

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Halusinasi Pendengaran**

##### 1. Pengertian

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran ) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mendengarkan suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Kusumawati & Hartono 2014).

Halusinasi pendengaran atau akustik adalah kesalahan dalam mempersepsikan suara yang di dengar klien. Suara bisa menyenangkan, ancaman, membunuh dan merusak (Yosep, 2016).

Berdasarkan pengertian halusinasi pendengaran diatas penulis menyimpulkan bahwa halusinasi pendengaran adalah kesalahan mempersepsikan rangsangan yang diterima oleh klien melalui indra pendengarannya yang sebenarnya rangsangan tersebut tidak ada, tidak nyata dan tidak dapat dibuktikan.

##### 2. Etiologi (Yosep, 2016)

###### a. Faktor perkembangan

Perkembangan klien yang terganggu misalnya kurangnya mengontrol emosi dan keharmonisan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi ,dan hilang percaya diri.

b. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungan sejak bayi akan membekas diingatkannya sampai dewasa dan dia akan merasa disingkirkan kesepian dan tidak percaya pada lingkungan.

c. Faktor Biokimia

Adanya stres yang berlebihan yang dialami oleh seseorang maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia buffofeno dan dimetytranferase sehingga terjadi ketidakseimbangan asetilkolin dan dopamin.

d. Faktor psikologis

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab akan mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dari alam nyata menuju alam khayal.

e. Faktor genetik dan pola asuh

Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

3. Jenis-Jenis Halusinasi

a. Halusinasi pendengaran

Karakteristik ditandai dengan suara, terutama suara –suara orang, biasanya klien mendengar suara orang sedang berbicara apa yang sedang dipikirkan dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi penglihatan

Karakteristik dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambaran kartun dan/atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi penciuman

Karakteristik di tandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikan seperti darah urine atau feses. Kadang-kadang bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke tumor kejang dan demencia.

d. Halusinasi peraba

Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat contoh merasa sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

e. Halusinasi pengecap

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

f. Halusinasi kenestetik

Karakteristik ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

4. Proses Terjadinya Halusinasi

Halusinasi berkembang melalui empat fase menurut Stuart (2015), yaitu sebagai berikut :

a. Fase Pertama

Disebut juga dengan fase comforting yaitu fase menyenangkan . Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik . Karakteristik dari fase ini adalah klien mengalami stress, cemas , perasaan perpisahan, atau bersalah, kesepian yang memuncak dan dapat di selesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan , cara ini menolong sementara.

Perilaku klien meliputi tersenyum atau tertawa tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, penggerak mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.

b. Fase ke dua

Disebut dengan fase condemning yaitu halusinasi menjadi menjijikan. Termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik dari fase ini pengalaman sensori yang menjijikan dan menakutkan kecemasan meningkat, melamun dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai ada bisikan yang tidak jelas, klien tidak ingin orang lain tahu dan dapat mengontrolnya.

c. Fase ke tiga

Adalah fase controlling yaitu pengalaman sensori menjadi kuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik difase ini bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya . Perilaku klien difase ini kemampuan dikendalikan halusinasinya, rentang perhatian lainnya beberapa menit dan detik. Tanda-

tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor, dan tidak mampu memantau perintah.

d. Fase ke empat

Adalah fase *conquering* atau panik yaitu klien kabur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik difase ini halusinasi berubah menjadi mengancam, memerintah dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang control, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain dilingkungan.

Perilaku klien difase ini adalah perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, atau katatonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

5. Tanda dan Gejala

Karakteristik perilaku yang dapat ditunjukkan klien dan kondisi halusinasi menurut Direja (2011).

a. Halusinasi pendengaran

Data subyektif :

Klien mendengarkan suara atau bunyi tanpa stimulus nyata, melihat gambaran tanpa stimulus yang nyata, mencium nyata stimulus yang nyata, merasa makan sesuatu, merasa ada sesuatu pada kulitnya, takut terhadap suara atau bunyi yang di dengar, ingin memukul dan melempar barang.

Data obyektif :

Klien berbicara, senyum dan tertawa sendiri, pembicaraan kacau dan terkadang tidak masuk akal, tidak dapat membedakan hal yang nyata dan

tidak nyata, menarik diri dan menghindar dari orang lain, disorientasi, tidak bisa memusatkan perhatian atau konsentrasi menurun, perasaan curiga, takut, gelisah, bingung, ekspresi wajah tegang, muka merah dan pucat, tidak mampu melakukan aktifitas mandiri dan kurang mengontrol diri, menunjukkan perilaku, merusak diri dan lingkungan.

b. Halusinasi penglihatan

Data subyektif:

Klien akan menunjuk- nunjuk kearah tertentu, akan merasa ketakutan terhadap sesuatu yang tidak jelas.

Data obyektif:

Klien melihat bayangan seperti melihat hal-hal yang lain hantu atau lainnya yang sebenarnya tidak ada.

c. Halusinasi penciuman

Data Subyektif : Klien membau-bauan seperti merasakan bau darah, urine kadang- kadang bau terasa menyenangkan.

Data Obyektif : Klien menghidung seperti sedang membaui bau-bauan tertentu klie akan menutup hidung.

d. Halusinasi pengecap

Data Subyektif : Klien merasakan seperti rasa darah, urin atau yang lainnya dalam mulutnya.

Data Obyektif : Klien sering meludah, dan muntah- muntah tanpa sebab.

e. Halusinasi Perabaan

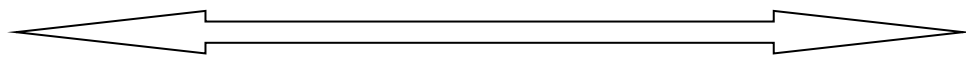
Data Subyektif : Klien mengatakan merasa ada hewan atau ada sesuatu yang melekat pada permukaan kulitnya.

Data Obyektif : Klien sering mengusap-usap kulitnya berharap hewan atau yang lainnya pergi dari kulitnya.

#### 6. Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologist (Stuart & Laraia, 2001). Ini merupakan respon persepsi paling maladaptif. Jika individu yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan, dan perabaan), pasien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indera walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada.

Diantara kedua respon tersebut adalah respon individu yang karena sesuatu hal mengalami kelainan persepsi yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut sebagai ilusi. Pasien mengalami ilusi jika interpretasi yang dilakukannya terhadap stimulus panca indera tidak akurat sesuai stimulus yang diterima. Rentang respon halusinasi dapat dilihat pada gambar dibawah ini (Damaiyanti, 2008)



#### Adaptif

1. Pikiran Logis,
2. Persepsi akurat
3. Emosi konsisten dengan pengalaman
4. Hubungan Positif

#### Maladaptif

1. Pikiran terganggu
2. Emosi berlebih atau kurang
3. Perilaku tidak biasa
4. Merusak
5. Menarik diri

## **B. Cognitive Behavior Therapy**

### **1. Pengertian**

Sesuai dengan aliran kognitif dan perilaku, CBT menganggap bahwa pola pemikiran terbentuk melalui proses Stimulus-Kognisi-Respon (SKR), yang saling berkaitan membentuk semacam jaringan dalam otak. Proses kognitif merupakan faktor penentu bagi pikiran, perasaan dan perbuatan (perilaku). Semua kejadian yang dialami berlaku sebagai stimulus yang dapat dipersepsi secara positif (rasional) maupun negatif (irrasional) (Sudiyanto, 2015).

CBT adalah bentuk psikoterapi yang menekankan pentingnya peran pikiran dalam bagaimana kita merasa dan apa yang akan kita lakukan CBT ada bukan sebagai tehnik terapeutik yang jelas. Istilah "Cognitive behavioral Therapy" merupakan istilah yang sangat luas untuk kelompok terapi yang sejenis. Ada beberapa pendekatan terhadap CBT, meliputi Rational Emotive Behavioral Therapy, Rational Living Therapy, Cognitive Therapy, dan Dialectic Behavior Therapy (NACBT, 2018).

CBT adalah psikoterapi berdasarkan atas kognisi, asumsi, kepercayaan, dan perilaku, dengan tujuan mempengaruhi emosi yang terganggu. CBT bertujuan membantu pasien untuk dapat merubah sistem keyakinan yang negatif, irasional dan mengalami penyimpangan (distorsi) menjadi positif dan rasional sehingga secara bertahap mempunyai reaksi somatik dan perilaku yang lebih sehat dan normal (Hepple, 2014).



## 2. Psikopatologi CBT

CBT tidak hanya suatu set tehnik, tetapi juga mengandung teori komprehensif perilaku manusia. CBT mengajukan penjelasan "biopsikososial" untuk menjelaskan bagaimana manusia menjadi merasa dan bertindak sebagaimana yang mereka lakukan – merupakan kombinasi dari biologis, psikologis, dan faktor sosial yang terlibat (Froggatt, 2016).

Cara yang berguna untuk menggambarkan peran dari kognisi adalah dengan model "A-B-C-D" atau model rasional emosi (aslinya dikembangkan oleh Albert Ellis, model ABC ini telah diadaptasi secara umum untuk penggunaan CBT). Pada model ini, "A" adalah activating event (kejadian yang mencetuskan terbentuknya keyakinan atau kepercayaan yang salah), "B" adalah believe (keyakinan atau kepercayaan seseorang berdasarkan kejadian yang mencetuskan). Ellis menjelaskan bahwa bukan kejadian itu sendiri yang menghasilkan gangguan perasaan, tetapi interpretasi dan keyakinan atau kepercayaan orang tersebut tentang kejadian itu. "C" adalah consequence (konsekuensi emosional dari kejadian tersebut). Dengan kata lain, ini adalah pengalaman perasaan orang tersebut sebagai hasil dari interpretasi dan kepercayaan berkenaan dengan kejadian. "D" adalah "dispute" (penggoyahan terhadap keyakinan yang tidak rasional, tidak realistik, tidak tepat, dan tidak benar kemudian menggantinya dengan keyakinan yang rasional, realistik tepat dan benar (Froggatt, 2016).

### 3. Indikasi CBT

CBT telah berhasil digunakan untuk menolong orang dengan masalah non-klinis sampai klinis, menggunakan berbagai macam modalitas. Indikasi CBT meliputi :

- 1) Depresi
- 2) Gangguan cemas meliputi, gangguan obsesif kompulsif, agorafobia, fobia spesifik, gangguan cemas menyeluruh, gangguan stres pasca trauma, dll.
- 3) Halusinasi
- 4) Gangguan makan
- 5) Kecanduan
- 6) Hipokondriasis
- 7) Disfungsi seksual
- 8) Pengendalian kemarahan
- 9) Gangguan pengendalian impuls
- 10) Perilaku antisocial
- 11) Gangguan kepribadian
- 12) Terapi tambahan pada masalah kesehatan kronis, cacat fisik.
- 13) Penatalaksanaan nyeri
- 14) Penatalaksanaan stres umum (Froggatt, 2016)

CBT untuk pasien halusinasi dikembangkan selama tahun 1990 sebagai tambahan terhadap pengobatan. Sebelumnya, terapi psikologis untuk halusinasi umumnya terbatas pada terapi perilaku terhadap pasien rawat inap dan intervensi keluarga untuk membantu mengurangi angka kekambuhan. CBT untuk halusinasi dikembangkan secara luas di Inggris, walaupun saat ini

telah dilakukan percobaan di Kanada, Amerika Serikat, Italia, dan Belanda (CARMHA, 2015).

#### 4. CBT pada Halusinasi

Aaron Beck pertama kali mengajukan penggunaan terapi kognitif pada halusinasi pada tahun 1950-an, menyatakan bahwa jika manifestasi halusinasi terutama terlihat sebagai suatu gangguan pikiran, maka intervensi kognitif untuk "mengoreksi" gangguan psikiatri tersebut merupakan suatu solusi yang jelas. Gejala-gejala psikotik disebabkan oleh disfungsi psikologis, dan secara efektif bisa diterapi dengan medikasi.

Penelitian juga telah dilakukan, terutama di Inggris untuk mengembangkan intervensi kognitif-perilaku untuk mengatasi gejala-gejala psikotik. Hal ini dapat bermanfaat terutama pada gejala-gejala psikotik refrakter ringan atau serangan gejala psikotik (misalnya, yang dicetuskan oleh keadaan penuh tekanan), untuk meningkatkan tilikan diri pada pasien dan mencegah pengobatan yang berlebihan (Heydebrand, 2012).

Asumsi pokok dari intervensi kognitif-perilaku untuk halusinasi yaitu bahwa pikiran yang terganggu menimbulkan ansietas akibat sifat alamiah dari persepsi (penganiayaan, dan sebagainya) dan akibat fungsi yang terganggu, kemudian mengganggu pengolahan "realita" yang sebenarnya. Jika gangguan proses pikir yang berhubungan dengan halusinasi terlihat sebagai suatu hubungan yang tidak logis antara peristiwa-peristiwa yang tidak dilihat berhubungan oleh sebagian besar orang, maka titik intervensi adalah sifat tidak logis dari asumsi tersebut.

Oleh karena itu terapi sebaiknya berfokus pada perkembangan kemampuan kontrol diri yang diperlukan untuk mengubah pola pikir untuk pengolahan realitas yang lebih efektif. Dalam kerangka ini, beberapa kelompok strategi telah dikembangkan yang dirancang untuk mengatasi gejala-gejala psikotik, termasuk perubahan perilaku (misalnya, mencari interaksi sosial sebagai penyangga terhadap halusinasi yang mengganggu), tehnik relaksasi untuk mengurangi guncangan psikologis, dan metode penguasaan kognitif seperti mengabaikan gejala-gejala atau aktifitas "pengalihan". Seperti terapi kognitif untuk gangguan tipe lain, tantangan terbesar adalah membantu pasien menerima gagasan bahwa ada penjelasan lain untuk pengalaman dan persepsi mereka. Jadi walaupun penekanan dalam terapi kognitif-perilaku merupakan pengajaran strategi khusus dan mendorong pemikiran logis, faktor-faktor seperti aliansi terapeutik penting untuk hasil yang maksimal (Heydebrand, 2012).

CBT pada pengobatan halusinasi berkembang melawan suatu latar belakang skeptisisme yang hebat karena kegagalan sebelumnya pada psikoterapi interpersonal pada pasien halusinasi (Turkington, 2016). Penelitian keefektifan CBT pada halusinasi termasuk variasi subtype halusinasi dan pengukuran keefektifan pengobatan memakai alat ukur yang bervariasi. Kebanyakan berfokus pada pasien rawat jalan dengan gejala kronis, juga terdapat tiga penelitian pada pasien halusinasi fase akut di rumah sakit (CARMHA, 2017). CBT dapat mencegah kekambuhan, mengurangi gejala, memperbaiki tilikan dan meningkatkan kepatuhan pengobatan. CBT dapat diberikan pada gejala psikosis yang resisten dan pengobatan untuk

membangun tilikan dan kepatuhan pengobatan yang rendah. CBT secara adekuat direkomendasikan selama lebih dari 4 – 6 bulan dan mencakup 10 sesi (Paschos, 2014).

#### 5. Teknik CBT pada Halusinasi

Untuk intervensi langsung (yaitu mengajari pasien untuk mengatasi suara-suara) terdapat dua cara yang benar-benar bertentangan : pengalihan dan pemusatan. Akan tetapi, keduanya berdasarkan dalil bahwa pengalaman halusinasi menyebabkan ansietas yang berhubungan dengan fungsi dan dengan demikian membuat gejala ini terus menetap.

Pada metode pengalihan, pasien diajari untuk mendengarkan musik (misalnya menggunakan headphone), membaca, melakukan metode lain untuk menjauhkan pusat perhatian mereka dari rangsang internal. Jadi, halusinasi sebaiknya dihilangkan melalui penurunan ansietas dan reaktifitas.

Pada metode pemusatan, pasien mengikuti suatu pendekatan desensitisasi untuk membiasakan mereka dengan gagasan bahwa suarasuara yang mereka alami adalah gejala psikologis yang dapat mereka kontrol. Pertama, mereka dilatih untuk mengidentifikasi dan menjelaskan gambaran fisik dari halusinasi (jumlah, kekerasan, jenis kelamin, aksen, lokasi). Melacak gejala dan membicarakan pengalamannya bertujuan agar tidak membingungkan proses. Selanjutnya, isi dari halusinasi, serta pikiran dan emosi yang terkait, dicatat. Dalam mengulas pola halusinasi seseorang, pasien dapat mulai menyadari bahwa hal tersebut ditimbulkan oleh stresor tertentu, dan bahwa hal itu juga menyebabkan ansietas, kemarahan, atau putus asa. Kemudian, menyadari bahwa hubungan antara dua faktor tersebut dapat menekankan bahwa gagasan

tersebut tidak datang dari Tuhan atau setan tetapi akibat dari gejala dopamin dalam sistem limbik. Akhirnya, pasien diminta untuk menggambarkan apa arti dari suara-suara tersebut bagi mereka (sistem kepercayaan-suara apakah itu, dari mana suara itu berasal?). dengan menceritakan persepsi dan artinya mereka telah menyampaikan gejala, mereka jadi lebih terbuka untuk memberikan penjelasan lain, dan kemudian dapat mulai menggunakan pembicaraan diri untuk mengatasi halusinasi.

Kedua pendekatan ini tampak berhasil pada beberapa tingkat, tetapi perbedaan individual (karakteristik pasien) mungkin menentukan efektifitas. Karakteristik tersebut meliputi intensitas dan kualitas halusinasi dan latar belakang budaya pasien, pendidikan, kemampuan abstraksi, dan pertahanan secara keseluruhan.

#### 6. SOP *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT)

##### **Prosedur Tindakan**

<b>Elemen</b>	<b>Kriteria Kerja</b>	<b>Tindakan</b>	
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
<b>Pengkajian</b>	1. Kaji adanya keluhan yang mengganggu tindakan 2. Kaji kesiapan klien dan perawat		
<b>Persiapan Alat</b>	Siapkan alat – alat yang meliputi : 1. Kertas / Buku catatan 2. Alat tulis		
<b>Tahap Orientasi</b>	<b>1. Sapa klien, ucapkan salam</b> “ Selamat pagi bapak, Saya mahasiswa UMKT yang akan merawat bapak disini, Nama saya ... dan biasanya saya dipanggil... Nama bapak siapa ? Bapak senang dipanggil siapa?”		

	<p>2. Tanya kabar dan keluhan klien “Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apa keluhan bapak saat ini?”</p> <p>3. Kontrak waktu “Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini bapak dengar tetapi tidak tampak wujudnya? Di mana kita duduk ? Di ruang tamu saja bagaimana? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?”</p>		
<b>Tahap Kerja</b>	<p>1. Tanyakan tentang halusinasi “Apakah bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?”</p> <p>2. Tanyakan waktunya “Apakah terus-menerus suara itu terdengar atau sewaktu-waktu pak? Kapan yang paling sering bapak dengar? Berapa kali sehari pak? Pada saat bapak melakukan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?”</p> <p>3. Tanyakan keluhan klien “Apa yang bapak rasakan pada saat mendengar suara itu?”</p> <p>4. Tanyakan apa koping sementara klien “Apa yang bapak lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kita belajar untuk mencegah suara-suara itu muncul dengan cara mendengarkan alunan bacaan Al-Quran”</p> <p>5. “Bapak cukup mendengarkan murotal al-quran dengan menggunakan file MP3, headset atau speaker selama 15-30 menit. Surah yang digunakan adalah surah Ar-Rahman 78 ayat, ini dilakukan dua kali sehari. Bapak mendengarkan lantunan ini bisa diberikan pada pagi hari dan siang hari”</p>		
<b>Tahap terminasi</b>	<p>1. Tanyakan keluhan dan buat kontrak baru “Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang-bincang dengan saya? Baiklah pak, bagaimana besok kita berbincang- bincang untuk latihan cara yang lain untuk mengatasi suara-suara tidak nyata itu pak” Tempatnya di ruang tamu ya pak, pada jam 2 siang ya” Permissi pak, Selamat pagi</p>		
<b>Dokumentasi</b>	<p>Catat seluruh hasil tindakan dalam catatankeperawatan*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nama dan Tanda tangan</li> <li>➤ Tanggal dan jam tindakan</li> <li>➤ Hasil tindakan</li> </ul>		
<b>Skor</b>			