

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab dua berisi tentang hasil penelusuran kepustakaan terhadap teori dan konsep serta hasil penelitian terkait yang menjadi landasan dalam penelitian. Konsep dan teori yang dibahas berkaitan dengan penelitian ini yaitu konsep skizofrenia, konsep halusinasi dan konsep terapi modalitas yang didalamnya membahas tentang biblioterapi

A. Konsep Skizofrenia

Tinjauan pustaka yang berkaitan dengan skizofrenia yaitu mulai dari definisi, etiologi, manifestasi klinis, diagnosis dan penatalaksanaan.

1. Definisi

Skizofrenia berasal dari dua kata dalam bahasa Yunani yaitu *schizein* berarti “untuk membagi” dan *phren* berarti “pikiran, dengan demikian pada skizofrenia terjadi perpecahan antara kognitif dan emosional dalam kepribadian seseorang (Stuart *et al.*, 2023). Skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa yaitu suatu penyakit otak neurobiologis kompleks yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk memahami dan memproses informasi. Skizofrenia tergolong penyakit *neurobiology* yang berat dan terus menerus yang dapat berakibat terganggunya kehidupan individu penderita, keluarganya dan masyarakat menurut (Stuart *et al.*, 2016). Pengertian lain menurut (Baradero *et al.*, 2019) skizofrenia tidak dapat diterangkan sebagai suatu penyakit saja, lebih tepat apabila skizofrenia dianggap sebagai suatu sindrom atau suatu proses penyakit dengan macam macam variasi dan gejala, skizofrenia juga menimbulkan distorsi pikiran sehingga pikiran itu menjadi sangat aneh (*bizar*), juga distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku. Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan suatu penyakit yang terjadi pada otak sehingga menyebabkan gangguan pada pikiran, perilaku, emosi, gerakan, persepsi, dan sosial yang dianggap tidak normal dan sulit diterima oleh masyarakat.

2. Etiologi

Townsend (2015) menyatakan penyebab skizofrenia masih belum diketahui secara pasti, kemungkinan besar tidak ada faktor tunggal yang terlibat dalam etiologi; sebaliknya, penyakit ini mungkin disebabkan oleh kombinasi pengaruh termasuk biologis, psikologis, dan faktor lingkungan. Videbeck & Sheila (2020) menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu :

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko dan protektif yang memengaruhi jumlah dan jenis sumber yang dapat digunakan seseorang untuk mengatasi skizofrenia (Stuart *et al.*, 2023). Menurut (Baradero *et al.*, 2019) salah satu teori penyebab yang dikaitkan dengan skizofrenia yaitu teori biologis.. Predisposisi biologis meliputi meliputi genetik, neurobiologi, dan teori virus dan infeksi (Stuart *et al.*, 2023). Faktor genetik berperan besar terhadap kejadian skizofrenia (Tumanggor, 2018). Bagaimana skizofrenia diturunkan masih belum diketahui secara pasti, belum ada penanda biologis pasti yang ditemukan. Studi sedang berlangsung untuk menentukan gen mana yang penting dalam kerentanan terhadap skizofrenia, dan apakah salah satunya atau banyak gen yang terlibat (Townsend, 2015). Studi kembar dan adopsi menambahkan tambahan bukti dasar genetik skizofrenia (Townsend & Morgan, 2018).

Faktor neurobiologi menunjukkan adanya kelainan anatomi, fungsional dan neurokimia dalam tubuh dan otak penderita skizofrenia, yang dibuktikan dengan adanya penurunan volume otak dan perubahan sistem neurotransmitter (Stuart *et al.*, 2023). Korteks frontal terlibat dalam gejala negatif skizofrenia, sistem limbik terlibat dalam gejala positif skizofrenia dan sistem neurotransmitter menghubungkan kedua daerah ini terutama dopamin dan serotonin serta glutamat (Stuart *et al.*, 2016). Teori virus dan infeksi mengatakan bahwa kontak dengan virus atau respons imun terhadap virus dapat mengubah fungsi otak (Baradero

et al., 2019). Penelitian telah membuktikan bahwa paparan virus influenza pada saat prenatal menjadi salah satu faktor etiologi skizofrenia (Brown & Derkits, 2010 dalam Stuart *et al.*, 2016). Oleh karena itu perlu diperhatikan dan dikaji riwayat klien mulai dari dalam kandungan hingga saat sakit.

b. Faktor Presipitasi.

Faktor presipitasi adalah faktor stresor yang berupa stimulus yang menantang, mengancam atau menuntut klien yang mengakibatkan munculnya skizofrenia (Stuart *et al.*, 2023). Faktor presipitasi meliputi stresor biologis, psikologis dan sosial budaya. Stresor biologis terjadi karena adanya gangguan dalam umpan balik otak yang mengatur jumlah informasi yang dapat diproses pada waktu tertentu, terutama bagian lobus frontal yang terjadi penurunan fungsi (Stuart *et al.*, 2023). Stresor biologis lain adalah mekanisme *gating* yang tidak normal, yaitu rusaknya proses kelistrikan yang melibatkan elektrolit (Stuart *et al.*, 2023). Penyakit fisik juga dapat menjadi stresor seperti infark miokardium, diabetes, penyakit paru kongesti kronik, dan penyakit kronis lainnya (Sadock & Sadock, 2022).

Stresor psikologis terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup, gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, dan ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini (Videbeck & Sheila, 2020).

Stresor sosial budaya dapat berupa ketidaksesuaian antara keinginan dengan kenyataan yang ada, ketegangan karena faktor ekonomi dan kemajuan teknologi, meningkatnya pengangguran, perubahan budaya dan pergaulan, serta tekanan sebagai golongan yang minoritas (Yosep & Sutini, 2016).

3. Manifestasi klinis

Gejala yang dialami klien skizofrenia tidak selalu sama walaupun mereka mungkin memiliki subtipe skizofrenia yang sama, namun menurut gejala skizofrenia dapat dikelompokkan menjadi gejala positif dan gejala negatif. Sistem limbik merupakan bagian yang terlibat dalam gejala positif skizofrenia (Baradero *et al.*, 2019; Stuart *et al.*, 2023). Gejala positif mencakup halusinasi, delusi, ekopraksia, *flight of ideas*, perseverasi, asosiasi longgar, *ideas of reference* dan ambivalensi (Baradero *et al.*, 2019). Halusinasi adalah gejala positif yang sering ditemukan pada skizofrenia. Halusinasi pendengaran adalah jenis skizofrenia yang paling umum ditemui (Townsend & Morgan, 2018). Gejala negatif meliputi; alogia, anhedonia, apatis, katatonik, afek datar, dan keengganan (Baradero *et al.*, 2019). Gejala positif dapat dikendalikan dengan obat-obatan, tetapi gejala negatif bertahan terus sekalipun gejala positif sudah berkurang, gejala ini yang bertahan terus merupakan penghalang dalam penyembuhan dan kemampuan maksimal untuk melaksanakan fungsi sehari-hari (Baradero *et al.*, 2019).

1. Diagnosis Skizofrenia

Pedoman diagnostik skizofrenia berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi ke III (PPDGJ-III) yaitu 1) harus ada paling sedikit satu gejala yang amat jelas (dua gejala atau lebih jika gejala kurang jelas) diantara gejala: gangguan isi pikir (*thought echo*, *thought insertion* dan *thought broadcasting*), delusi, halusinasi auditorik, dan waham-waham menetap jenis lainnya; 2) atau paling sedikit dua gejala yang harus selalu ada secara jelas: halusinasi yang menetap dari panca indra lainnya, inkoherensi dan neologisme, perilaku katatonik dan gejala-gejala negatif seperti apatis, jarang bicara, emosional tumpul atau tidak wajar, menarik diri dari pergaulan sosial; 3) adanya gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama satu bulan atau lebih; dan 4) harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna pada perilaku pribadi seperti hilangnya minat, tak ada tujuan hidup, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri dan menarik diri dari sosial (Maslim, 2019). Dengan

demikian halusinasi menjadi salah satu kriteria yang penting dalam diagnosis skizofrenia.

1. Penatalaksanaan

a. Psikofarmakologi

Obat yang digunakan untuk skizofrenia yaitu golongan antipsikotik yang efektif berfungsi mengurangi gejala psikotik, namun tidak menyembuhkan skizofrenia (Baradero *et al.*, 2019).

b. Psikososial

Pengobatan lain yang disebut psikososial dapat juga dipakai, disamping terapi psikofarmakologis, banyak terapi tambahan yang bisa dilakukan diantaranya ; terapi individual dan kelompok, (Baradero *et al.*, 2019b). Terapi individu salah satunya yaitu terapi perilaku kognitif (CBT/ *cognitive behavioral therapy*) efektif sebagai tambahan untuk pengobatan antipsikotik (Stuart *et al.*, 2023). Terapi individual dan kelompok bersifat pendukung dan memberi klien kesempatan untuk melakukan kontak sosial dan membangun relasi yang berarti dengan orang lain (Baradero *et al.*, 2019). Berbagai bentuk terapi dapat diberikan dengan harapan memperluas efektivitas dalam kesembuhan klien.

B. Konsep Halusinasi

Tinjauan pustaka terkait teori dan hasil penelitian halusinasi meliputi definisi, proses terjadinya halusinasi yang terdiri dari: (faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, mekanisme coping, rentang respos), tahapan proses masalah, tipe, manifestasi klinis, dan tindakan keperawatan.

1. Definisi

Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respons neurobiologik maladaptif dengan tidak teridentifikasi adanya stimulus eksternal dan internal (Stuart *et al.*, 2023). Halusinasi merupakan persepsi sensorik yang salah tidak terkait dengan rangsangan eksternal yang nyata, mungkin melibatkan salah satu dari panca indra (Townsend &

Morgan, 2018). Pengertian lain yang dikemukakan oleh Yusuf *et al.*, (2015) halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra, pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis maladaptif, klien mengalami distorsi mengakibatkan gangguan penerimaan pancaindra tanpa adanya stimulus eksternal (Mashudi, 2021). Halusinasi dapat terjadi pada kelima panca indra, sehingga halusinasi dapat dibedakan menjadi beberapa jenis yaitu: 1) halusinasi pendengaran: halusinasi pendengaran adalah gejala yang paling sering dialami klien dibandingkan jenis halusinasi lainnya yaitu sekitar 70% (Stuart *et al.*, 2023). Dari pengertian diatas dapat disimpulkan halusinasi merupakan gangguan persepsi berupa adanya persepsi palsu yang sebenarnya tidak terjadi namun dirasakan oleh klien tanpa adanya stimulus internal dan eksternal serta hilangnya kemampuan manusia membedakan rangsangan internal dan eksternal tersebut.

2. Proses Terjadinya Halusinasi

Proses terjadinya halusinasi pada penderita gangguan jiwa dapat dijelaskan dengan menggunakan pendekatan model adaptasi Stuart dan Laraia (Stuart *et al.*, 2023) yaitu mempelajari faktor predisposisi, stresor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping dan mekanisme koping serta rentang respons yang digunakan oleh seorang individu dalam mengatasi masalahnya.

Menggunakan pendekatan model stres adaptasi Stuart, proses terjadinya halusinasi dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko dan protektif yang memengaruhi jumlah dan jenis sumber yang dapat digunakan seseorang untuk mengatasi halusinasi yang terdiri dari aspek biologis, psikologis dan sosial budaya (Stuart *et al.*, 2023).

1) Faktor Biologis

Faktor biologis yang berhubungan dengan perkembangan sistem saraf yang tidak normal (Stuart *et al.*, 2023). Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atrofi otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik (Yusuf *et al.*, 2015).

2) Faktor Psikologis

Faktor psikologis seperti pola asuh orang tua, kondisi keluarga dan lingkungan (Stuart *et al.*, 2023). Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat terakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi (Yusuf *et al.*, 2015). Penelitian menunjukkan kejadian halusinasi disebabkan oleh faktor risiko meliputi kepekaan terhadap stres, harga diri rendah, dan seksualitas (DeVylder & Hilimire, 2015). Penjelasan di atas menunjukkan halusinasi sangat berkaitan dengan faktor-faktor psikologis klien.

3) Faktor Sosial Budaya

Predisposisi sosial budaya secara umum meliputi usia, gender, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, latar belakang budaya, keyakinan religi, politik, pengalaman sosialisasi dan tingkat hubungan sosial (DeVylder & Hilimire, 2015). Faktor sosial budaya seperti kondisi ekonomi, konflik sosial, serta kehidupan yang terisolasi disertai stres (Stuart *et al.*, 2016). Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi (Yusuf *et al.*, 2015). Memperbaiki kondisi sosial budaya yang bermasalah dapat mengurangi faktor risiko halusinasi.

b. Stressor Presipitasi

Stressor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh pasien sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi tambahan untuk mengatasinya (Stuart *et al.*, 2023).

1) Faktor Biologi

Faktor biologis yaitu halusinasi dapat muncul karena kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan sulit tidur dalam waktu yang lama c. Faktor biologi juga terkait dalam gangguan komunikasi dan putaran balik otak yang mengatur proses informasi (Stuart *et al.*, 2023). Kurang tidur dapat menjadi penyebab langsung halusinasi yang menonjol dan kesalahan persepsi lainnya, serta perubahan suasana hati, pemikiran yang menyimpang, delusi, depersonalisasi, dan distorsi waktu (Waters *et al.*, 2018).

2) Faktor Sosial Budaya

Faktor sosial budaya pasien mempunyai anggapan bahwa hidup bersosialisasi merupakan sesuatu yang membahayakan, sehingga klien mengalami gangguan dalam interaksi sosial. Pasien senang menyendiri dan asyik dengan halusinasinya, seolah-olah memenuhi kebutuhan interaksi sosialnya (Trimelia, 2011). Pasien halusinasi merasakan kehampaan hidup, rutinitas yang tidak bermakna, klien merasakan tidak mempunyai tujuan hidup yang jelas, sering menyalahkan takdir, menyalahkan lingkungan dan orang lain (Yosep & Sutini, 2016). Penelitian menunjukkan bahwa faktor lingkungan dapat memicu atau mencegah perkembangan gangguan kejiwaan (Aldinger & Schulze, 2017). Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien halusinasi dengan cara meningkatkan proses interaksi dengan orang lain dan mengusahakan klien tidak menyendiri agar halusinasi tidak terjadi.

3) Faktor Psikologis

Faktor emosional dapat berupa perasaan cemas yang berlebihan terhadap masalah yang tidak dapat diatasi sehingga muncul halusinasi (Yosep & Sutini, 2016). Halusinasi dapat berisi perintah yang memaksa dan menakutkan, mengakibatkan klien melakukan suatu perbuatan untuk mengatasi ketakutan tersebut (Trimelia, 2011).

Faktor intelektual yaitu individu yang mengalami halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego, dimana pada awalnya ego digunakan untuk melawan perasaan yang menekan, namun akhirnya menguasai seluruh perhatian klien dan dapat mengontrol perilaku klien (Yosep & Sutini, 2016). Cemas yang dialami klien halusinasi harus ditangani agar halusinasi tidak terjadi lagi

c. Penilaian Terhadap Stresor

Penilaian terhadap stresor adalah evaluasi individu terhadap makna suatu stresor bagi kesejahteraan individu, didalam stresor sendiri memiliki arti intensitas dan kepentingan (Stuart *et al.*, 2016). Stresor yang dinilai terdiri dari respons kognitif, afektif, perilaku, sosial dan fisiologi (Stuart *et al.*, 2023).

Respons kognitif merupakan penilaian seseorang terhadap stresor berdasarkan pemahamannya tentang situasi yang dapat membahayakan dan bagaimana ketersediaan sumber yang dimiliki untuk menghilangkan atau meminimalkan bahaya (Stuart *et al.*, 2016). Respons kognitif terhadap stres dibagi menjadi tiga jenis yaitu bahaya atau kehilangan yang telah terjadi, ancaman terhadap bahaya yang akan terjadi, dan tantangan terhadap risiko bahaya yang mungkin akan terjadi (Stuart *et al.*, 2023). Respons kognitif diketahui ketika kita sebagai perawat berkomunikasi langsung dengan pasien.

Respon afektif adalah respon berupa perasaan dari dalam individu yang muncul ketika adanya stresor. Respon afektif ini juga berupa emosi yang muncul pada individu terhadap stresor. Perasaan ini berupa perasaan marah, takut, sedih, gembira, menolak, menerima, tidak percaya, dan lainlain. Perasaan ini muncul karena adanya faktor yang menyebabkan stres sehingga muncul respon individu secara psikologis (Stuart *et al.*, 2023). Respons afektif yang buruk akan menghambat ketika berinteraksi atau wawancara dengan pasien halusinasi.

Respon perilaku merupakan hasil dari respon fisiologis dan emosional, selain itu juga analisa respon kognitif dari stresor. Terdapat

empat fase perilaku yang dapat menimbulkan stres sebagai berikut. 1) Fase 1 berupa perilaku menghindari dan mengubah lingkungan yang dapat menyebabkan stres. 2) Fase 2 berupa perilaku mengubah lingkungan eksternal dan hasilnya. 3) Fase 3 berupa perilaku mempertahankan kondisi psikologis individu untuk menstabilkan emosi. 4) Fase 4 berupa perilaku yang membantu individu untuk memahami situasi melalui penyesuaian internal (Stuart *et al.*, 2023). Mengamati secara langsung bisa terlihat dengan jelas perubahan perilaku pasien halusinasi.

Respon sosial merupakan respon individu yang ditunjukkan pada kehidupan sosial sebagai penyikapan dari stresor. Respon sosial dibagi menjadi tiga sebagai berikut. 1) Mencari makna, individu berusaha untuk mencari informasi tentang masalah yang menjadi stresor. 2) Atribut sosial, individu mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan munculnya atau terjadinya stresor. 3) Perbandingan sosial, individu membandingkan masalah yang dialami dengan orang lain yang memiliki permasalahan yang sama seperti individu tersebut (Stuart *et al.*, 2023). Pasien halusinasi sering tidak mau mendiskusikan pengalaman mereka karena mereka telah menerima pandangan negatif dari orang lain terkait pikiran mereka yang tidak wajar (Stuart *et al.*, 2016). Perawat perlu membuat pasien yakin bahwa kita percaya, dia mengalami pengalaman tersebut namun diperlukan validasi bahwa perawat tidak mengalami hal yang sama.

Respon fisiologi berupa respon tubuh terkait dengan beberapa sistem tubuh individu. Sistem ini berupa neuroendokrin yang apabila muncul stresor maka akan mengalami kompensasi. Neuroendokrin ini melibatkan pertumbuhan hormon dan berbagai neurotransmitter di otak. Respon berhubungan dengan sistem saraf simpatis dan parasimpatis yang akan cenderung mengalami perubahan karena adanya stresor (Stuart *et al.*, 2023).

d. Sumber koping

Sumber koping merupakan pilihan-pilihan dan strategi-strategi yang membantu menentukan apa yang dapat dilakukan dan apa yang berisiko (Stuart *et al.*, 2023). Sumber koping yang dapat menjadi faktor pelindung bagi klien mencakup kemampuan personal (*personal abilities*), dukungan sosial (*social support*), keyakinan positif (*positif belief*), dan aset material (*material assets*) (Stuart & Laraia 2005, dalam Sutejo, 2017). Sumber koping klien halusinasi dalam penelitian ini akan lebih melihat dari segi kemampuan personal (*personal abilities*).

e. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah segenap upaya yang ditunjukkan untuk mengelola halusinasi yang dapat bersifat konstruktif dan destruktif (Stuart *et al.*, 2023). Mekanisme koping dapat dibagi menjadi tiga jenis yaitu mekanisme koping berfokus pada masalah, berfokus secara kognitif dan berfokus pada emosi (Sincero, 2017; Stuart *et al.*, 2023). Mekanisme koping berfokus pada masalah adalah dengan melakukan suatu upaya untuk mengatasi halusinasinya misalnya dengan cara merubah perilaku yang sesuai seperti menghindari sumber suara, menutup telinga, mencari teman untuk bicara, atau melakukan aktivitas lainnya (Sincero, 2017). Mekanisme ini dilakukan klien secara sadar dan berorientasi secara objektif.

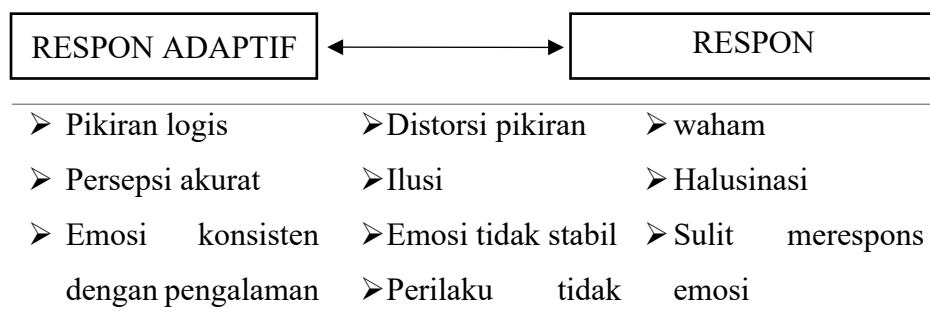
Mekanisme koping berfokus secara kognitif yaitu klien mencoba untuk mengendalikan halusinasi lalu menetralsirnya, contohnya melawan halusinasi dan teratur minum obat (Keliat *et al.*, 2013). Mekanisme koping berfokus kepada emosi yaitu klien melakukan mekanisme pertahanan ego untuk menghilangkan halusinasinya, contohnya adalah menarik diri (Stuart *et al.*, 2016). Klien secara tidak sadar melakukan mekanisme pertahanan ego untuk mengatasi halusinasinya.

Menarik diri merupakan mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan digunakan klien halusinasi. Menarik diri dilakukan klien

berkaitan dengan masalah membangun kembali kepercayaan karena halusinasi tidak dipercaya orang lain dan keasyikan dengan pengalaman halusinasi yang dialami klien (Stuart *et al.*, 2016).

f. Rentang respons halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individual yang berbeda rentang respon neurobiologi, dalam hal ini merupakan persepsi maladaptif (Pardede & Hasibuan, 2020). Rentang respon neurobiologis yang paling adaptif yaitu adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman, perilaku cocok, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sedangkan, respon maladaptif yang meliputi waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilaku tidak terorganisasi, dan isolasi sosial (Stuart *et al.*, 2023). Klien yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra (pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecap dan perabaan) klien halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indra walaupun stimulus tersebut tidak ada. Diantara kedua respon tersebut adalah respon individu yang karena suatu hal mengalami kelainan persepsi yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya, yang tersebut sebagai ilusi. Klien mengalami halusinasi jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus panca indra tidak sesuai dengan stimulus yang diterimanya, rentang respon tersebut sebagai berikut (Pardede & Hasibuan, 2020). Rentang respon neurobiologis halusinasi digambarkan sebagai berikut:



➤ Perilaku sesuai	biasa	➤ Perilaku
➤ Berhubungan sosial	➤ Menarik diri	disorganisasi
		➤ Isolasi sosial

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi (Stuart *et al.*, 2023)

3. Tahapan Proses Terjadinya Halusinasi

Stuart *et al.*, (2023) membagi tahapan terjadinya halusinasi berdasarkan tingkat intensitas, karakteristik dan perilaku yang dapat diamati pada klien halusinasi yaitu dapat dibagi menjadi tahap I, tahap II, tahap III dan tahap IV.

Tahap I: tingkat ansietas sedang yang memberi rasa nyaman. Pada tahap ini klien masih mampu mengendalikan kesadaran, pikiran dan pengalaman sensorik ketika mengalami halusinasi. Klien masih mampu mengelola ansietas dengan fokus pada pikiran yang menghibur walaupun juga merasakan kesepian, rasa bersalah dan ketakutan (Stuart *et al.*, 2023). Perilaku yang dapat diamati berupa menyeringai atau tertawa tanpa sebab, menggerakkan bibir namun tidak bersuara, gerakan mata yang cepat, diam dan seolah-olah sibuk. Pada tahap ini masih tidak termasuk gangguan jiwa (*Nonpsychotic*) (Stuart *et al.*, 2023). Tahap ini biasanya klien akan mengalami kecemasan atau kekhawatiran, curiga serta ketakutan (Keliat *et al.*, 2019). Deteksi dini dapat dilakukan perawat agar mencegah halusinasi menjadi lebih parah.

Tahap II: tingkat ansietas berat yang menyalahkan. Klien sudah mulai kehilangan kendali, mencoba menjauh dari sumber halusinasi, merasa malu dan menarik diri dari orang lain, walaupun demikian klien masih bisa diarahkan dengan realitas (Stuart *et al.*, 2023). Perilaku yang mungkin muncul yaitu peningkatan tanda-tanda vital, rentang perhatian mulai menyempit, sibuk dengan halusinasinya dan tidak mampu membedakan halusinasi dan kenyataan. Pada tahap ini termasuk dalam gangguan jiwa ringan (*mild psychotic*) (Stuart *et al.*, 2023). Klien akan sering menyendiri

dan melamun, konsentrasi buruk, serta tidak dapat memfokuskan pikiran (Keliat *et al.*, 2019). Perawat perlu membantu klien untuk memahami hubungan antara peningkatan ansietas dan munculnya halusinasi (Townsend, 2015). Dengan mengatasi peningkatan ansietas dapat mencegah halusinasi.

Tahap III: tingkat ansietas berat yang mengontrol. Pada tahap ini klien telah menyerah untuk melawan pengalaman sensorik dan menyerah pada halusinasi. Pengalaman sensorik telah menguasai klien dan klien akan merasakan kesepian ketika pengalaman sensorik berakhir (Stuart *et al.*, 2023). Perilaku klien dapat berupa kesulitan berhubungan dengan orang lain, lebih mengikuti isi halusinasi, rentang perhatian semakin mengecil, tanda ansietas semakin parah seperti tremor, berkeringat dan tidak mampu mengikuti perintah. Tahap ini sudah masuk kepada gangguan jiwa (*Psychotic*) (Stuart *et al.*, 2023). Tahap ini pasien mulai bicara dan tertawa sendiri, melihat kesatu arah, mengarahkan telinga ke arah tertentu, mendengar suara orang tanpa ada orangnya, serta melihat benda, orang, dan sinar tanpa ada objeknya (Keliat *et al.*, 2019). Tahap ini klien memerlukan penanganan khusus dan ditangani di rumah sakit jiwa.

Tahap IV: tingkat ansietas panik yang menakutkan. Pada tahap ini halusinasi menjadi rumit dan terjalin dengan waham. Halusinasi dapat menjadi mengancam jika tidak mengikuti perintah. Kejadian halusinasi dapat berlangsung berjam-jam atau bahkan berhari-hari jika tidak ditangani (Stuart *et al.*, 2023). Perilaku yang dapat diamati yaitu berupa panik, sangat berpotensi bunuh diri atau orang lain, melakukan tindakan kekerasan, agitasi, menarik diri, katatonia, tidak dapat merespons petunjuk dan orang lain. Tahap ini masuk kepada gangguan jiwa berat (*Severely psychotic*) (Stuart *et al.*, 2023). Klien biasanya mengalami disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, afek datar, mondar mandir, diam sambil menikmati halusinasinya serta tidak mampu merawat diri (Keliat *et al.*, 2019). Perawat perlu menjaga keselamatan klien dengan ketat ketika tahapan ini terjadi.

4. Tipe Halusinasi

Stuart *et al.*, (2023); Nurhalimah (2016); Yosep & Sutini (2016) halusinasi dapat muncul dari salah satu panca indera, untuk lebih jelasnya dijabarkan sebagai berikut :

a. Halusinasi pendengaran (*Auditory-hearing voices or sounds*)

Gangguan stimulus dimana klien mendengar suara palsu yang tidak nyata, mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara dan tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat kamit dan ada gerakan tangan (Yosep & Sutini, 2016). Videbeck & Sheila (2020) menyatakan halusinasi pendengaran meliputi mendengar suara-suara, paling sering adalah suara orang, berbicara kepada klien atau membicarakan klien.

b. Halusinasi penglihatan (*visual-seeing persons or things*)

Halusinasi penglihatan dapat mencakup melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada sama sekali, misalnya cahaya atau orang yang telah meninggal (Videbeck & Sheila, 2020). Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti tatapan mata pada objek yang tertentu, menunjuk kearah tertentu, serta ketakutan pada objek yang dilihat (Yosep & Sutini, 2016).

c. Halusinasi penciuman (*Olfactory-smelling odors*)

Halusinasi penghidu atau penciuman biasanya mencium tidak enak, busuk dan tengik seperti darah, urin atau feses; kadang bau menyenangkan (Stuart *et al.*, 2023). Gangguan stimulus lain pada penghidu, yang ditandai dengan ekspresi wajah seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu, klien sering mengatakan mencium bau sesuatu, tipe halusinasi ini sering menyertai klien demensia, kejang, atau penyakit serebrovasakular (Yosep & Sutini, 2016).

d. Halusinasi perabaan (*Tactile-feeling bodily sensations*)

Halusinasi perabaan biasanya klien mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas (Stuart *et al.*, 2023). Yosep &

Sutini, (2016) menyatakan halusinasi perabaan merupakan gangguan stimulus yang ditandai dengan klien mengatakan sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus, klien merasakan sesuatu di permukaan kulit, merasakan sangat panas atau dingin, merasakan tersengat aliran listrik, klien tampak mengusap, menggaruk-garuk meraba-raba kulit, serta terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

e. Halusinasi pengecapan (*gustatory-experiencing tastes*)

Halusinasi pengecapan mencakup yang tetap ada dalam mulut, atau perasaan bahwa makanan terasa seperti sesuatu yang lain (Videbeck & Sheila, 2020). Pengertian lain yaitu gangguan stimulus yang ditandai dengan klien sedang merasakan makanan tertentu, rasa tertentu atau mengunyah sesuatu, klien tampak seperti mengecap sesuatu, gerakan mengunyah, meludah atau muntah (Yosep & Sutini, 2016).

f. Halusinasi kenestetik (*Cenesthetic hallucinations*)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan klien melaporkan bahwa fungsi tubuhnya tidak dapat terdeteksi misalnya tidak adanya denyutan di otak, atau sensasi pembentukan urine dalam tubuhnya, perasaan tubuhnya melayang diatas bumi, klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya (Yosep & Sutini 2016; Videbeck & Sheila 2020).

g. Halusinasi kinestetik (*Kinesthetic hallucinations*)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan sensasi gerakan sambil berdiri tidak bergerak (Stuart *et al.*, 2023).

5. Tanda dan Gejala

Keliat *et al.*, (2019) membagi 2 tanda dan gejala halusinasi yaitu, tanda dan gejala mayor dan minor. Tanda gejala mayor dari data subjektif yaitu; mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya, melihat benda, orang, atau sinar tanpa objeknya, menghidu bau bau yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak, dan merasakan pengecapan yang tidak enak, serta merasakan rabaan atau gerakan badan (Keliat *et al.*, 2019). Data

objektif yaitu; bicara sendiri, tertawa sendiri, melihat ke satu arah, mengarahkan telinga ke arah tertentu, tidak dapat memfokuskan pikiran dan diam sambil menikmati halusinasinya (Keliat *et al.*, 2019). Tanda gejala Minor pada halusinasi dari data subjektif yaitu: sulit tidur, khawatir, dan takut sedangkan data objektifnya; konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi, afek datar, curiga, menyendiri, melamun, mondar mandir dan kurang mampu merawat diri (Keliat *et al.*, 2019b; PPNI, 2017). Individu akan memberikan respons terhadap stresor dalam bentuk respons kognitif, afektif, perilaku, sosial dan fisiologis (Stuart *et al.*, 2023) antara lain:

a. Respons kognitif

Klien dengan halusinasi akan menunjukkan perubahan (Fadly & Keliat, 2017). Masalah yang dapat muncul pada fungsi kognitif yaitu daya ingat, perhatian seperti tidak dapat memfokuskan pikiran, bentuk dan organisasi bicara, pengambilan keputusan dan isi pikir (Stuart *et al.*, 2023; Keliat *et al.*, 2019).

b. Respons afektif

Klien dengan halusinasi biasanya terganggu ditandai dengan bagaimana bentuk perasaan yang muncul, pada pasien halusinasi dapat dilihat terjadi gangguan suasana emosi (*mood*) dan gangguan afek, perasaan yang diukur yaitu rasa takut, kesal dan tidak suka ketika suara bisikan itu muncul (Fadly & Keliat, 2017). Pasien dengan halusinasi akan mengalami emosi yang berlanjut seperti perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa dan ketakutan (Yosep & Sutini, 2016). Afek yang maladaptif yang mungkin muncul yaitu: afek tumpul, yaitu respons emosional yang kurang; afek datar, yaitu terlihat tanpa ekspresi seolah-olah tidak ada keterlibatan emosi; afek tidak sesuai, yaitu emosi yang tidak sesuai dengan stimulus yang ada; afek labil, yaitu emosi yang berubah-ubah dengan cepat; reaksi emosi berlebihan dan ambivalensi (Trimelia, 2011). Penelitian yang dilakukan oleh Fadly & Keliat (2017)

menyatakan klien halusinasi merasakan rasa takut, kesal dan tidak suka terhadap halusinasi yang mereka alami.

c. Respons perilaku

Respons perilaku dapat dilihat berdasarkan tindakan apa yang klien lakukan ketika sedang mengalami halusinasi (Fadly & Keliat, 2017). Pasien halusinasi akan menunjukkan perilaku gelisah, ketakutan, bicara sendiri, tertawa tanpa sebab yang jelas, senang menyendiri seolah melakukan sesuatu yang mengasyikkan, dan sering duduk termenung memandang sesatu (Trimelia, 2011).

d. Respons sosial

Klien dengan halusinasi dapat berupa menarik diri dari lingkungan, pasien menganggap berhubungan dengan orang lain adalah sesuatu yang membahayakan, sehingga pasien merasa terancam ketika ditemani orang lain, oleh karena itu pasien lebih memilih untuk mengisolasi diri dari lingkungan (Trimelia, 2011). Gejala yang tampak pada pasien biasanya sering menyendiri tidak mudah bergaul dengan temannya

e. Respons fisiologis

Respons fisiologis bisa terlihat pasien mengarahkan telinga pada sumber suara, menggaruk-garuk atau mengusap kulit seperti merasakan sesuatu, ketakutan seolah melihat sesuatu dan adanya gerakan-gerakan seperti mengunyah atau klien sering meludah tanpa sebab (Yosep & Sutini, 2016). Tanda dan gejala di atas sangat berkaitan dengan jenis halusinasi yang terjadi sesuai dengan yang dialami klien.

1. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan terapi keperawatan pada klien skizofrenia dengan halusinasi bertujuan membantu klien mengontrol halusinasinya sehingga diperlukan beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dalam upaya meningkatkan kemampuan untuk mengontrol halusinasinya khususnya di rumah sakit yaitu dengan tindakan keperawatan generalis dan spesialis (Keliat *et al.*, 2019). Terapi generalis dan spesialis diberikan pada

individu dan kelompok serta psikoterapi suportif (Keliat *et al.*, 2019; Prabowo, 2017).

a. Tindakan pada individu

Strategi pelaksanaan terapi generalis untuk pasien dengan halusinasi yaitu dengan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, selanjutnya mengajarkan cara minum obat secara teratur, mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal, asuhan keperawatan yang diberikan pada penderita halusinasi bertujuan untuk meningkatkan kesadaran pasien antar stimulasi persepsi yang dialami pasien dan kehidupan nyata (Stuart *et al.*, 2023). Penelitian tentang pemberian intervensi keperawatan secara generalis sangat efektif pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran dengan penurunan tanda gejala halusinasi (Fajrullah *et al.*, 2019).

Tindakan keperawatan spesialis individu adalah terapi kognitif perilaku dan terapi penerimaan komitmen (Keliat *et al.*, 2019). Hasil penelitian (Sukma *et al.*, 2015) menyatakan bahwa perpaduan terapi kognitif perilaku dan *Cognitive Behavior Social Skills Training* (CBSST) dapat menurunkan tanda dan gejala halusinasi.

b. Tindakan pada kelompok

Tindakan keperawatan pada kelompok menurut Keliat *et al* (2019) dibagi dua yaitu TAK stimulasi persepsi dan terapi suportif. Tindakan keperawatan pada kelompok klien dengan halusinasi adalah terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi halusinasi (TAKSP Hal) yang terdiri lima sesi yaitu: sesi 1: mengenal halusinasi, sesi 2: melawan halusinasi dengan menghardik, sesi 3 melawan halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal, sesi 4: melawan halusinasi dengan bercakap-cakap dan de-eskalasi, dan sesi 5: mengontrol halusinasi dengan patuh 8 benar minum obat (Keliat *et al.*, 2019). Jenis terapi aktivitas kelompok lain dapat berupa stimulasi sensori yang terdiri dari 3 sesi yaitu: sesi 1: mendengar musik; sesi 2: menggambar; sesi 3:

menonton TV/video (Yusuf *et al.*, 2015). Terapi kelompok yang dilakukan oleh spesialis dapat berupa terapi kelompok suportif dan kelompok swabantu (*self helpgroup*).

Penggunaan kelompok dalam praktik keperawatan jiwa memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, pengobatan atau terapi serta pemulihan kesehatan jiwa, dinamika kelompok tersebut membantu pasien meningkatkan perilaku adaptif dan mengurangi perilaku maladaptif (Yusuf *et al.*, 2015). Tujuan kelompok adalah membantu anggotanya berhubungan dengan orang lain serta mengubah perilaku yang destruktif dan maladaptif (Keliat & Akemat, 2022). Fungsi kelompok secara umum adalah sebagai berikut; 1. Setiap anggota kelompok dapat bertukar pengalaman, 2. Berupaya memberikan pengalaman dan penjelasan pada anggota lain; 3. Merupakan proses menerima umpan balik (Yusuf *et al.*, 2015).

Stuart dan Laraia (2001 dalam Keliat & Akemat, 2022) menyatakan jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5-12 orang, sedangkan waktu optimal untuk satu sesi adalah 20-40 menit bagi kelompok yang baru (fungsi kelompok yang masih rendah) dan 60-120 menit bagi kelompok yang sudah kohesif (fungsi kelompok yang tinggi). Kelompok berfungsi sebagai tempat berbagi pengalaman dan saling membantu satu sama lain, untuk menemukan cara penyelesaian masalah (Keliat & Akemat, 2022). Terapi kelompok merupakan terapi yang bertujuan mengubah perilaku pasien dengan memanfaatkan dinamika kelompok, cara ini cukup efektif karena di dalam kelompok akan terjadi interaksi satu dengan yang lain, saling memengaruhi, saling bergantung, dan terjalin satu persetujuan norma yang diakui bersama, sehingga terbentuk suatu sistem sosial yang khas yang di dalamnya terdapat interaksi, interelasi, dan interdependensi (Yusuf *et al.*, 2015).

Terapi kelompok adalah metode pengobatan ketika pasien ditemui dalam rancangan waktu tertentu dengan tenaga yang memenuhi

persyaratan tertentu, fokus terapi kelompok adalah meningkatkan kesadaran diri (*self-awareness*), meningkatkan hubungan interpersonal, membuat perubahan, atau ketiga-tiganya (Keliat & Akemat, 2022). Tujuan lainnya dalam tindakan kelompok ini antara lain; 1. Terapeutik yaitu meningkatkan kemampuan pasien, memfasilitasi proses interaksi, membangkitkan motivasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif, serta mempelajari cara baru dalam mengatasi masalah dan melakukan sosialisasi. 2. Rehabilitatif yaitu meningkatkan kemampuan mengekspresikan diri, kemampuan berempati, meningkatkan kemampuan sosial, serta tanggung jawabnya dalam hubungan interpersonal (Yusuf *et al.*, 2015). Terapi aktivitas kelompok juga dapat memengaruhi kemampuan klien dalam mengatasi gejala halusinasinya (Keliat & Akemat, 2022). Terapi kelompok juga dapat menjadi media klien untuk bersosialisasi antar sesama klien dan petugas kesehatan.

c. Psikoterapi Suportif

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena berhubungan dengan praktis dengan maksud mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari terapi aktivitas, terapi sosial, terapi kelompok dan terapi lingkungan (Prabowo, 2017). Hasil penelitian Wulan Agustina *et al.* (2016) menyatakan terdapat pengaruh terapi suportif ekspresif terhadap penurunan gejala halusinasi.

C. Konsep Terapi Modalitas : Biblioterapi

Tinjauan pustaka terkait teori dan hasil penelitian konsep terapi modalitas: biblioterapi meliputi definisi terapi modalitas, jenis-jenis terapi

modalitas, biblioterapi, tipe biblioterapi, tujuan biblioterapi, dan tahapan dalam biblioterapi.

1. Definisi Terapi Modalitas

Modalitas berasal dari kata *modality*, yang berarti modal, kekuatan, atau potensi (Susana & Hendarsih, 2022). Modalitas dalam konteks keperawatan adalah segala kekuatan atau potensi yang masih dimiliki klien dan dapat digunakan untuk berubah (Susana & Hendarsih, 2022). Terapi modalitas adalah berbagai macam alternatif terapi yang dapat diberikan pada pasien gangguan jiwa (Yusuf *et al.*, 2015). Menurut Prabowo, (2017) terapi modalitas merupakan salah satu terapi untuk keperawatan psikiatri. Terapi modalitas menurut Perko dan Kreigh (1988 dalam Susana & Hendarsih, 2022) diartikan sebagai suatu metode atau teknik terapi dengan menggunakan pendekatan spesifik yang didasarkan pada bangunan teori. Terapi ini dilakukan untuk mengubah perilaku klien dari perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. Sebagai terapis, perawat harus mampu mengubah perilaku maladaptif klien menjadi perilaku adaptif untuk memaksimalkan potensinya. Perawatan kesehatan mental mencakup berbagai jenis terapi, termasuk terapi individu, terapi keluarga, terapi bermain, terapi lingkungan, dan terapi aktivitas kelompok. Terapi modalitas dapat diberikan secara individu atau kelompok, atau dengan memodifikasi lingkungan dengan mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan perawatan klien (Lalla *et al.*, 2022). Terapi modalitas dapat disimpulkan merupakan suatu teknik terapi dengan menggunakan pendekatan tertentu/spesifik sesuai teori dan kiat terapis, dengan menjadikan kekuatan klien sebagai modal utama untuk berubah.

2. Jenis Jenis Terapi Modalitas

Meningkatnya penyakit-penyakit dikalangan masyarakat menurut Stuart, (Stuart *et al.*, 2023) disebabkan oleh faktor biologis, psikologis dan sosial. Terapi modalitas adalah salah satu terapi alternatif yang dapat menangani permasalahan secara holistik baik permasalahan fisik, psikologis maupun sosial. Terapi modalitas saat ini yang berkembang mencakup terapi

psikofarmakologi, terapi perubahan perilaku dan kognitif, terapi manajemen agresi, terapi somatik, terapi komplementer dan alternatif, terapi kelompok terapeutik, dan terapi keluarga (HalterMJ *et al.*, 2014; Stuart *et al.*, 2016).

Terapi kognitif biasa disebut dengan istilah *cognitive stimuli* dan *cognitive restrukturization/rekonstruksi*, penerapan proses keperawatannya baik dilingkungan pendidikan maupun pelayanan terapi kognitif masih dipresentasikan dalam bentuk prosedur atau langkah-langkah saja (Susana & Hendarsih, 2022). Terapi kognitif adalah bagian dari terapi modalitas dalam keperawatan, khususnya keperawatan jiwa. Terapi modalitas mendasarkan potensi kognitif klien sebagai kekuatan untuk berubah, sedangkan perawat/terapis dan sarana lain sebagai fasilitator, disebut dengan terapis kognitif (Susana & Hendarsih, 2022).

Terapi *cognitive behavioral* atau terapi kognitif adalah model terapi yang bertujuan untuk mengubah kognitif atau persepsi klien terhadap dirinya dalam rangka melakukan perubahan emosi dan perilaku klien hal ini mencakup *belief* yang berhubungan dengan pikiran, emosi dan perilaku sebagai suatu sistem yang saling berhubungan satu dengan lainnya (Masri, 2020). Salah satu teknik yang biasa digunakan dalam pemberian terapi khususnya pendekatan *cognitive behavior* diantaranya adalah *bibliotherapy* yang dapat mengubah *knowledge, attitude/beliefs dan skills* (Masri, 2020).

3. Biblioterapi

Bibliotherapy berasal dari dua kata Yunani, yakni *biblus* (buku) dan terapi yang mengacu pada pertolongan psikologis. Jadi dapat dikatakan *bibliotherapy* adalah penggunaan buku untuk menolong orang memecahkan masalah (Hidayat, 2018). Menurut Hidayat (2018) kamus *Webster* mendefinisikan *bibliotherapy* adalah bimbingan yang dilakukan dengan menggunakan buku untuk mencari solusi atas masalah pribadi. Shechtman (2009 dalam Hidayat, 2018) mendefinisikan *bibliotherapy* sebagai penanganan atau *treatment* untuk orang yang menderita gangguan mental dan emosi dengan menggunakan literatur dan puisi. Masri, (2020) menyebutkan bahwa *bibliotherapy* sebagai penggunaan bacaan untuk

menghasilkan perubahan afektif dan meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan kepribadian. Biblioterapi mengacu pada penggunaan literatur untuk membantu seseorang menyesuaikan diri dengan permasalahan emosional, gangguan mental, atau mengatasi perubahan dalam hidup (Istiarni & Triningsih, 2018). Dari berbagai definisi diatas biblioterapi mengerucut pada satu kesimpulan, yakni metode penyembuhan psikologis yang dalam prosesnya menggunakan buku dan bacaan.

4. Tipe Biblioterapi

Berry (dalam Hidayat, 2018) terapi pustaka (*bibliotherapy*) dapat dibagi menjadi dua macam tipe, yaitu tipe klinis dan tipe pendidikan/humanistik.

a. Tipe Klinis

Psikoterapi yang dilaksanakan oleh profesi kesehatan yang mencakup psikiater, psikolog, pekerja sosial, dan sebagainya. Fasilitatornya adalah terapis dan partisipannya adalah orang sakit. Adapun tujuannya adalah membantu klien memperoleh keadaan menjadi lebih baik. Dalam tipe ini fungsi terapis adalah membentuk kehidupan individu. Pasien yang mengalami sakit atau cacat tertentu dapat merasakan kepuasan tertentu dengan membaca biografi atau cerita keberhasilan penyesuaian diri dari orang yang mengalami penderitaan yang sama (Hidayat, 2018). Penelitian yang dilakukan oleh (Gualano *et al.*, 2017) menyatakan biblioterapi efektif dalam mengurangi gejala depresi dalam jangka panjang, memberikan pengobatan cepat yang terjangkau dan dapat mengurangi pengobatan lebih lanjut serta dapat memainkan peran penting dalam pengobatan masalah kesehatan mental yang serius.

b. Tipe Pendidikan atau Humanistik

Tipe terapi pustaka yang dilaksanakan oleh konselor, guru, dan petugas perpustakaan dalam *setting* pendidikan. Fasilitatornya adalah pemimpin atau manajer kelompok. Partisipan pada terapi pustaka tipe ini adalah orang yang sehat, misalnya siswa. Tujuan tipe ini adalah

membantu partisipan mencapai pendidikannya atau mencapai kepuasan dan aktualisasi yang lebih besar (Hidayat, 2018).

Shechtman (2009 dalam Hidayat, 2018) mengungkapkan dua teori besar dalam biblioterapi yang mempengaruhi para terapis dalam melakukan terapinya. Terori tersebut adalah biblioterapi afeksi dan kognisi

a. Affective bibliotherapy

Biblioterapi afeksi menggunakan fiksi dan literatur berkualitas tinggi untuk membantu pembaca terhubung ke pengalaman emosi dan situasi manusia melalui proses identifikasi. Nilai positif dari biblioterapi afeksi adalah pemahaman diri yang tinggi, dengan menyadari bahwa masalah yang dihadapi adalah universal dan unik. Mendengarkan atau membaca cerita orang lain sebagai metode pengobatan mampu memenuhi kebutuhan dasar manusia untuk menemukan kebenaran, untuk memahami, untuk menemukan penjelasan atas pengalaman yang menyakitkan, dan bahkan untuk menantang ketidakadilan (Hidayat, 2018).

b. Bibliotherapy kognisi

Bibliotherapy kognisi telah dilakukan pada awal abad ke-20, dengan psikiater dan pustakawan bekerja sama dalam upaya membantu klien dengan masalah psikologis. Terapi ini bisa dilakukan menjadi satu-satunya perlakuan atau bersamaan dengan obat. Terapi ini juga bisa benar benar menjadi *self-help* atau diikuti oleh pertemuan pertemuan sesekali untuk membahas buku itu. Namun fokus utama adalah pada konten yang disajikan dalam buku itu dan relevansinya dengan kesulitan atau masalah seseorang. Asumsi dasar biblioterapi kognisi adalah bahwa semua perilaku adalah karena dipelajari, dan karenanya dapat dipelajarinya kembali dengan bimbingan yang tepat. Teori ini tergantung pada pembelajaran sebagai katalis utama perubahan perilaku. Oleh karena itu, biblioterapi kognisi adalah proses belajar berkualitas tinggi yang bermanfaat terapeutik (Hidayat, 2018).

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan tipe biblioterapi kognisi dimana dalam prosesnya peneliti menggunakan buku-buku serta bacaan lain yang sesuai dengan masalah yang sesuai dengan pasien, sehingga dari bacaan-bacaan tersebut konseli mampu mempelajari sesuatu yang akan ia terapkan dikehidupannya sehingga masalahnya dapat teratasi.

5. Tujuan Biblioterapi

Tujuan yang hendak dicapai dalam penerapan biblioterapi menurut Hynes & Hynes-Berry (1986, dalam Noor, 2020) yakni :

- a. Mengembangkan kapasitas untuk merespons dengan menstimulasi dan memperkaya bayangan dan konsep mental, dengan mengangkat gambaran-gambaran mental tersebut ke permukaan. Dalam mengembangkan kapasitas untuk merespons, beberapa hal yang dilakukan adalah memberikan stimulasi mental atau imajinatif
- b. Memberikan pengalaman kebebasan kepada partisipan untuk menikmati keindahan yang terkandung dalam materi (menciptakan keselarasan dan keutuhan diri)
- c. Meningkatkan pemahaman diri dengan membantu individu meninjau keberadaan diri dan menjadi lebih berpengetahuan, juga lebih akurat dalam mempersepsikan diri sendiri. Peningkatan pemahaman diri dilakukan melalui peningkatan kemampuan memberikan afirmasi kepada diri sendiri dengan:
- d. Meningkatkan kesadaran dalam relasi interpersonal
- e. Mengembangkan orientasi realitas, tujuan-tujuan di atas tidak harus dicapai berurutan, tetapi lebih bersifat komprehensif dan saling melengkapi. Keempat tujuan di atas mempunyai sebuah tujuan yang komprehensif, yaitu untuk mengembangkan *self esteem* dan moralitas partisipan

6. Indikasi Biblioterapi

Setyoadi & Kushariyadi (2011) menyatakan indikasi biblioterapi ada dua yaitu: penderita yang sulit mengungkapkan permasalahannya secara

verbal dan lansia yang mengalami stres, kegelisahan, kecemasan ringan, dan depresi ringan. Biblioterapi yang dilakukan secara berkelompok memungkinkan peserta untuk memberi dan menerima umpan balik tentang interpretasi mereka terhadap literatur dan kaitannya dengan masalah mereka (Lindberg, 2021). Penelitian yang dilakukan oleh Gualano *et al.*, (2017) menyatakan biblioterapi efektif dalam mengurangi gejala depresi pada orang dewasa dalam jangka panjang, memberikan pengobatan cepat yang terjangkau dan dapat mengurangi pengobatan lebih lanjut serta dapat memainkan peran penting dalam pengobatan masalah kesehatan mental yang serius

7. Aplikasi Biblioterapi

Pelaksanaan biblioterapi mengacu pada buku keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok yang telah dikembangkan oleh Keliat & Akemat, (2022) yang terdiri dari 5 sesi. Kegiatan yang dilakukan dalam masing-masing sesi adalah:

- a. Sesi 1: Mengidentifikasi kemampuan mengenal halusinasi seperti pengertian, jenis, tanda dan gejala, jenis, serta akibat dari halusinasi.
- b. Sesi 2: Mengidentifikasi kemampuan mengontrol halusinasi dengan menghardik melalui bahan bacaan terkait halusinasi.
- c. Sesi 3: Mengidentifikasi kemampuan mengontrol halusinasi dengan becakap-cakap melalui bahan bacaan terkait halusinasi.
- d. Sesi 4: Mengidentifikasi kemampuan mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan melalui bahan bacaan terkait halusinasi.
- e. Sesi 5: Mengidentifikasi kemampuan mengontrol halusinasi dengan meminum obat secara teratur melalui bahan bacaan terkait halusinasi.
- f. Sesi 6: Mengevaluasi kemampuan menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan biblioterapi kelompok dalam menurunkan gejala halusinasi.

8. Tahapan dalam Biblioterapi

Shechtman (2009 dalam Gusri *et al.*, 2021) membagi tahap-tahap dalam biblioterapi antara lain sebagai berikut:

a. Tahap Persiapan

Hal yang dilakukan pada tahap ini adalah ; membangun *rapport* dengan klien, membuat kesepakatan-kesepakatan untuk menyelesaikan masalah yang sudah disepakati, dan pengenalan buku atau materi yang akan dipakai untuk *treatment* biblioterapi (Gusri *et al.*, 2021). Tahap persiapan dimulai dengan memilah bahan bacaan untuk proses pelaksanaan biblioterapi, secara garis besar bahan bacaan dibagi menjadi dua yaitu didaktif dan imajinatif (Setyoadi & Kushariyadi, 2011). Bahan bacaan didaktif yaitu memfasilitasi suatu perubahan dalam individu melalui pemahaman diri yang lebih bersifat kognitif, pustakanya bersifat instruksional dan mendidik, seperti buku ajar, buku petunjuk (*how to*), materi-materinya adalah bagaimana suatu perilaku baru harus dibentuk atau dihilangkan, bagaimana mengatasi masalah, relaksasi, dan meditasi (Setyoadi & Kushariyadi, 2011). Pada penelitian ini menggunakan bahan bacaan yang bersifat didaktif.

b. Tahap Kegiatan/membaca Terpadu

Tahap ini klien diberikan waktu untuk membaca serta memahami materi yang diberikan.

c. Strategi Tindak Lanjut

Tahap ini klien diminta untuk mengungkapkan kembali apa yang telah ia baca dengan bahasanya sendiri.

d. Diskusi Pembahasan

Ditahap ini konselor/terapis memberikan pertanyaan-pertanyaan menyidik kepada klien, pertanyaan tersebut harus bisa membantu klien memikirkan dan mengidentifikasikan isi buku dengan baik. Jika terapi dilakukan dalam kelompok maka tahap ini dapat dilakukan dengan saling mendiskusikan dan memberi masukan dari tiap-tiap peserta konseling mengenai materi yang sudah di dapat.

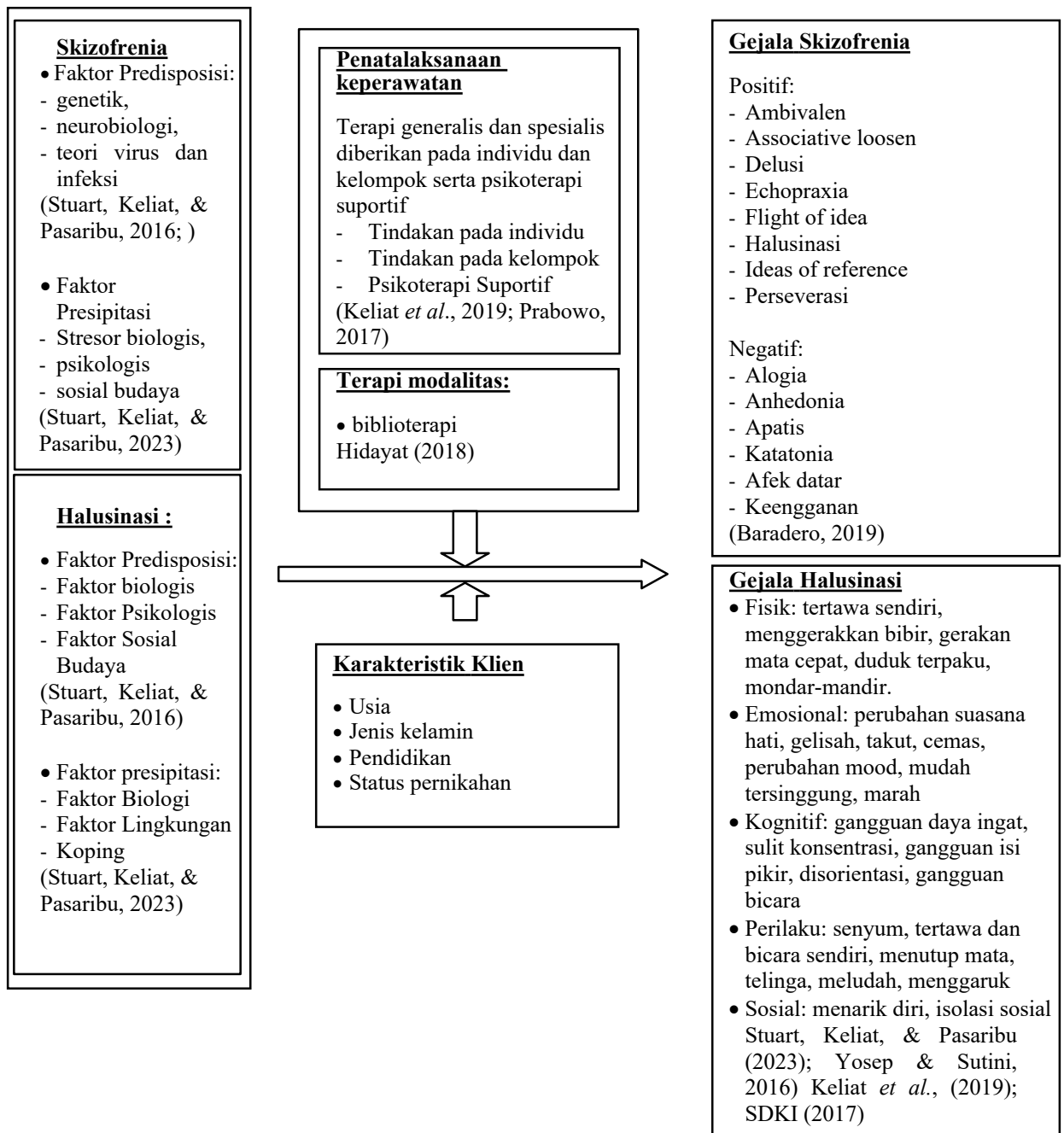
e. Penyelesaian Masalah

Ditahap ini dilakukan proses pemecahan masalah yang dialami klien berdasarkan hasil diskusi yang telah dilakukan pada tahap sebelumnya.

f. Evaluasi

Evaluasi dilakukan agar klien terpancing untuk menyusun dan mengutarakan kesimpulan yang tuntas sehingga klien bisa benar benar memahami pengalaman yang dialami selama proses *treatmen*.

D. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka teori