untuk terapinya ada terapi perilaku, terapi

berorientasi keluarga, terapi kognitif, terapi kelompok, dan dalam sosial ketrampilan berbicara, ketrampilan mengolah diri sendiri dan melatih ketrampilan kerja.

Hasil penelitian Seto & Sandiasti menunjukkan bahwa terapi musik efektif untuk penderita Skizofrenia, yang ditandai dengan subjek menjadi tenang, rileks, emosi lebih labil dan mampu mengikuti kegiatan.

Penderita skizofrenia yang mengalami gejala halusinasi gagal dalam melakukan pemeriksaan realitas terhadap suatu gambaran yang apakah gambaran tersebut nyata, imajinasi, atau halusinasi. Mekanisme tersebut berada pada lobus frontal. Otak saat mendengarkan musik, akan mentransmisi bunyi musik menuju telinga dalam yang nantinya informasi tersebut akan menuju ke lobus frontal, di mana musik dapat dikaitkan pada emosi, pemikiran, dan pengalaman masa lalu.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis akan melakukan penelitian untuk mengetahui efektifkah pemeberian musik klasik terhadap pengurangan halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia, dengan memperdengarkan musik klasik.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan penjelasan diatas, maka rumusan masalah yang akan diangkat dalam penelitian ini adalah apakah pemberian musik klasik efektif dalam pengurangan halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah pemberian musik klasik efektif dalam mengurangi halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

Diharapkan penelitian ini bisa bermanfaat sebaga berikut :

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pengembangan kajian ilmu psikologi, yang khususnya di bidang psikologi klinis yang berkaitan dengan penderita skizofrenia.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan bisa bermanfaat dan bisa memberikan informasi kepada pihak yang membutuhkan informasi tentang skizofrenia dan semoga penelitian bisa diterapkan untuk proses penyembuhan penderita skizofrenia khususnya penderita yang mengalami halusinasi pendengaran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Halusinasi

2.1.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang salah di mana tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitan dengannya. Halusinasi dapat berwujud penginderaan kelima indra yang keliru. (Arif, 2006 : 18).

Menurut Cook dan Fotaine, halusinasi adalah persepsi sensorik tentang suatu objek, gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan (pendengaran, pengelihatn, penciuman, perabaan atau pengecapn), sedangkan menurut Wilson (1998) halusinasi adalah gangguan penyerapan/persepsi panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat terjadi pada sistem penginderaan dimana terjadi pada saat kesadaran individu itu penuh dan baik. Maksudnya rangsangan tersebut terjadi pada saat klien dapat menerima rangsangan dari luar dan dari individu.

2.1.2 Etiologi

Menurut Stuart (2007), faktor penyebab terjadinya halusinasi adalah :

2.1.2.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor pencetus terjadinya halusinasi, yaitu :

1. Biologis

Abnormalitas perkembangan system saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologist yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian – penelitian berikut :

- a. Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- b. Beberapa zat kimia di otak seperti dopamine neurotransmitter yang berlebihan dan masalah – masalah pada system reseptor dopamine dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- c. Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (*cerebellum*). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (*post-mortem*).

Mekanisme otak yang bertanggung jawab terhadap halusinasi melibatkan sejumlah sistem yang saling berhubungan. Satu kemungkinan yang membangkitkan halusinasi adalah adanya kerusakan di struktur otak yang lebih dalam, menyebabkan

otak menciptakan realitasnya sendiri. Realitas alternatif ini sendiri belum dapat diperiksa karena pusat pemikiran yang lebih tinggi di otak, yang terletak di lobus frontal dari korteks serebral gagal melakukan pemeriksaan realitas terhadap gambaran – gambaran tersebut untuk menentukan apakah gambaran tersebut nyata, imajinasi atau halusinasi (Begley, 1995). Konsekuensinya, orang salah mengatribusikan suara – suara mereka yang biasanya dibangkitkan dalam diri pada sumber – sumber dari luar. Bukti dari penelitian tentang gambaran otak lainnya menunjuk pada ketidaknormalan lobus frontal pada penderita skizofrenia.

2. Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

3. Sosial budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti : kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan terisolasi disertai stress.

2.1.2.2 Faktor Presipitasi

Faktor Presipitasi (penyulut), secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Menurut Stuart (2007), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi, yaitu :

1. Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan oleh otak untuk diinterpretasikan.

2. Stess Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stess yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3. Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

2.1.3 Tahapan Halusinasi

Halusinasi dapat dibagi menjadi beberapa tahapan (Dalami, 2009), yaitu :

Tabel 2.1. Tahapan Halusinasi

Tahapan	Karakteristik	Perilaku
1. <i>Sleep Disorder</i> : tahap awal seseorang sebelum muncul halusinasi	Merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya memiliki banyak masalah. Masalah yang dihadapi makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi dan support system yang kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk.	Susah tidur dan berlangsung terus menerus sehingga terbiasa menghayal dan menganggap menghayal awal sebagai pemecahan masalah.
2. <i>Comforthing</i> : halusinasi ada pada tahap menyenangkan (cemas sedang)	Mengalami perasaan yang mendalam seperti cemas, kesepian, rasa bersalah, takut, dan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk	Terkadang tersenyum, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan

	meredakan cemas. Cenderung mengenali bahwa pikiran – pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika cemas dapat ditangani.	berkonsentrasi.
3. <i>Condemning</i> : pada tahapan ini halusinasi menjadi menakutkan(cemas berat)	Pengalaman sensori yang menakutkan an mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan dan merasa dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik iri dari orang lain.	Ditandai dengan meningkatnya tanda – tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas otonom seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. Rentang perhatian dengan lingkungan berkurang dan terkadang asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita.
4. <i>Controlling</i> : pada tahapan ini halusinasi yang berkuasa (cemas berat)	Menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik. Penderita akan mengalami kesepian jika sensori halusinasi berhenti.	Penderita taat pada perintah halusinasi, sulit berhubungan dengan orang lain, respon perhatian terhadap lingkungan berkurang dan bila berhubungan dengan orang lain hanya beberapa detik saja, ketidakmampuan mengikuti perintah dari orang lain, tremor dan berkeringat.
5. <i>Conquering</i> : tahap halusinasi panik	Pengalaman sensori menjadi mengancam jika penderita mengikuti perintah halusinasi. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik.	Perilaku panik, resiko tinggi mencederai, bunuh diri atau membunuh. Tindakan kekerasan agitasi, menarik katatonik, ketidakmampuan berrespon pada lingkungan.

2.2 Skizofrenia

2.2.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya perpecahan (*schism*) antara pikiran, emosi dan perilaku pasien yang terkena. Perpecahan pada pasien digambarkan dengan adanya gejala fundamental (atau primer) spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, khususnya kelonggaran asosiasi. Gejala fundamental lainnya adalah gangguan afektif, autisme dan ambivalensi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi (Kaplan & Sadock, 2004).

2.2.2 Kriteria Diagnostik Skizofrenia

Menurut Kaplan & Sadock (2004), terdapat beberapa kriteria diagnostic skizofrenia di dalam DSM-IV antara lain:

A. Karakteristik gejala

Terdapat dua (atau lebih) dari kriteria di bawah ini, masing – masing ditemukan secara signifikan selama periode satu bulan (atau kurang, bila berhasil ditangani) :

- 1) Delusi (waham)
- 2) Halusinasi
- 3) Pembicaraan yang tidak terorganisasi (misalnya, topiknya sering menyimpang atau tidak terhubung)

- 4) Perilaku yang tidak terorganisasi secara luas atau munculnya perilaku katatonik yang jelas
- 5) Gejala negatif, yaitu adanya afek yang datar, alogia atau avolisi (tidak adanya kemauan).

Catatan : Hanya diperlukan satu gejala dari kriteria A, jika delusi yang muncul bersifat kacau (*bizzare*) atau halusinasi terdiri dari beberapa suara yang terus menerus mengomentari perilaku atau pikiran pasien, atau dua atau lebih suara yang saling berbincang antara satu dengan yang lainnya.

B. Disfungsi sosial atau pekerjaan

Untuk kurun waktu yang signifikan sejak munculnya onset gangguan, ketidakberfusiannya meliputi satu atau lebih fungsi utama : seperti bekerja, hubungan interpersonal, atau perawatan diri, yang jelas di bawah tingkat yang dicapai sebelum onset (atau jika onset pada masa anak – anak atau remaja, adanya kegagalan untuk mencapai beberapa tingkatan hubungan interpersonal, prestasi akademik, atau pekerjaan yang diharapkan).

C. Durasi

Adanya tanda – tanda gangguan yang terus menerus menetap selama sekurangnya enam bulan. Pada periode enam bulan ini, harus termasuk sekurangnya satu bulan gejala (atau kurang, bila berhasil ditangani) yang memenuhi kriteria A (yaitu fase aktif gejala) dan mungkin termasuk pula periode gejala prodromal atau residual. Selama periode prodromal atau residual ini, tanda – tanda gangguan

mungkin hanya dimanifestasikan oleh gejala negative atau dua atau lebih gejala yang dituliskan dalam kriteria A dalam bentuk lemah misalnya keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim.

D. Penyingkiran gangguan skizofrenia dan gangguan mood

Gangguan skizofrenia dan gangguan mood dengan ciri psikotik telah disingkirkan karena :

- a. Tidak ada episode depresi berat, manik, atau campuran yang telah terjadi bersama – sama dengan gejala fase aktif.
- b. Jika episode mood terjadi selama gejala fase aktif, durasi totalnya adalah relative singkat dibandingkan durasi periode aktif dan residual.

E. Penyingkiran zat atau kondisi medis umum

Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari suatu zat (penyalahgunaan obat, pengaruh medikasi) atau kondisi medis umum.

F. Hubungan dengan gangguan perkembangan pervasif

Jika terdapat riwayat adanya gangguan autistik atau gangguan perkembangan pervasif lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia dibuat hanya jika waham atau halusinasi yang menonjol juga ditemukan untuk sekurangnya satu bulan (atau kurang jika berhasil ditangani).

Klasifikasi perjalanan penyakit gangguan jangka panjang (klasifikasi ini hanya dapat diterapkan setelah sekurang – kurnangnya satu tahun atau lebih, sejak onset awal dari munculnya gejala fase aktif) :

- a. Episodik dengan gejala residual interepisode (episode ini dinyatakan dengan munculnya kembali gejala psikotik yang menonjol); khususnya dengan gejala negatif yang menonjol.
- b. Episodik tanpa gejala residual interepisodik.
- c. Kontinum (ditemukan adanya gejala psikotik yang menonjol di seluruh periode observasi); dengan gejala negative yang menonjol.
- d. Episode tunggal dalam remisi parsial; khususnya dengan gejala negative yang menonjol.
- e. Episode tunggal dalam remisi penuh.
- f. Pola lain yang tidak ditemukan.

2.2.3 Etiologi

Teori tentang penyebab Skizofrenia, yaitu :

- a. Diatesis-Stres Model

Teori ini menggabungkan antara factor biologis, psikososial, dan lingkungan yang secara khusus mempengaruhi diri seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia. Dimana ketiga factor tersebut saling berpengaruh secara dinamis (Kaplan & Sadock, 2004).

- b. Faktor Biologis

Dari faktor biologis dikenal suatu hipotesis dopamine yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas dopaminergik yang berlebihan di bagian kortikal otak, dan berkaitan dengan gejala positif dari skizofrenia. Penelitian terbaru juga menunjukkan pentingnya neurotransmitter lain termasuk serotonin, norepinefrin,

glutamate dan GABA. Selain perubahan yang sifatnya neurokimiawi, penelitian menggunakan *CT Scan* ternyata ditemukan perubahan anatomi otak seperti pelebaran lateral ventrikel, atrofi koteks atau atrofi otak kecil (*cerebellum*), terutama pada penderita kronis skizofrenia (Kaplan & Sadock, 2004).

c. Genetika

Faktor genetika telah dibuktikan secara meyakinkan. Resiko masyarakat umum 1% pada orang tua resiko 5%, pada saudara kandung 8% dan pada anak 12% apabila salah satu orang tua menderita skizofrenia, walaupun anak telah dipisahkan sejak lahir, anak dari kedua orang tua skizofrenia 40%. Pada kembar monozigot 47%, sedangkan untuk kembar dizigot sebesar 12% (Kaplan & Sadock, 2004).

d. Faktor Psikososial

1. Teori Psikoanalitik

Sigmund Freud mengatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh fiksasi dalam perkembangan yang terjadi lebih awal yang menyebabkan perkembangan neurosis. Selain itu konflik intrapsikis yang disebabkan dari fiksasi awal dan defek ego, yang mungkin telah disebabkan oleh hubungan objek awal yang buruk.

Pandangan psikoanalisis umum tentang skizofrenia menghipotesiskan bahwa defek ego mempengaruhi interpretasi kenyataan dan pengendalian dorongan –dorongan dari dalam.

2. Teori Psikodinamika

Menganggap hipersensitivitas terhadap stimuli persepsi yang didasarkan secara konstitusional sebagai suatu deficit. Penderita skizofrenia sulit untuk menyaring berbagai stimuli dan untuk memusatkan pada satu data di suatu waktu. Defek pada barier stimulus tersebut menciptakan kesulitan pada keseluruhan tiap fase perkembangan selama masa anak – anak dan menempatkan stress tertentu pada hubungan interpersonal.

3. Teori Belajar

Menurut ahli teori belajar, anak – anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir irasional orang tua yang mungkin memiliki masalah emosional yang bermakna. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang karena mempelajari model yang buruk selama anak – anak.

4. Teori Keluarga

Adanya keretakan dan kecondongan keluarga, keluarga yang saling mendukung secara semu dan bermusuhan secara semu, emosi yang diespersikan misalnya kecemburuan, permusuhan, dan keterlibatan yang berlebihan.

2.2.4 Tipe – Tipe Skizofrenia

Berdasarkan definisi dan criteria diagnostic tersebut, skizofrenia di dalam DSM-IV dapat dikelompokkan menjadi beberapa subtype, yaitu (Kaplan & Sadock, 2004).

a. Skizofrenia Paranoid

Tipe skizofrenia yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- 1) Preokupasi dengan satu atau lebih delusi atau halusinasi dengar yang menonjol secara berulang – ulang.
- 2) Tidak ada yang menonjol dari berbagai keadaan berikut ini :
Pembicaraan yang tidak terorganisasi, perilaku yang tidak terorganisasi atau katatonik, atau afek yang datar atau tidak sesuai.

b. Skizofrenia Terdisorganisasi

Tipe Skizofrenia yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

Di bawah ini semuanya menonjol :

- 1) Pembicaraan yang tidak terorganisasi
- 2) Perilaku yang tidak terorganisasi
- 3) Afek yang datar atau tidak sesuai

c. Skizofrenia Katatonik

Tipe skizofrenia dengan gambaran klinis yang didominasi oleh sekurang – kurangnya dua hal berikut ini :

- 1) Imobilitas motorik, seperti ditunjukkan adanya *katalepsi* (termasuk fleksibilitas lilin) atau *stupor*.

- 2) Aktivitas motorik yang berlebihan (tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal).
- 3) Negativism yang berlebihan (sebuah resistensi yang tampak tidak adanya motivasi terhadap semua bentuk perintah atau mempertahankan postur yang kaku dan menentang semua usaha untuk menggerakkannya) atau *mutism*.
- 4) Gerakan – gerakan sadar yang aneh, seperti yang ditunjukkan oleh *posturing* (mengambil postur yang tidak lazim atau aneh secara disengaja), gerakan stereotipik yang berulang – ulang, *manerism* yang menonjol, atau bermuka menyeringai secara menonjol.
- 5) Ekolalia atau ekopraksia (pembicaraan yang tidak bermakna).

d. Skizofrenia Tidak Tergolongkan

Tipe skizofrenia yang memenuhi kriteria A, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk tipe paranoid, terdisorganisasi, dan katatonik.

e. Skizofrenia Residual

Tipe skizofrenia di mana kriteria berikut ini terpenuhi :

- 1) Tidak adanya waham, halusinasi, berbicara terorganisasi, dan perilaku katatonik terdisorganisir atau katatonik yang menonjol.
- 2) Terdapat terus bukti – bukti gangguan, seperti yang ditunjukkan oleh adanya gejalaneatif atau dua atau lebih gejala yang tertulis dalam kriteria A untuk skizofrenia, ditemukan dalam bentuk yang lebih lemah

(misalnya, keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim).

2.3 Musik Klasik

2.3.1 Pengertian Musik Klasik

Musik klasik adalah musik yang sering digunakan masyarakat untuk menyebut jenis music yang diciptakan oleh komponis Eropa sebelum tahun 1990. Yang dibedakan menjadi enam zaman yaitu musik abad pertengahan (sebelum tahun 1400), musik *renaissance* (tahun 1400 – 1600), musik barok (tahun 1600 – 1750), musik klasik (1750 – 1825), musik romantik (tahun 1825 – 1900) dan musik modern (tahun 1900 – 1954).

Musik klasik menurut Bae (2003 : 289) merupakan “musik masa lampau yang selalu memperhatikan tata tertib penyajiannya dan termasuk standar karya klasik walaupun diciptakan pada masa sekarang”.

Menurut Tyas (2007 : 13) musik klasik merupakan musik yang lahir dari kebudayaan Eropasekitar tahun 1750 – 1825 yang memiliki keindahan intelektual dari semua zaman yaitu memiliki tingkat kesulitan dari segi harmoni, melodi, atau komposisi musiknya.

Berdasarkan beberapa pendapat ahli di atas dapat disimpulkan bahwa musik klasik merupakan musik yang berasal dari Eropa sekitartahun 1750 – 1825 dimulai

dengan komposer Haydn dan Mozart yang memiliki tingkat kesulitan dari segi harmoni, melodi, atau kompleksitasnya.

2.3.2 Terapi Musik

Penggunaan musik sebagai terapi sebenarnya telah ada sejak zaman kuno. Namun terapi musik sendiri berkembangnya di Amerika baru mulai pada abad ke 18, bukti- bukti tentang khasiat musik dalam penyembuhan dapat diketahui dari kitab suci dan tulisan- tulisan peninggalan sejarah dari bangsa Arab, Cina, India, Yunani, dan Romawi (Djohan, 2005).

Terapi musik didefinisikan sesuai dengan berbagai kepentingan. *The National Association of Music Therapy* (1960) di Amerika Serikat, terapi musik adalah penerapan seni musik secara ilmiah oleh seorang terapis, yang menggunakan musik sebagai sarana untuk mencapai tujuan- tujuan terapis tertentu melalui perubahan perilaku.

Terapi musik adalah penggunaan musik sebagai peralatan terapis untuk memperbaiki, memelihara, mengembangkan mental, fisik, dan kesehatan emosi. Kemampuan nonverbal, kreativitas dan rasa alamiah dari musik fasilitator untuk hubungan, ekspresi diri, komunikasi, dan pertumbuhan. Terapi musik digunakan untuk memperbaiki kesehatan fisik, interaksi sosial yang positif, mengembangkan hubungan interpersonal, ekspresi emosi secara alamiah, dan meningkatkan kesadaran diri. (Djohan, 2005 ; 223)

Kata musik dalam terapi musik digunakan untuk menjelaskan media yang digunakan secara khusus dalam rangkaian terapi. Berbeda dengan berbagai terapi dalam lingkup psikologi yang justru membantu klien untuk bercerita tentang permasalahan-permasalahannya. Terapi musik adalah terapi yang bersifat non verbal, dengan bantuan musik, pikiran klien dibiarkan untuk mengembara baik untuk mengenang hal-hal yang membahagiakan, membayangkan ketakutan- ketakutan yang dirasakan. Djohan (2003), mencatat bahwa dengan bantuan alat musik,, klien juga didorong untuk berinteraksi, berimprovisasi, mendengarkan atau aktif bermain musik.

Terapi musik bekerja dalam kalangan yang sangat luas seperti penderita sakit mental, cacat fisik, orang yang disakiti, penderita *Alzheimer* dan *dementia*, gangguan saraf, gangguan mental dan perkembangan yang tertunda, gangguan traumatis pada otak, ketidak mampuan belajar, termasuk orang yang tidak menderita sakit tertentu berdasarkan diagnosis klinis. (Djohan, 2005 : 226)

Musik dapat memberikan efek untuk menyembuhkan seperti yang dilansir Barbara Grove, mantan presiden *The National Association of Music Therapy* (dalam Djohan, 2005 : 229) mengatakan bahwa musik dan irama menghasilkan efek penyembuhan karena dapat menenangkan aktivitas yang berlebihan dari otak kiri.

Musik memiliki kekuatan untuk mempengaruhi kognisi dalam otak manusia. Menurut Gardner (dalam Djohan, 2005 : 230), setiap manusia paling sedikit memiliki delapan kemampuan intelegensi yang berbeda. Dan salah satunya intelegensi musik.

Musik dapat memberikan rangsangan terhadap aspek kognitif. Hal yang sama dikemukakan Campbell 2002 dalam bukunya Efek Mozart) mengatakan bahwa musik Barok (Bach, Handel dan Vivaldi) dapat menciptakan suasana yang merangsang pikiran dalam belajar. Musik klasik (Haydn dan Mozart) mampu memperbaiki konsentrasi ingatan dan persepsi spasial. Masih banyak lagi jenis-jenis musik lain mulai dari Jazz, New Age, Latin, Pop, lagu-lagu, Gregorian bahkan gamelan yang dapat mempertajam pikiran dan meningkatkan kreativitas.

Campbell 2002 dalam bukunya efek Mozart Proses mendengar musik merupakan salah satu bentuk komunikasi afektif dan memberikan pengalaman emosional. Emosi yang merupakan suatu pengalaman subjektif yang terdapat pada setiap manusia. Untuk dapat merasakan dan menghayati serta mengevaluasi makna dari interaksi dengan lingkungan, ternyata dapat dirangsang dan dioptimalkan perkembangannya melalui musik sejak masa dini. Dari beberapa definisi diatas dapat dilihat bahwa terapi musik tidak saja bersifat memperbaiki dan mengatasi sesuatu kekurangan, tetapi juga dapat dijadikan sarana prevensi.

2.3.3 Mozart

Kekuatan musik mozart menjadi perhatian masyarakat terutama melalui penelitian inovatif di University of California pada awal tahun 1990-an. Di Center *for the Neurobiology of Learning and Memory* di Irvine, sebuah tim peneliti mulai meninjau sejumlah efek mozart terhadap anak-anak dan mahasiswa. Frances H. Rauscher, Pd.D., serta para koleganya mengadakan sebuah penelitian dimana tiga puluh enam mahasiswa tingkat sarjana dari departemen psikologi mendapatkan nilai

delapan hingga sembilan angka lebih tinggi pada tes IQ spasial (bagian dari skala kecerdasan Stanford-Binet) setelah mendengarkan “Sonata for Two in D Major” (K.488) karya mozart selama sepuluh menit.

Meskipun efek itu hanya berlangsung sepuluh hingga lima belas menit, tim Rauscher menyimpulkan bahwa hubungan antara musik dengan penalaran ruang (spasial) sedemikian kuat sehingga cukup dengan mendengarkan musik pun mampu membuat perbedaan. Musik mozart “bisa menghangatkan otak”, ungkap Gordon Shaw, seorang fisikawan teoritis dan salah satu peneliti yang termasuk dalam tim tersebut setelah pengumuman hasil-hasil tadi. “Kami menduga bahwa musik yang rumit tersebut memperlancar pola-pola saraf kompleks tertentu yang terlibat dalam kegiatan-kegiatan otak yang tinggi seperti matematika dan catur. Sebaliknya, musik yang sederhana dan berulang-ulang memiliki efek yang berlawanan (Campbell, 2002: 17).

Jenis musik yang digunakan dalam penelitian ini adalah musik klasik dari Mozart. Karena berdasarkan beberapa penelitian sebelumnya bahwa musik klasik Mozart memiliki efek terapeutik. Dan menurut Campbell (2002 : 17) “rahasia keunggulan musik klasik Mozart adalah kemurnia dan kesederhanaan bunyi – bunyi yang dimunculkan”.

2.3.4 Manfaat Musik Klasik

Kehidupan manusia sangat dekat dengan irama, karena denyut nadi dan degup jantung manusia memiliki irama khusus, hal tersebut menunjukkan betapa

dekatnya manusia dengan musik. Beberapa penelitian menunjukkan adanya pengaruh musik terhadap kehidupan manusia, begitu pula dengan musik klasik. Menurut Campbell (2002 : 10) musik klasik mempengaruhi otak bagian kanan yaitu musik dapat merangsang koneksi antar neuron.

Campbell (2002 : 13 – 242) menyebutkan beberapa manfaat musik klasik, antara lain :

- a. Merangsang pertumbuhan sel otak
- b. Meredakan ketegangan atau stress
- c. Meningkatkan kemampuan social
- d. Merangsang perkembangan bahasa
- e. Memperbaiki ketrampilan motorik pada anak – anak
- f. Memahami emosi dan membantu mengekspresikannya
- g. Meningkatkan ketrampilan akademik

2.4 Dinamika Psikologis

Hubungan antar variabel terikat (*variabel dependent*) dengan variabel bebas (*variabel independent*) yang dalam penelitian ini hubungan antara halusinasi pendengaran dengan musik klasik. Sebelumnya ada penelitian yang menyatakan dengan memberikan musik klasik pada penderita skizofrenia, halusinasi yang dialami pasien skizofrenia mengalami perbaikan klinis.

Selain itu Paul Moses seorang spesialis THT, menemukan pola yang terus berulang pada diri pasien – pasien skizofrenia. Dia menemukan bahwa suara – suara

pasien skizofreniam itu cenderung ritmis ketimbang melodius. Yang dominan adalah nada – nada tinggi, dan sedikit saja resonansi sengau. Suaranya tidak dapat meluncur suara yang melompat dari satu tangga ke tangga berikutnya, dan tekanan pada kata-katanya aneh. Moses menemukan bahwa sebagian dari pola neurotik dan psikotik mereka lenyap. Menyanyi hanya sedikit membantu, tetapi berdendang, berbicara, dan dialog vokal yang kreatif dengan pasien – pasien benar – benar memodifikasi perilaku mereka.

Menindaklanjuti penemuan Moses, U.S. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration melaporkan hasil sebuah studi di mana penderita skizofrenia terbukti cenderung kurang mendengar suara – suara halusinasi apabila mereka bersenandung perlahan – lahan. Para dokter di UNCLA Research Center di Camarillo State Hospital meneukan bahwa bersenandung menutupi bunyi – bunyi yang lain, termasuk kegiatan otot yang lazimnya tidak terdengar yang tidak dapat dipersepsi sebagai suara. Mereka menemukan bahwa menyenandung bunyi *Mmmmm* dengan sangat lembut menimbulkan pengurangan halusinasi pendengaran sebanyak 59% dalam diri pasien – pasien skizofrenia.

Dan hal tersebut sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh Djohan (2005) bahwa terapi musik bekerja dalam kalangan yang sangat luas seperti penderita sakit mental, cacat fisik, orang yang disakiti, penderita *Alzheimer* dan *dementia*, gangguan saraf, gangguan mental dan perkembangan yang tertunda, gangguan traumatis pada otak, ketidak mampuan belajar, termasuk orang yang tidak menderita sakit tertentu berdasarkan diagnosis klinis.

Melalui penelitian dengan menggunakan *Functional Magnetic Resonance Imaging* (fMRI), ahli saraf dan psikiater dari Universitas Kolombia mampu mengidentifikasi area di otak yang terlibat di dalam tahapan dini terjadinya skizofrenia yang berkaitan dengan kelainan psikotik. Aktivitas pada daerah spesifik hipokampus mampu memprediksi onset dari penyakit ini sehingga mampu menghasilkan diagnosis dini dan membuka kesempatan untuk pembentukan obat atau terapi untuk mencegah terjadinya skizofrenia.

Penelitian ini dipublikasikan melalui *Archives of General Psychiatry*, September 2009. Di dalam penelitian, para peneliti melakukan scanning otak pada 18 individu dengan risiko tinggi dan memiliki gejala prodromal serta dibandingkan dengan 18 individu sehat yang diikuti selama 2 tahun. Bagi mereka yang mengalami episode pertama gejala psikotik, didapatkan sekitar 70% peserta memiliki peningkatan aktivitas di daerah hipokampus yang disebut dengan subregio CA1.

Penelitian sebelumnya memang telah mengidentifikasi secara general peningkatan aktivitas di area hipokampus pada skizofrenia kronik. Penelitian saat ini menunjukkan bahwa pada tahapan dini dari penyakit, sebelum gejala bermanifestasi, peningkatan aktivitas di regio tertentu dari hipokampus dapat menjadi salah satu deteksi dini berlanjutnya penyakit ini.

Penelitian menunjukkan bahwa musik dapat memberikan rangsangan – rangsangan yang kaya untuk segala aspek perkembangan secara kognitif dan kecerdasan emosional (EQ), Roger Sperry (1992) dalam Siegel (1999) penemu teori Neuron mengatakan bahwa neuron baru akan menjadi sirkuit jika ada rangsangan

musik sehingga neuron yang terpisah-pisah itu bertautan dan mengintegrasikan diri dalam sirkuit otak, sehingga terjadi perpautan antara neuron otak kanan dan otak kiri itu Siegel, 1999 mengatakan bahwa musik klasik menghasilkan gelombang Alfa yang menenangkan yang dapat merangsang sistem limbik jaringan neuron otak.

Dari pemaparan diatas maka dapat diambil kesimpulan bahwa halusinasi dengar pada skizofrenia memiliki hubungan dengan musik. Dikatakan bahwa pasien skizofrenia mengalami masalah di dalam otaknya yaitu peningkatan aktivitas di daerah hipokampus. Sedangkan musik itu sendiri mampu menyeimbangkan fungsi otak kanan dan otak kiri dan musik klasik mampu menghasilkan gelombang Alfa yang menenangkan yang dapat merangsang sistem limbik jaringan neuron otak.

Penderita skizofrenia yang mengalami halusinasi tentu pada tahapan awal akan mengalami kecemasan. Sedangkan menurut Ralph Spintge direktur eksekutif *International Society for Music in Medicine* (dalam Campbell, 2002 : 315) telah mempelajari efek musik pada hamper 97.000 pasien sebelum, selama, dan setelah pembedahan. Dan menemukan bahwa 97% pasien mengatakan bahwa musik membantu mereka merasa rileks selama penyembuhannya dan merasa kecemasannya menjadi berkurang.

Pemaparan diatas hubungan antara halusinasi dengan musik dilihat dari segi biologis dan psikologisnya yaitu masalah yang ada didalam otak dan masalah secara psikologisnya.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini terkait dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui efektifkah pemberian musik klasik terhadap pengurangan halusinasi pendengaran pada penderita skizofrenia seperti yang telah dijelaskan didalam bab empat. Dilihat hasil grafik untuk keempat aspek menunjukkan penurunan intensitas munculnya aspek – aspek selama subjek diperdengarkan musik klasik secara rutin dan jika subjek tidak diperdengarkan musik klasik maka subjek kembali mengalami halusinasi pendengaran.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Instansi Terkait

Hendaknya mereka yang terkait dengan proses penyembuhan penderita skizofrenia lebih paham dengan keadaan masing – masing penderita skizofrenia dan mereka harusnya lebih sering melakukan komunikasi dengan penderita skizofrenia.

5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti memberikan saran untuk peneliti selanjutnya untuk lebih melakukan kontrol perilaku pada subjek selain itu dengan menggunakan metode yang sama saat diperdengarkan musik klasik masih bisa efektifkah untuk subjek yang lebih banyak.



DAFTAR PUSTAKA

- Arif, I.S, 2006. *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung : Refika Aditama.
- Arikunto, Suharsimi, 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik Edisi Revisi VI*. Penerbit : Rineka Cipta.
- Azwar, Saifuddin. 2007. *Metode Penelitian. Cetakan VIII*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bahr, R.D. 1994. "Reducing Time to the Therapy in AMI Patients : the New Paradign ". *Journal of Emergency Medicine*. 12: 450-503
- Baoe, Pono. 2003. *Kamus Musik*. Yogyakarta : Kanisius.
- Campell, Don, 2002. *Efek Mozart. Cetakan II*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
- Dileo C and Bradt J, 2009 Medical music therapy: "Evidence-based principles and practices." In: Soderback I (ed), *Inter-national handbook of occupational therapy*. New York Springer: 445-451.
- Djohan, 2005. *Psikologi Musik. Cetakan II*. Yogyakarta : Penerbit Buku Baik
- Edwards J, 2006 "Music therapy in the treatment and management of mental disorders". *Irish Journal of Psychological Medicine*. 23 : 33-35.
- Gold C, Solli HP, Krüger V, Lie SA, 2009 "Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis". *Clinical Psychology Review*. 27: 193-207.
- Green, M.F., Kinsbourne M., 1990 "Subvocal activity and auditory hallucinations: for Behavioral Treatments." *Schizophrenia Bulletin* 16
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. 2004. *Sinopsis Psikiatri (Terjemahan: Kusuma, W)*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Latipun, 2006. *Psikologi Eksperimen. Edisi kedua*. Malang : UMM Press.

- Mansjoer, Ari., 1999, “ *Kapita selekta kedokteran (edisi 3), Jilid I*”, media Aesculapius, Jakarta.
- Mulyadi, Seto, Devina, Anggita Sandiasti., 2012 “*Incorportes Music Therapy For People With Residual Type of Schizophrenia* “.international Journal of Management Sciences and Business Research. Vol. 1: No. 4.
- Pavlicevic, Mercedes., Trevarthen Colwyn., Duncan, Janic., 1994 “*Improvisatinonal Music Therapy and the rehabilitation of Persons Suffering from Chronic Schizophrenia.*” Journal of Music Therapy 31.
- Riza, Hasma.2012, “*Hubungan tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien halusinasi dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien halusinasi.*” Di akses pata tanggal 26 April 2013
- Stuart & Sunden, 2007. *Buku Saku Keperawat Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Yang WY, Li Z, Weng YZ, Zang HY, Ma B, 1998 “*Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia*”. Hong Kong Journal of Psychiatry. 8: 38- 40

