

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu "*schizerin*" yang berarti pecah dan "*phrernia*" yang berarti jiwa, sehingga skizofrenia diartikan sebagai jiwa yang terpecah. Skizofrenia adalah gangguan mental berat yang biasanya bersifat kronis (dialami bertahun-tahun), ditandai dengan kesulitan penderita dalam membedakan antara kenyataan dan khayalan, seperti waham atau halusinasi. Skizofrenia menurut *National Institute of Mental Health* adalah gangguan mental yang serius dan jangka panjang atau disebut dengan kronis yang memengaruhi kemampuan berpikir, merasakan, dan berperilaku pada penderitanya. Orang dengan skizofrenia dapat mendengar suara atau melihat hal yang sebenarnya tidak ada (Samsara, 2018).

Skizofrenia adalah gangguan mental serius yang paling umum, dengan penyebab yang beragam serta gejala klinis, respons terhadap pengobatan, dan perjalanan penyakit yang bervariasi (Fitrikasari dan Kartikasari, 2022). Penyakit ini merupakan gangguan mental yang serius dan berlangsung lama, yang dapat menyebabkan pola bicara yang tidak teratur, yang dapat menjadi tanda adanya risiko perilaku kekerasan. Risiko perilaku kekerasan merupakan bentuk ekspresi amarah yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali, baik secara verbal maupun fisik, sehingga dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, atau merusak lingkungan sekitar (Muthi dkk, 2023).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa Skizofrenia merupakan gangguan mental berat dan kronis yang memengaruhi

kemampuan berpikir, merasakan, dan berperilaku, sehingga penderita kesulitan membedakan kenyataan dari khayalan, seperti waham atau halusinasi. Gangguan ini memiliki penyebab yang beragam, dengan gejala klinis dan respons terhadap pengobatan yang bervariasi. Skizofrenia juga dapat menyebabkan pola bicara yang tidak teratur dan berpotensi meningkatkan risiko perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan.

2. Etiologi

Menurut Wahyuningsih dkk (2020), penyebab skizofrenia meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang membuat seseorang lebih berisiko mengalami suatu penyakit atau gangguan, meskipun faktor tersebut bukanlah penyebab langsung. Faktor ini biasanya sudah ada dalam diri seseorang dan meningkatkan kemungkinan terjadinya suatu kondisi ketika dipicu oleh faktor lain.

1) Genetik

Faktor genetik pada anak kembar identik yang tumbuh terpisah memiliki risiko skizofrenia lebih tinggi dibandingkan saudara sekandung yang tidak identik. Keturunan seperti orang tua atau saudara kandung dari penderita skizofrenia, memiliki risiko lebih tinggi skizofrenia dibandingkan populasi umum, dengan prevalensi sekitar 1% di populasi umum meningkat menjadi 10% di antara kerabat tingkat pertama. Risiko tertinggi 40-65% ditemukan pada kembar identik.

Meskipun banyak penderita skizofrenia tidak memiliki riwayat keluarga dengan gangguan ini, para ilmuwan percaya bahwa kombinasi banyak gen berperan dalam meningkatkan risiko, meski tidak ada satu gen khusus yang bertanggung

jawab. Penderita skizofrenia cenderung memiliki lebih banyak mutasi genetik yang jarang, yang dapat mengganggu perkembangan otak. Meskipun penelitian genetik masih berlangsung, uji genetik belum mampu memprediksi secara akurat siapa yang akan mengalami skizofrenia.

2) Biokimia

- a) Dopamin : aktivitas dopaminergik yang berlebihan dianggap sebagai penyebab skizofrenia, berdasarkan dua pengamatan utama. Pertama, potensi sebagian besar obat antipsikotik berkaitan erat dengan kemampuan mereka untuk menghambat reseptor dopamin D2. Kedua, zat atau obat yang meningkatkan aktivitas dopaminergik, seperti amfetamin, memiliki sifat psikotomimetik. Jalur dopaminergik mesolimbik dan mesokortikal, yang merupakan proyeksi dari sel-sel di midbrain ke neuron dopaminoseptif di sistem limbik dan korteks serebral, diyakini terlibat paling signifikan dalam kondisi ini. Aktivitas dopamin berlebihan dikaitkan dengan gejala positif.
- b) Serotonin : kelebihan aktivitas serotonin juga dianggap berkontribusi pada munculnya gejala positif dan negatif. Obat seperti klozapin dan antipsikotik generasi kedua memiliki sifat antagonis terhadap serotonin.
- c) Norepinefrin : anhedonia, yaitu hilangnya kemampuan untuk merasakan kesenangan, sering dijumpai pada penderita skizofrenia dan diduga disebabkan oleh degenerasi neuron dalam sistem reward norepinefrin.
- d) GABA : neuron GABAergik berfungsi secara inhibitif dan mengatur aktivitas dopamin. Kehilangan neuron GABAergik yang bersifat inhibitif dapat meningkatkan aktivitas neuron dopaminergik. Beberapa penelitian

menunjukkan bahwa penderita skizofrenia mengalami penurunan neuron GABAergik di hipokampus.

- e) Neuropeptida : neuropeptida seperti substansi P dan neurotensin terlibat dalam neurotransmisi katekolamin dan indoleamin, serta mempengaruhi fungsi neurotransmitter tersebut.
- f) Glutamat : konsumsi fensiklidin, yang merupakan antagonis glutamat, dapat menyebabkan gejala skizofrenia akut.
- g) Asetilkolin dan nikotin : pemeriksaan post-mortem menunjukkan berkurangnya jumlah reseptor muskarinik dan nikotinik pada kaudatus, putamen, hipokampus, serta beberapa area di otak prefrontal. Reseptor-reseptor ini memiliki peran penting dalam fungsi kognitif, yang sering terganggu pada penderita skizofrenia.

3) Neuropatologi

Peneliti berhasil mengidentifikasi kemungkinan dasar neuropatologi skizofrenia, termasuk sistem limbik dan ganglia basalis, serta kelainan neuropatologi dan neurokimia di korteks serebral, thalamus, dan batang otak. Penurunan volume otak pada penderita skizofrenia diduga terkait dengan berkurangnya densitas akson, dendrit, dan sinaps yang berfungsi dalam aktivitas asosiatif otak. Densitas sinaps mencapai puncaknya pada usia 1 tahun, kemudian berkurang hingga mencapai tingkat dewasa pada awal masa remaja. Penurunan sinaps yang berlebihan selama masa remaja diduga berkontribusi pada perkembangan skizofrenia, yang umumnya muncul pada fase ini.

- a) Ventrikel serebral : pemeriksaan CT menunjukkan adanya pembesaran ventrikel lateral dan ventrikel ketiga pada penderita skizofrenia, serta

penurunan volume substansi abu-abu di korteks serebri. Namun, belum diketahui apakah perubahan ini sudah ada sejak awal penyakit atau berkembang seiring waktu.

- b) Simetri otak : penderita skizofrenia menunjukkan penurunan simetri pada bagian-bagian tertentu otak (lobus frontal, temporal, dan oksipital) sejak masa janin, yang mengindikasikan adanya gangguan pada proses lateralitas dalam perkembangan otak.
- c) Sistem limbik : sistem ini berperan dalam pengendalian emosi dan diduga terlibat dalam patofisiologi skizofrenia, di mana ukurannya mengecil pada penderita (amigdala, hipokampus, girus parahipokampus).
- d) Korteks prefrontal : kelainan anatomi pada korteks prefrontal sering ditemukan pada penderita skizofrenia. Beberapa gejala skizofrenia mirip dengan kondisi yang terjadi akibat lobotomi prefrontal, yang dikenal sebagai sindroma lobus frontal.
- e) Thalamus : terjadi penurunan volume atau kehilangan neuron (30-45%), terutama pada nukleus medio-dorsalis, yang memiliki hubungan timbal balik dengan korteks prefrontal. Perubahan ini diyakini bukan akibat pengobatan antipsikotik, karena juga ditemukan pada penderita yang belum diobati.
- f) Ganglia basalis dan serebelum : keduanya bertanggung jawab atas pengendalian gerakan. Banyak penderita skizofrenia menunjukkan perilaku aneh (seperti canggung, menyeringai, atau gerakan stereotipik), dan banyak gangguan gerak yang disebabkan oleh kelainan pada ganglia basalis (seperti penyakit Huntington dan Parkinson) berkaitan dengan gangguan psikotik.

- g) Sirkuit Neural : pemikiran terbaru menunjukkan bahwa skizofrenia mungkin bukan hanya disebabkan oleh kelainan di bagian otak tertentu, tetapi juga oleh gangguan dalam sirkuit neural. Kelainan di lobus frontal dapat berasal dari gangguan di lobus tersebut atau di ganglia basalis atau serebelum yang terhubung secara timbal balik. Lesi perkembangan awal pada jalur dopaminergik ke korteks prefrontal dapat menyebabkan gangguan fungsi prefrontal dan sistem limbik, yang pada gilirannya menimbulkan gejala positif, negatif, dan gangguan fungsi kognitif. Disfungsi sirkuit singulus anterior ganglia basalis thalamokortikal dapat memicu gejala positif, tetapi disfungsi sirkuit dorsolateral prefrontal berhubungan dengan gejala negatif.
- h) Metabolisme otak : pada penderita skizofrenia, kadar fosfomonoester dan fosfat inorganik ditemukan lebih rendah dibandingkan orang normal, sedangkan kadar fosfodiester lebih tinggi. Konsentrasi N-asetil aspartat, yang merupakan penanda neuron, juga lebih rendah di hipokampus dan lobus frontal penderita skizofrenia.
- i) Elektrofisiologi : kelainan pada EEG sering terdeteksi pada penderita skizofrenia dan sangat sensitif terhadap prosedur aktivasi. Terdapat peningkatan aktivitas spike setelah deprivasi tidur, serta peningkatan gelombang theta dan delta, maka abnormalitas terjadi di sisi kiri otak. Penderita skizofrenia juga menunjukkan kesulitan dalam menyaring suara yang tidak relevan, sangat sensitif terhadap suara latar, dan mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi, yang mungkin berkontribusi terhadap munculnya halusinasi.

- j) Disfungsi gerakan bola mata : sekitar 50-85% penderita skizofrenia mengalami kesulitan dalam mengikuti objek bergerak dengan akurat, dibandingkan dengan hanya 10% pada subjek non-psikiatrik, yang merupakan ciri khas skizofrenia.
- k) Psikoneuroimunologi : beberapa kelainan imunologi terdeteksi pada penderita skizofrenia, termasuk penurunan produksi interleukin-2 oleh sel T, pengurangan jumlah dan respons sel limfosit perifer, serta kelainan reaktivitas seluler dan humoral terhadap neuron, yang mungkin disebabkan oleh virus neurotoksik atau kelainan autoimun.
- l) Psikoneuroendokrinologi : terdapat perbedaan neuroendokrin antara penderita skizofrenia dan kelompok kontrol. Nonsupresi pada uji DST dianggap berhubungan dengan prognosis buruk, bersama dengan penurunan konsentrasi LH dan FSH. Hal ini terkait dengan gejala negatif, terdapat hambatan pelepasan prolaktin dan hormon pertumbuhan pada stimulasi *gonadotropin releasing hormone* atau *thyrotropin releasing hormone*, terhambatnya pelepasan hormon pertumbuhan pada stimulasi apomorfin.

4) Psikologis

Teori psikologis menyatakan bahwa keluarga memiliki peran dalam penyebab skizofrenia, terutama bila kurang adanya kepercayaan antaranggota keluarga, yang dapat mengurangi kepercayaan terhadap tenaga kesehatan mental profesional.

5) Sosial Budaya

Stres dapat memicu skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya, meskipun bukan penyebab utamanya.

b. Faktor Presipitasi

Faktor ini merupakan pemicu timbulnya suatu kondisi atau gangguan pada seseorang yang sudah memiliki faktor predisposisi. Dengan kata lain, faktor presipitasi adalah pemicu yang membuat suatu kondisi atau penyakit yang sebelumnya potensial menjadi nyata atau aktif. Faktor ini seringkali bersifat eksternal dan dapat berupa peristiwa, situasi, atau perubahan lingkungan.

1) Biologis

Stresor biologis dapat menyebabkan respon neurobiologis yang maladaptif, antara lain gangguan komunikasi saraf dan mekanisme otak yang abnormal, yang menyebabkan kesulitan dalam mengelola stimulus. Misalnya, cedera otak, perubahan hormon, atau infeksi tertentu yang dapat memicu gangguan.

2) Lingkungan

Gangguan perilaku juga dipengaruhi oleh kemampuan individu dalam menghadapi stresor dari lingkungan yang buruk. Situasi lingkungan yang penuh tekanan, seperti kehilangan pekerjaan, kematian orang terdekat, atau konflik keluarga, dapat memicu munculnya gejala.

3) Pemicu Gejala

Rangsangan yang sering menyebabkan penyakit, terutama yang memengaruhi respon neurobiologis maladaptif, dapat menjadi pemicu timbulnya skizofrenia, dengan faktor kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala skizofrenia tidak ada yang patognomonik. Heteroanamnesis, riwayat hidup yang penting, serta gejala yang dapat berubah seiring waktu, semua dipengaruhi oleh tingkat kecerdasan, latar belakang pendidikan, dan budaya individu.

a. Gambaran Umum Pasien Skizofrenia

Secara umum, penampilan pasien skizofrenia dapat dibagi menjadi dua ekstrem: agresif dan katatonik. Pasien skizofrenia yang menunjukkan perilaku agresif biasanya tampak berteriak, berbicara secara agitatif dan agresif tanpa provokasi yang jelas. Sebaliknya, dalam kondisi stupor katatonik, pasien tampak tidak bernyawa dan mungkin menunjukkan tanda-tanda seperti membisu, mematung, dan fleksibilitas yang kaku. Banyak pasien dengan skizofrenia juga tampak tidak terawat, jarang mandi, dan sering berpakaian terlalu tebal untuk cuaca yang ada. Perilaku aneh lainnya termasuk tics, perilaku stereotipik, dan terkadang ekhopraksia, di mana pasien meniru postur atau perilaku pemeriksa.

b. *Mood*, Perasaan, Afek

Gejala afektif pada pasien skizofrenia dapat berubah cepat dari satu emosi ke emosi lainnya. Afek dasar yang sering ditemukan antara lain:

- 1) Afek tumpul atau datar : respon emosional berkurang pada saat seharusnya diekspresikan.
- 2) Afek tak serasi : emosi bisa bersemangat atau kuat, tetapi tidak sesuai dengan pembicaraan dan pemikiran pasien.
- 3) Afek labil : terjadi perubahan afek yang jelas dalam waktu singkat.

c. Gangguan Persepsi

- 1) Halusinasi adalah pengalaman persepsi tanpa adanya stimulus eksternal. Halusinasi bisa terjadi pada semua indera, tetapi yang paling umum adalah halusinasi pendengaran, di mana pasien mendengar suara yang mengomentari perilaku mereka atau membahas kondisi mereka. Halusinasi juga dapat berupa suara lain yang berbicara langsung kepada penderita. Jika terdapat

halusinasi raba, penciuman, atau perasa, perlu dipertimbangkan kemungkinan adanya kelainan medis atau neurologis. Halusinasi cenesthetic, yaitu sensasi yang berkaitan dengan perubahan pada organ tubuh (seperti perasaan terbakar di otak atau tekanan pada pembuluh darah), juga mungkin terjadi.

- 2) Ilusi merupakan distorsi persepsi terhadap objek atau sensasi nyata, dan dapat terjadi pada fase prodromal, aktif, atau remisi. Jika pasien mengalami halusinasi dan ilusi secara bersamaan, maka kemungkinan penggunaan zat psikoaktif perlu dipertimbangkan.
- 3) Depersonalisasi adalah perasaan merasa asing terhadap diri sendiri.
- 4) Deralisasi adalah perasaan tidak nyata terhadap lingkungan sekitar, misalnya, dunia tampak tidak nyata.

d. Gangguan Pikiran

Gangguan pikiran merupakan gejala utama skizofrenia, yang meliputi:

- 1) Gangguan isi pikiran : mengacu pada ide, keyakinan, dan interpretasi terhadap stimulus (waham, obsesi dengan ide-ide esoterik atau filosofis yang aneh, kehilangan batas ego, identitas kosmik).
- 2) Gangguan bentuk pikiran : terlihat secara objektif dalam bahasa lisan atau tulisan pasien (pelonggaran asosiasi, inkoherensi, sirkumstansialiti, verbigerasi, neologisme, ekholalia, word salad, dan mutisme).
- 3) Gangguan proses pikiran : mengacu pada bagaimana ide dan bahasa diekspresikan dalam ucapan, gambar, dan tulisan, serta cara melakukan aktivitas tertentu (*flight of ideas*, *blocking*, gangguan perhatian, kemiskinan isi pikiran, daya abstraksi yang buruk, perseverasi, asosiasi bunyi, dan sirkumstansialiti).

e. Impulsivitas, Tindak Kekerasan, Bunuh Diri, dan Pembunuhan

Pasien skizofrenia sering mengalami gangguan kontrol dorongan, sehingga melakukan tindakan tertentu secara impulsif, termasuk upaya bunuh diri atau tindakan kekerasan. Ini mungkin sebagai respons terhadap halusinasi atau akibat dari episode depresi berat. Bunuh diri merupakan penyebab utama kematian prematur pada pasien skizofrenia, dengan 20-50% melakukan upaya bunuh diri dan 10-13% di antaranya berhasil, angka yang 20 kali lebih tinggi daripada populasi umum. Menariknya, pasien dengan prognosis lebih baik justru memiliki risiko lebih tinggi untuk bunuh diri, kemungkinan karena mereka menyadari penurunan kondisi sosial dan ekonomi mereka. Mengenai risiko tindakan kekerasan, tidak ada perbedaan signifikan dibandingkan populasi umum, dan biasanya terjadi tanpa alasan yang jelas, dipengaruhi oleh halusinasi dan delusi.

f. Sensori dan Kognisi

- 1) Orientasi (terhadap orang, tempat, waktu) umumnya tidak terganggu, meskipun bisa dipengaruhi oleh pemikiran penderita, seperti yang berkaitan dengan identitas diri. Jika ada gangguan, harus dipertimbangkan kemungkinan gangguan organik di otak.
- 2) Daya ingat biasanya tidak mengalami gangguan berat.
- 3) Fungsi kognitif umumnya menunjukkan gangguan ringan (seperti daya perhatian, fungsi eksekutif, *working memory*, dan *episodic memory*), yang merupakan prediktor yang lebih baik untuk kemampuan fungsional pasien, sehingga memiliki makna prognostik. Gangguan ini biasanya sudah ada sejak awal penyakit dan cenderung stabil selama fase awal, tetapi akan terganggu jika penyakit berlanjut menjadi kronis.

g. Daya Nilai dan Tilikan

Secara umum, tilikan penderita skizofrenia cenderung buruk, sehingga hal ini perlu diperhatikan dalam perencanaan terapi.

h. Reliabilitas

Pasien skizofrenia umumnya memiliki reliabilitas yang rendah. Oleh karena itu, kebenaran pernyataan yang diberikan oleh pasien perlu diverifikasi dengan sumber lain, seperti keluarga atau teman.

Berdasarkan gejala, skizofrenia dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif (Dasaryandi, Asep, Rahayu 2022).

a. Gejala positif : ini adalah gejala yang hadir pada pasien tetapi seharusnya tidak ada pada individu normal, dan biasanya dapat diamati.

1) Halusinasi

Meliputi halusinasi pendengaran seperti *voices commenting*, *voices conversing*. Halusinasi somatic atau taktil yaitu halusinasi penciuman serta halusinasi visual

2) Delusi

Delusi meliputi delusi persekutorik, kecemburuan, rasa bersalah atau dosa, kebesaran, agama, somatic, referensi. Delusi yang dapat dikendalikan yaitu membaca pikiran, siaran pikiran, penyisipan pikiran, penarikan pikiran.

3) Tingkah laku yang aneh

Pakaian dan perilaku yang meliputi perilaku social dan seksual. Perilaku agresif meliputi perilaku yang berulang atau stereotipik.

4) Gangguan pikiran formal positif

Meliputi *derailment*, tangensialitas, inkohoren, ketidaklogisan, sirkumsitansialitas, kenanan bicara (*distractible speech, clanging*).

- b. Gejala negatif : gejala ini bisa saja muncul pada individu normal, tetapi pada penderita skizofrenia, gejalanya lebih berat.
 - 1) Afek tumpul dan datar, meliputi ekspresi wajah yang tidak berubah, Gerakan spontan berkurang, kurangnya Gerakan ekspresif, kontak mata yang buruk, nonresponsive afektif, pengaruh yang tidak pantas, kurangnya infleksi vocal.
 - 2) Alogia, meliputi kemiskinan bicara, kemiskinan isi pidato, blocking, pengingkatan latensi respons.
 - 3) Alolition-apatis, meliputi perawatan dan kebersihan, kegigihan di tempat kerja atau sekolah, anergi fisik.
 - 4) Perhatian meliputi ketidakpedulian social, kurang perhatian selama pengujian.
- c. Gejala kognitif : meskipun gejala kognitif skizofrenia mungkin tidak terlihat, terutama di awal penyakit, gejala ini sangat mengganggu dan menjadi penyebab utama kecacatan yang terkait dengan gangguan ini. Gejala kognitif mencakup gangguan perhatian, memori kerja, dan fungsi eksekutif.

4. Klasifikasi

Menurut Prabowo (2017) menyatakan klasifikasi skizofrenia dibagi menjadi tujuh jenis skizofrenia yaitu :

- a. Skizofrenia Simplex : ditandai dengan gejala utama berupa kedangkalan emosi dan penurunan kemauan.
- b. Skizofrenia Hebefrenik : ditandai dengan perilaku yang tidak bertanggung jawab, sulit diprediksi, suka menyendiri, tindakan tanpa tujuan, perasaan

datar, afek tidak wajar, sering tersenyum atau tertawa sendiri, pikiran yang tidak teratur, dan pembicaraan yang tidak koheren.

- c. Skizofrenia Katatonik : ditunjukkan melalui perilaku seperti stupor (kehilangan semangat), gaduh, gelisah, posisi tubuh yang tidak wajar, negativisme (penolakan), kekakuan tubuh, mengikuti perintah otomatis, serta pengulangan kata-kata yang tidak jelas.
- d. Skizofrenia Paranoid : merupakan tipe yang paling umum, dengan gejala utama berupa waham (keyakinan yang salah) dan halusinasi auditorik, seperti merasa dikejar atau memiliki waham kebesaran.
- e. Episode Skizofrenia Akut : ditandai dengan kondisi mendadak yang disertai perubahan kesadaran, yang bisa menjadi kabur.
- f. Skizofrenia Psiko-afektif : ditandai dengan gejala utama skizofrenia yang disertai gangguan suasana hati seperti depresi atau mania.
- g. Skizofrenia Residual : gejalanya berupa penurunan aktivitas, gerakan psikomotorik lambat, berbicara tidak teratur, dengan riwayat psikotik seperti halusinasi atau waham, tanpa adanya gangguan mental organik.

5. Fase Skizofrenia

Menurut Sitawati (2022) skizofrenia memiliki tiga fase, yaitu fase prodromal, fase psikotik (aktif), dan fase residual. Ketiga fase ini umumnya terjadi secara berurutan dan dapat berulang sepanjang penderita mengalami skizofrenia.

a. Fase Prodromal

Pada tahap ini, penderita mulai mengalami penurunan minat dalam aktivitas sehari-hari dan menarik diri dari keluarga serta orang-orang terdekat. Penderita mungkin terlihat bingung, sulit berkonsentrasi, atau terlalu fokus pada hal-hal

tertentu, seperti masalah dengan orang terdekat. Perubahan perilaku ini sering membuat keluarga bingung atau marah, karena tidak memahami bahwa itu merupakan gejala skizofrenia. Tahap ini bisa berlangsung selama minggu, bulan, atau tahun.

b. Fase Psikotik (Akut) :

Pada tahap ini, gejala psikotik seperti waham, halusinasi, pikiran kacau, gangguan perilaku, atau perasaan menjadi jelas. Gejala-gejala ini mulai mengganggu interaksi penderita dengan lingkungan, sehingga biasanya pada tahap ini penderita dibawa untuk menjalani pengobatan.

c. Fase Residual

Setelah gejala psikotik terkendali, beberapa penderita mungkin mengalami penurunan fungsi kognitif dan sosial, atau mengalami gejala sisa seperti menarik diri dari interaksi sosial, apatis terhadap lingkungan, sulit berkonsentrasi, atau tidak memiliki inisiatif dalam aktivitas sehari-hari.

6. Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik

Menurut Fitrikasari dan Kartikasari (2022) untuk menegakkan diagnosis skizofrenia, diperlukan sejumlah pemeriksaan penunjang pada pasien, antara lain:

a. Pemeriksaan psikologi

- 1) Pemeriksaan psikiatri, bertujuan untuk menentukan apakah seseorang mampu menjalankan tugas tertentu dengan baik dan berinteraksi dengan orang lain.
- 2) Pemeriksaan psikometri, digunakan untuk menilai bakat, kepribadian, dan perilaku seseorang. Tujuan utamanya adalah untuk menentukan kesesuaian seseorang terhadap pekerjaan atau posisi tertentu. Tes psikometri melibatkan

pengisian kuesioner, menguji kepribadian, serta meninjau catatan akademik peserta.

b. Pemeriksaan tambahan lain jika diperlukan

Meliputi pemeriksaan darah rutin, fungsi hati, faal ginjal, enzim hati, Elektrokardiografi (EKG), *Computed Tomography* (CTScan), dan Elektroensefalogram (EEG).

7. Penatalaksanaan

Menurut Agustina, Restiana, Saryomo (2022), penatalaksanaan yang dapat dilakukan terhadap pasien dengan skizofrenia adalah :

a. Psikofarmaka

Pada dosis yang setara, efek dasar dari semua obat antipsikotik pada dasarnya sama secara klinis, namun perbedaannya terletak pada efek sampingnya (sedasi, otonom, ekstrapiramidal). Pemilihan obat antipsikotik mempertimbangkan gejala psikosis yang dominan dan efek sampingnya. Obat antipsikotik atipikal disarankan jika gejala negatif lebih menonjol daripada gejala positif, sementara jika gejala positif lebih dominan, obat antipsikotik tipikal menjadi pilihan.

b. Psikoterapi

Psikoterapi suportif diberikan kepada pasien, baik secara individu maupun kelompok, untuk membantu mereka mengembangkan kemampuan bersosialisasi dengan orang lain, perawat, dan dokter, sehingga pasien siap kembali ke masyarakat. Terapi ini bertujuan untuk mencegah pasien menarik diri dan membentuk kebiasaan buruk. Disarankan untuk merencanakan permainan atau kegiatan kelompok seperti terapi modalitas yang mencakup terapi musik, terapi seni, terapi relaksasi, dan terapi keluarga.

B. Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) risiko perilaku kekerasan (D.0146) adalah perilaku berisiko yang dapat membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri dan orang lain. Perilaku kekerasan adalah tindakan yang bertujuan melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini, kekerasan dapat dilakukan secara verbal maupun diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan bisa muncul dalam dua bentuk, yaitu ketika kekerasan terjadi secara aktif atau sebagai riwayat perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan atau agresif merupakan tindakan yang mencakup nyata yang dilakukan terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan, baik secara verbal maupun non-verbal, dengan tujuan melukai fisik atau mental. Sementara itu, marah tidak memiliki tujuan khusus, tetapi lebih merupakan rangkaian perasaan tertentu yang sering disebut sebagai perasaan marah (Muthi *et al.*, 2023).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dapat membahayakan secara fisik, emosional, atau seksual bagi diri sendiri dan orang lain, baik secara verbal maupun non-verbal, dan bisa muncul sebagai tindakan nyata atau riwayat kekerasan. Perilaku kekerasan ditujukan untuk melukai fisik atau mental, berbeda dengan marah yang lebih merupakan perasaan tanpa tujuan khusus.

2. Tanda dan Gejala

Menurut Prabowo (2019) tanda dan gejala pada orang yang dengan perilaku kekerasan seperti :

- a. Emosi : sulit mengendalikan emosi, merasa tidak nyaman, terganggu, dan sering kali marah.
- b. Intelektual : bersifat dominan, banyak bicara, sering menggunakan kata kasar, mudah berdebat, dan merendahkan orang lain.
- c. Fisik : wajah kemerahan, tatapan tajam, napas pendek, mudah berkeringat, kondisi fisik kurang sehat, mengonsumsi obat-obatan terlarang, dan tekanan darah mudah meningkat.
- d. Spiritual : cenderung merasa paling benar, sering membenarkan diri sendiri, ragu-ragu, kurang etika, perilaku buruk, dan tidak kreatif.
- e. Sosial : sulit bergaul, dijaui oleh orang lain, merasa tidak dihargai, serta menerima gosip atau omongan dari lingkungan sekitar.
- f. Verbal : mengancam, berkata kasar, berbicara dengan nada tinggi, kasar, dan ketus.
- g. Perilaku : menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, bertindak agresif, atau mengamuk.
- h. Perhatian : sering membolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

Menurut PPNI (2016) data mayor dan data minor resiko perilaku kekerasan sebagai berikut :

- a. Data mayor
 - 1) Subjektif
 - a. Mengancam
 - b. Mengumpat dengan kata-kata kasar
 - c. Suara keras

- d. Bicara ketus
- 2) Objektif
 - a) Menyerang orang lain
 - b) Melukai diri sendiri atau orang lain
 - c) Merusak lingkungan
 - d) Perilaku agresif atau amuk.
- b. Data minor
 - 1) Subjektif : (tidak tersedia)
 - 2) Objektif
 - a) Mata melotot atau pandangan tajam
 - b) Tangan mengepal
 - c) Rahang mengatup
 - d) Wajah memerah
 - e) Postur tubuh kaku.

3. Rentang Respon

Menurut Prabowo (2014), respons terhadap kemarahan dapat bervariasi, termasuk asertif, frustrasi, agresif, dan amuk.

- a. Asertif : menyatakan kemarahan tanpa menyakiti perasaan atau merendahkan orang lain, serta tidak melukai emosi orang di sekitarnya.
- b. Frustrasi : kemarahan yang muncul ketika seseorang gagal meraih keinginannya. Frustrasi dapat memicu kemarahan dalam diri seseorang.
- c. Pasif : kondisi di mana individu merasa kesulitan mengungkapkan atau mengomunikasikan perasaannya.

- d. Agresif : tindakan yang menimbulkan kemarahan tetapi masih dapat dikendalikan oleh individu. Biasanya, orang yang agresif kurang memahami hal-hal yang didapatkan oleh orang lain.
- e. Amuk : kemarahan yang disertai dengan hilangnya kendali diri. Ketika seseorang mengalami amuk, mereka bisa kehilangan kontrol atas dirinya sendiri.

4. Etiologi

Menurut Rokhilah dan Aktifah (2022) perilaku kekerasan dapat dijelaskan dengan konsep adaptasi stres menurut Stuart, yang mencakup beberapa faktor :

- a. Faktor Predisposisi : faktor utama yang memicu atau menyebabkan masalah muncul.
- b. Faktor Psikologis : kegagalan yang dialami seseorang dapat menyebabkan frustrasi yang berpotensi berkembang menjadi agresi atau amuk. Pengalaman masa kecil yang tidak menyenangkan, seperti merasa ditolak, dihina, dianiaya, atau mengalami sanksi kekerasan, juga berpengaruh.
- c. Faktor Sosial Budaya : individu cenderung merespons emosi yang meningkat dengan cara agresif sesuai dengan pola perilaku yang dipelajari. Minimnya kontrol sosial dan penerimaan terhadap kekerasan sebagai solusi di masyarakat menjadi faktor pendukung terjadinya kekerasan.
- d. Faktor Biologis : faktor yang berasal dari keluarga yang melakukan kekerasan, riwayat penyakit tertentu, atau penggunaan NAPZA.
- e. Faktor Presipitasi : berasal dari pasien, lingkungan, atau interaksi sosial. Kondisi pasien, seperti kelemahan fisik, keputusasaan, rendahnya rasa percaya diri, serta situasi lingkungan yang ramai atau kritis, juga dapat

menjadi pemicu kekerasan. Selain itu, interaksi yang provokatif dan konflik dapat meningkatkan risiko perilaku kekerasan.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) ada beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan risiko perilaku kekerasan, yaitu:

- a. Waham/Delusi : Kesulitan membedakan antara kenyataan dan imajinasi.
- b. Kecurigaan terhadap orang lain : cenderung berprasangka buruk terhadap orang lain.
- c. Halusinasi : berperilaku seolah-olah melihat, mendengar, merasakan, menyentuh, atau mencium sesuatu yang tidak nyata.
- d. Rencana bunuh diri : adanya niat untuk mengakhiri hidup.
- e. Disfungsi keluarga : keluarga yang belum mampu menjalankan fungsi-fungsinya dengan baik.
- f. Kerusakan kognitif : mengalami kesulitan dalam ingatan, persepsi, atau pembelajaran.
- g. Disorientasi atau kebingungan : bingung dengan lingkungan sekitar atau identitas diri.
- h. Gangguan kontrol impuls : sulit mengendalikan dorongan agresif atau antisosial.
- i. Persepsi lingkungan yang tidak tepat : persepsi yang tidak akurat terhadap lingkungan.
- j. Perasaan depresi : mengalami suasana hati yang sangat sedih atau tertekan.
- k. Riwayat kekerasan pada hewan : tindakan kekerasan terhadap hewan sebelumnya.
- l. Gangguan neurologis : kondisi yang mempengaruhi sistem saraf.

- m. Lingkungan yang tidak teratur : tinggal di lingkungan yang kacau.
- n. Penganiayaan atau pengabaian anak : mengalami kekerasan atau pengabaian di masa kecil.
- o. Riwayat atau ancaman kekerasan : ancaman atau tindakan kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain, atau merusak barang.
- p. Impulsif : melakukan tindakan tanpa mempertimbangkan konsekuensinya.
- q. Ilusi : memiliki khayalan atau persepsi yang tidak sesuai dengan kenyataan dan sulit dipercaya.

5. Respon Perilaku Kekerasan

Respon umum fungsi adaptif pada pasien dengan perilaku kekerasan (RUFA)

yaitu :

Tabel 1
Respon Umum Fungsi Adaptif (RUFA)

Domain	Intensif I 1-10	Intensif II 11-20	Intensif III 21-30
Pikiran	Orang lain atau mahluk lain mengancam	Orang lain atau mahluk lain mengancam	Orang lain atau mahluk lain mengancam
Perasaan	Marah dan jengkel terus menerus	Marah dan jengkel sering kali	Marah dan jengkel sering tenang
Tindakan	Terus-menerus mengancam orang lain (verbal), terus menerus berusaha mencederai orang lain (fisik), dan komunikasisangat kacau	Hanya mengancam verbal tidak ada tindakan kekerasan fisik. Komunikasi kacau.	Kadang-kadang mengancam secara verbal. Komunikasi cukup koheren.

Sumber : (Wahyuningsih, 2023) pada Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Tindakan terapi Relaksasi Otot Progressif dan Napas Dalam di RSJ Prof. DR. Soerdojo Magelang.

6. Kondisi Klinis Terkait

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) kondisi klinis pada risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

- a. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual
- b. Sindrom otak organik (mis. Penyakit Alzheimer)
- c. Gangguan perilaku
- d. *Oppositional defiant disorder*
- e. Depresi
- f. Serangan panik
- g. Gangguan *Tourette*
- h. Delirium
- i. Gangguan amnestic
- j. Halusinasi
- k. Upaya bunuh diri
- l. Abnormalitas neurotransmitter otak

7. Penatalaksanaan

Menurut Prabowo (2019) ada beberapa penatalaksanaan atau penanganan yang dapat diberikan kepada pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu :

a. Farmakoterapi

Terapi medis yang diberikan kepada pasien, termasuk pemberian obat antipsikotik seperti Chlorpromazine (CPZ), Risperidone (RSP), Haloperidol (HLP), Clozapine, dan Trifluoperazine (TFP). Psikofarmaka ini bertujuan untuk mengurangi gejala gangguan jiwa. Kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat sesuai resep dokter sangat penting karena pengobatan yang tepat dapat membantu mengatasi gangguan mental.

b. Non-Farmakologis

- 1) *Electroconvulsive Therapy* (ECT) : terapi ini melibatkan penggunaan rangsangan listrik untuk memicu kejang yang menyerupai kejang grand mal. ECT dapat digunakan untuk pasien skizofrenia yang tidak merespons dengan baik terhadap terapi obat.
- 2) Psikoterapi : terapi ini menyarankan berbagai aktivitas atau permainan sebagai bagian dari terapi modalitas, seperti terapi gerak atau aktivitas fisik, terapi musik yang melibatkan mendengarkan, bermain alat musik, bernyanyi, terapi relaksasi, dan terapi seni untuk mengekspresikan perasaan melalui karya seni.

Dalam penatalaksanaan intervensi keperawatan untuk diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan (D.0146), terdapat satu intervensi utama, yaitu kontrol diri (I.14544), sedangkan serta intervensi pendukung yaitu promosi koping (I.09312). Intervensi keperawatan melalui terapi nonfarmakologis juga dapat diterapkan, salah satunya adalah terapi seni atau *art therapy* dengan *geijutsu ryouhou*. Pelaksanaan intervensi berbasis non-farmakologi diharapkan mampu membantu mengurangi dan mengontrol risiko perilaku kekerasan, sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diinginkan dapat tercapai.

8. Risiko Perilaku Kekerasan Pada Skizofrenia

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Imai *et al.* (2014) dengan judul “*Factors Associated with Violence among Japanese Patients with Schizophrenia*” yang dilakukan di *Psychiatric Hospital in Japan* dengan jumlah responden 420 pasien skizofrenia di Jepang yang melakukan kekerasan sebelum dirawat darurat. Ditemukan bahwa gejala skizofrenia seperti halusinasi pendengaran dan delusi terkait erat dengan perilaku kekerasan, sementara faktor antisocial seperti

penyalahgunaan zat tidak signifikan dalam konteks ini. Penelitian lain yang dilakukan oleh Kageyama *et al.* (2018) dengan judul “*Violence Towards Family Caregivers by Patients with Schizophrenia*” menemukan bahwa sekitar 34,8% anggota keluarga pasien skizofrenia di Jepang mengalami kekerasan dari pasien. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Malfasari *et al.* (2020) dengan judul “Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia” yang dilakukan di RSJ Tampan Riau dengan melibatkan 16 responden yang dipilih menggunakan teknik *accidental sampling*. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa 12 pasien skizofrenia menunjukkan tanda dan gejala yang sering muncul pada individu dengan risiko perilaku kekerasan adalah mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit, atau berteriak. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Pardede *et al.* (2020) dengan judul “*The Symptoms of Low Self-Esteem Decline after Being Given Acceptance and Commitment Therapy*” mengatakan bahwa gejala skizofrenia meliputi gejala positif dan negatif, dengan gejala positif yang sering dialami pasien, seperti perilaku kekerasan. Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu bentuk ekspresi kemarahan yang bisa muncul dalam bentuk ancaman, melukai diri sendiri atau orang lain, dan merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan meliputi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial. Pada aspek fisik, terdapat peningkatan tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan, serta mudah tersinggung, marah, mengamuk, yang dapat berujung pada tindakan melukai diri sendiri atau orang lain.

C. Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dalam penyusunan proses asuhan keperawatan, di mana perawat mengumpulkan data dan informasi pasien secara menyeluruh dan terstruktur. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien secara tepat. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, fleksibel, dan interaktif, berfokus pada riwayat kesehatan pasien, menggunakan metode seperti observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik (Harwijayanti dkk, 2022).

a. Data biografi

1) Identitas pasien dan penanggung jawab

Perawat mengumpulkan informasi identitas pasien seperti nama, jenis kelamin, umur, alamat, nomor telepon, diagnosa medis, tingkat Pendidikan akhir, agama, status perkawinan, tinggi badan dan berat badan, penampilan, dan hubungan penanggung jawab dengan pasien.

2) Genogram

Pada pengkajian ini, genogram akan dijadikan bahan untuk mengidentifikasi struktur keluarga dan kemungkinan penyakit keturunan yang diturunkan dari orang tua pasien yang digambar dengan simbol-simbol standar.

3) Riwayat pekerjaan

Mengidentifikasi pekerjaan pasien untuk melihat kaitannya dengan masalah kesehatan. Hal ini dilakukan untuk mengetahui riwayat pekerjaan yang pernah dilakukan oleh pasien, dengan demikian mudah untuk mengidentifikasi masalah kesehatannya apakah berhubungan dengan pekerjaan terdahulu atau tidak.

4) Data lingkungan

Pengkajian ini menilai kondisi tempat tinggal yang mendukung atau berpengaruh pada kesehatan pasien. Hal ini disesuaikan dengan apakah penyakitnya berhubungan dengan lingkungan rumah.

5) Aktivitas rekreasi

Perawat mengkaji aktivitas rekreasi yang dilakukan untuk mengetahui kebiasaan pasien dikala bosan. Hal ini dilakukan untuk mengkaji kegiatan rekreasi pasien yang membantu meningkatkan kesejahteraan emosionalnya.

6) Sistem pendukung

System pendukung merupakan jumlah anggota keluarga yang sehat, serta fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Contohnya pihak yang memberikan bantuan konseling terhadap keluarga, jarak rumah dari pelayanan kesehatan yang tersedia, perawatan sehari-hari yang dilakukan oleh keluarga dan pasien. Pengkajian ini dilakukan untuk menilai dukungan yang diterima pasien, baik dari keluarga, fasilitas kesehatan, maupun teman.

7) Sistem kesehatan

Dalam pengkajian sistem kesehatan, dilakukan penilaian terhadap kondisi kesehatan umum pasien selama lima tahun terakhir. Tanyakan pula keluhan utama pasien saat ini yang berkaitan dengan masalah kesehatan yang dihadapinya. Selain itu, periksa apakah pasien merasakan nyeri dan obat-obatan apa saja yang sedang dikonsumsi, dan menanyakan adanya riwayat alergi dan status imunisasi pasien..

8) Aktivitas hidup sehari-hari (ADL)

Indeks Katz digunakan untuk menilai aktivitas sehari-hari (ADL) pada pasien dengan mengukur tingkat kemandirian atau ketergantungan berdasarkan kriteria

ADL tertentu. Kriteria ADL tersebut mencakup kemampuan makan, buang air besar/kecil, berpindah tempat, mandi, menggunakan kamar kecil, dan berpakaian..

9) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Dalam pengkajian ini, dilakukan pemeriksaan terhadap berbagai sistem organ dalam tubuh pasien yang merupakan kebutuhan dasar manusia, seperti sistem pernapasan, cairan dan elektrolit, kebutuhan nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, kebersihan diri, serta kebutuhan seksual.

10) Pemeriksaan fisik

Dilakukan pengkajian fisik secara menyeluruh dari kepala hingga kaki pada pasien dengan tujuan mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami. Jika ditemukan hasil yang tidak normal atau membutuhkan penanganan segera, informasi ini disampaikan kepada keluarga agar pasien dapat segera diperiksa ke layanan kesehatan terdekat. Pemeriksaan fisik ini juga bertujuan mendeteksi kelainan sedini mungkin pada pasien, sehingga dapat segera ditangani dan mencegah keterlambatan dalam perawatan.

11) Hasil Pengkajian Kognitif dan mental

Menurut Mashudi (2021) pengkajian mental yang dapat dilakukan yaitu :

- a) Konsep diri, yang terdiri dari citra tubuh, identitas, peran, ideal diri, harga diri hubungan sosial.
- b) Hubungan sosial
- c) Spiritual
- d) Status mental yang terdiri dari penampilan diri, pembicaraan, aktivitas motoric atau psikomotor,alam perasaan,afek, interaksi selama wawancara, persepsi,

proses pikir, isi pikir, tingkat kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian, daya tilik diri.

12) Data penunjang

Menambahkan hasil pemeriksaan laboratorium atau data lain yang mendukung diagnosis.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan disusun berdasarkan analisis dari hasil pengkajian. Diagnosis ini mencakup masalah aktual, risiko, atau promosi kesehatan dengan menggunakan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) yang terdapat komponen seperti masalah (*problem*), penyebab (*etiology*), tanda atau gejala (*sign/symptom*) serta faktor risiko yang harus mencakup 80% dari data mayor yang ada dalam SDKI. Penetapan diagnosis dilakukan secara sistematis melalui tiga tahapan yang meliputi analisa data, mengidentifikasi masalah serta merumuskan diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016a).

Risiko perilaku kekerasan (D.0146) adalah diagnosis aktual negatif, didefinisikan sebagai risiko fisik, emosional, atau seksual bagi diri sendiri atau orang lain. Pada studi kasus ini, faktor risikonya termasuk delusi, kecurigaan, halusinasi, rencana bunuh diri, disfungsi keluarga, kerusakan kognitif, disorientasi, kontrol impuls yang rusak, persepsi lingkungan yang tidak akurat, depresi, riwayat kekerasan pada hewan, kelainan neurologis, lingkungan tidak teratur, riwayat atau ancaman kekerasan, impulsif, dan ilusi.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian penting dari asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah keperawatan. Penyusunan perencanaan harus dilakukan berdasarkan prioritas masalah keperawatan. Perawat menyusun rencana keperawatan dengan mengacu pada SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) sesuai diagnosis keperawatan. Intervensi keperawatan mencakup semua tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dari penilaian klinis untuk mencapai hasil (*outcome*) yang diharapkan. Pada studi kasus ini, intervensi utama yang diberikan adalah pencegahan perilaku kekerasan (I.14544) dan intervensi pendukung adalah dukungan emosional (I.09256) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Komponen intervensi keperawatan meliputi label, definisi, dan tindakan seperti observasi, terapi, dan edukasi. Sedangkan untuk luaran keperawatan adalah aspek-aspek yang dapat diamati dan diukur, termasuk kondisi, perilaku, atau persepsi dari pasien, keluarga, atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran tersebut mencerminkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukannya intervensi. Luaran keperawatan yang pada risiko perilaku kekerasan adalah kontrol diri (L.09076). Intervensi dan luaran yang digunakan untuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan sebagai berikut :

Tabel 2
Perencanaan Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan dengan Pemberian *Art therapy geijutsu* Ryouhou pada Pasien Skizofrenia

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 45 menit diharapkan	Intervensi Utama Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)
Faktor Risiko :	Kontrol Diri (L.09076) meningkat dengan kriteria hasil:	Observasi
1. Pemikiran waham/delusi	1) Verbalisasi ancaman pada orang lain	1) Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali)
2. Curiga pada orang lain	2) Perilaku menyerang	2) Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur)
3. Halusinasi	3) Perilaku melukai diri sendiri/orang lain	Terapiutik
4. Berencana bunuh diri	4) Perilaku merusak lingkungan	3) Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
5. Disfungsi system keluarga	5) Perilaku agresif/amuk	4) Libatkan keluarga dalam perawatan
6. Kerusakan kognitif	6) Suara keras	Edukasi
7. Disorientasi atau konfusi	7) Bicara ketus	5) Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien
8. Kerusakan kontrol impuls	8) Verbalisasi keinginan bunuh diri	6) Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non-verbal (mis. Relaksasi, bercerita)
9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat	9) Verbalisasi isyarat bunuh diri	Intervensi Pendukung Dukungan Emosional (I.09256)
10. Alam perasaan depresi	10) Verbalisasi ancaman bunuh diri	Observasi
11. Riwayat kekerasan pada hewan		1) Identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien
12. Kelainan neurologis		2) Identifikasi hal yang telah memicu emosi
13. Lingkungan tidak teratur		Terapiutik
14. Penganiayaan atau pengabaian anak		
15. Riwayat atau ancaman kekerasan		

terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain	11) Verbalisasi rencana bunuh diri menurun (5)	7) Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih
16. Impulsif	12) Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun (5)	8) Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka
17. Ilusi	13) Perilaku merencanakan bunuh diri menurun (5)	9) Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis. merangkul, menepuk-nepuk)
Kondisi Klinis Terkait :	14) Euforia menurun (5)	10) Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, <i>jika perlu</i>
1. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual	15) Alam perasaan depresi menurun (5)	11) Kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah
2. Sindrom otak organik (mis. Penyakit Alzheimer)		Edukasi
3. Gangguan perilaku		12) Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu
4. <i>Oppositional defiant disorder</i>		13) Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih)
5. Depresi		14) Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan
6. Serangan panik		15) Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
7. Gangguan Tourette		
8. Delirium		
9. Demensia		
10. Gangguan anamnestik		
11. Halusinasi		
12. Upaya bunuh diri		
13. Abnormalitas neurotransmitter otak		
		Kolaborasi
		16) Rujuk untuk konseling, <i>jika perlu</i>

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Beberapa prinsip dasar dalam pelaksanaan implementasi keperawatan meliputi:

- a. Pelaksanaan implementasi keperawatan harus sesuai dengan rencana yang telah dibuat sebelumnya.
- b. Implementasi dilakukan dengan tetap memprioritaskan masalah yang ada.
- c. Aspek-aspek kekuatan keluarga, seperti dukungan finansial, motivasi, dan sumber daya pendukung, perlu diperhatikan agar pelaksanaan bisa dilakukan secara menyeluruh.
- d. Dokumentasi pelaksanaan keperawatan harus disertai dengan tanda tangan perawat yang bertanggung jawab sebagai bentuk pertanggungjawaban profesi (Wahyuningsih, 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Penelitian evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan. Terdapat dua jenis evaluasi dalam asuhan keperawatan, yaitu:

- a. Evaluasi formatif, yakni evaluasi yang dilakukan segera setelah tindakan keperawatan dilaksanakan. Evaluasi ini biasanya dicatat dalam format SOAP (*Subjektif, Objektif, Assessment, dan Planning*).
 - 1) S (Subjektif): data berdasarkan keluhan atau pernyataan pasien setelah tindakan keperawatan dilakukan.
 - 2) O (Objektif): data dari pengamatan langsung perawat terhadap pasien, termasuk gestur, ekspresi, dan perilaku yang terlihat saat itu.
 - 3) A (*Assessment*): interpretasi dari data subjektif dan objektif, yang digunakan untuk menilai apakah masalah telah teratasi atau terjadi perubahan kondisi kesehatan pasien.

- 4) P (*Planning*): rencana keperawatan yang disusun berdasarkan assessment, seperti melanjutkan, menghentikan, memodifikasi, atau menambahkan rencana baru. Tindakan yang telah memuaskan umumnya tidak memerlukan pengulangan atau dihentikan.
- b. Evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir yang dilakukan setelah perawatan sesuai dengan rencana. Jika hasil yang dicapai belum sesuai, maka seluruh proses, mulai dari pengkajian hingga tindakan, perlu ditinjau ulang (Wahyuningsih, 2023).

D. Konsep *Art Therapy Geijutsu Ryouhou*

1. Pengertian

Expressive and creative arts therapies adalah salah satu bentuk terapi modern yang belum selesai ini tengah berkembang yang mencakup pendekatan umum yang di dalamnya terdapat berbagai bentuk terapi, seperti *art therapy*, musik, tari, puisi, drama, dan psikodrama, yang memiliki asosiasi dan praktik tersendiri. Seni dianggap mampu menjangkau serta mengekspresikan kompleksitas manusia, termasuk aspek pikiran, tubuh, dan jiwa serta memberikan gambaran diagnostik tentang budaya dan individu, dan juga membantu pemulihan kesehatan mental dan fisik (Aiyuda, 2019).

Terapi seni adalah jenis terapi psikologi yang menggunakan Gerakan emosional yang disebabkan oleh aktivitas ekspresif untuk membantu diagnosis dan pengobatan penyakit. Terapi ini menggunakan aktivitas ekspresif untuk mengungkapkan perasaan yang sulit diungkapkan dengan kata-kata, pikiran dan untuk mengobati penyakit psikologi. Negara Jepang menyebut terapi seni dengan “*Geijutsu Ryouhou*” atau *art therapy* merupakan terapi dengan melukis, membuat

gambar dengan menggunakan cat, krayon, tanah liat, dan lain-lain yang melibatkan kepercayaan dengan terapis untuk mengekspresikan perasaan batin secara visual. Karya yang dihasilkan tidak dievaluasi berdasarkan baik atau buruknya seni, melainkan sebagai pernyataan pribadi yang diekspresikan dan tidak bersifat verbal. *Geijutsu ryouhou* merupakan jenis terapi psikologi yang membantu menjaga keseimbangan pikiran dan tubuh, karena dapat memberikan solusi dengan memberikan orang mengekspresikan diri dan pikirannya (Tomura, 2019).

Berdasarkan pengertian tersebut, *art therapy geijutsu ryouhou* adalah terapi yang berasal dari negara Jepang yang menggunakan berbagai bentuk seni, seperti seni visual dan non-visual untuk mengekspresikan kompleksitas pikiran, tubuh, dan jiwa manusia. Terapi ini diyakini mampu memberikan gambaran tentang kondisi individu serta membantu pemulihan kesehatan mental dan fisik, menjaga keseimbangan pikiran dan tubuh dengan memungkinkan individu mengekspresikan masalah mereka secara non-verbal.

2. Manfaat Art Therapy Geijutsu Ryouhou

Menurut Tomura (2019) tujuan dari *geijutsu ryouhou* yaitu :

- a. *Geijutsu ryouhou* digunakan untuk mengekspresikan diri secara non-verbal dan berkaitan dengan batin atau perasaan yang sulit diungkapkan dengan kata-kata sehingga dengan *art therapy* mudah diproyeksikan ke dalam karya.
- b. Dapat menjadi media untuk mengekspresikan diri, mengurangi amarah, agresi yang cenderung ditunjukkan dan disebarkan. Pasien akan merefleksikan perasaan mereka melalui gambar atau bentuk yang akan diciptakan.
- c. Menjadi relaksasi dan penyembuhan, tentunya ada perbedaan efektivitas masing-masing individu.

- d. Menggunakan media seni seperti tanah liat dan cat dapat memberikan rangsangan sensorik.
- e. Selama proses terapi, pasien akan difasilitasi dan dituntut untuk menentukan tema dan pemilihan bahan atau warna seni, sehingga pasien bisa fokus.
- f. Apabila dilakukan dengan terapi kelompok, tentunya akan menciptakan seni dan komunikasi antar pasien lain, sehingga pasien dengan isolasi social mudah bergaul dengan pasien lainnya.

3. Indikasi Pemberian *Art Therapy Geijutsu Ryouhou*

Art therapy geijutsu ryouhou umumnya diterapkan pada pasien dengan beragam gangguan mental serta gejala yang biasanya ditangani dalam bidang psikiatri dan pengobatan psikosomatik, seperti depresi, skizofrenia, dan gangguan psikosomatik. Selain itu, terapi ini juga bermanfaat untuk membantu meredakan gejala pada mereka yang mengalami gangguan stres pascatrauma (PTSD) setelah melalui kejadian atau bencana besar. Efek terapi seni pada demensia juga mulai mendapatkan perhatian dengan harapan dapat mengaktifkan fungsi otak dan menstabilkan kondisi mental melalui kegiatan ekspresif seperti menggambar, gejala demensia seperti perilaku kekerasan dan kecemasan dapat dikurangi atau dicegah (Hayashi *et al.*, 2022).

Selain itu, *art therapy* juga membantu dalam meredakan kecemasan, gangguan hiperaktivitas atau kurang aktivitas, duka atau kesedihan, cedera otak, kondisi medis kronis, depresi, gangguan intelektual perkembangan, gangguan makan, masalah emosional, masalah interpersonal, harga diri rendah, dan masalah psikologi lainnya.

4. Prosedur Art Therapy

Prosedur *art therapy geijutsu ryouhou* dilakukan berdasarkan pengkajian atau analisis PICOT yaitu *problem, intervention, comparison, outcome, time*. Adapun penjelasannya sebagai berikut :

Tabel 3
Jurnal Intervensi Inovasi Art Therapy Geijutsu Ryouhou Berdasarkan Analisis PICOT

Judul, Penulis, Tahun	Patient/ Population/ Problem	Intervetion	Comparison	Outcome	Time
<i>Art Therapy As An Adjuvant Treatment For Schizophrenia A Protocol For An Updated Systematic Review And Subgroup Meta-Analysis Of Randomized Clinical Trials Following The PRISMA Guidelines</i> (Luo et al., 2022)	Pasien skizofrenia dengan teknik random sampling 24 orang di China yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi	<i>Art Therapy</i>	Tidak ada kelompok pembandingan	<i>Art therapy</i> atau terapi seni dalam pengobatan tambahan dan kolaborasi pada skizofrenia yang memiliki pengaruh terhadap penurunan risiko perilaku kekerasan	30 Juni - 17 Juli 2022
<i>Kaiga ryōhō o kokoromita tōgō shitchō-shō no rei: Byōga jikan menseki kara no kentō</i>	Pasien skizofrenia dengan jumlah 16 responden	<i>Art therapy</i> pertimbangan waktu dan area	Tidak ada kelompok pembandingan	Penggunaan waktu menggambar sebagai angka objektif dalam terapi seni untuk pasien skizofrenia dapat dianggap sebagai salah satu cara	17 November - 17 Desember 2023

<i>Painting Therapy for Schizophrenia : A Case Study from the Viewpoint of the Time Spent and Area Painted</i> (Tanaka, 2013)	yang di Ogaoka, Hasama-chō, Yufu-shi, Oita Jepang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi	menggambar dengan Teknik montase		untuk memantau kondisi penyakit secara longitudinal dan mengetahui tingkat keparahannya.	
Jurnal 3 <i>Art Therapy dalam Upaya Menurunkan Kecenderungan Agresi</i> (Zuroida dan Grahani, 2022)	Pasien yang memiliki risiko kecenderungan agresi atau risiko perilaku kekerasan sebanyak 5	<i>Art therapy</i> dengan 5 tahapan : <i>warm-up, recalling event, emotional expression and issues, restitution, termination.</i>	Tidak ada kelompok pembanding. Diselenggarakan oleh Psikolog	Terdapat peningkatan kemampuan dalam berkomunikasi dan bersosialisasi, terutama dalam aspek mental dan pengurangan kecenderungan perilaku agresi atau risiko perilaku kekerasan pada pasien dengan penyakit mental.	20 Mei – 12 Juni 2022
Jurnal 4 <i>The Art Therapy For Schizophrenia Or Schizophrenia-Like Illnesses</i> (Ruddy and DentBrown, 2010)	Pasien dengan skizofrenia yang dipilih dengan simple random sampling	<i>Art therapy</i> menggambar	Tidak ada kelompok pembanding	Pasien dengan terapi seni tidak perlu memiliki pengalaman atau keterampilan sebelumnya dalam seni, dan terapis seni tidak terutama fokus pada penilaian estetika atau diagnostik terhadap gambar klien.	5 Februari – 6 Maret 2010

	sebanyak 137 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan ekslusi			Tujuan keseluruhan dari para praktisinya adalah untuk memungkinkan klien melakukan perubahan dan pertumbuhan pada tingkat pribadi melalui penggunaan bahan seni dalam lingkungan yang aman dan mendukung.	
Jurnal 5 <i>Effects of Visual Art Therapy on Positive Symptoms, Negative Symptoms, and Emotions in Individuals with Schizophrenia</i> (Du et al., 2024)	Pasien skizofrenia yang risiko perilaku kekerasan sebanyak 31 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan ekslusi	<i>Art therapy</i> atau terapi seni visual	Tidak ada kelompok pembanding	Seni visual dapat meningkatkan gejala positif, gejala negatif, depresi, dan kecemasan pada pasien skizofrenia. Terapi ini dapat berfungsi sebagai terapi tambahan yang efektif bersama dengan pengobatan farmakologis yang sesuai. Terapi seni visual juga dapat sangat membantu dalam meredakan gejala negatif dan kecemasan pada pasien skizofrenia wanita. Berbagai bentuk terapi seni visual, termasuk lukisan, kerajinan tangan, dan lukisan yang dipadukan dengan kaligrafi, menunjukkan efektivitas yang signifikan.	2 April – 1 Juni 2024

Berdasarkan analisis PICOT yang telah dilakukan, standar operasional prosedur (SOP) *art therapy* atau *Geijutsu Ryouhou* adalah sebagai berikut :

- a. Tahap pra interaksi
 - 1) Cek catatan keperawatan atau catatan medis pasien
 - 2) Siapkan alat yang diperlukan
 - 3) Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontraindikasi
 - 4) Cuci tangan
- b. Tahap Orientasi
 - 1) Beri salam dan panggil pasien dengan namanya.
 - 2) Bina hubungan saling percaya.
 - 3) Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien
- c. Tahap Kerja
 - 1) Berikan kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan
 - 2) Menanyakan keluhan utama pasien atau perasaan yang dirasakan saat ini
 - 3) Atur posisi pasien sebelum melakukan terapi
 - 4) Membagikan bahan dan alat yang diperlukan (mis. Buku gambar, pensil warna, krayon, penghapus, media tanah liat)
 - 5) Dampingi pasien saat melakukan terapi apabila pasien bersedia didampingi
 - 6) Tahap 1 (*Warm-up*) : melakukan *ice breaking* berupa permainan-permainan kelompok, tahap ini juga dapat menjadi aktivitas untuk menyesuaikan diri satu sama lain dalam lingkungan dan orang-orang yang baru, saling mengenal lebih dalam satu sama lain.
 - 7) Tahap 2 (*Recalling event*) mencoba membuka kembali ingatan tentang kejadian yang telah dialaminya, kemudian mengungkapkan perasaan terhadap

kejadian tersebut. Peserta terapi diminta untuk membuat list mengenai hal-hal yang membuat mereka marah serta menuliskan tindakan-tindakan yang dilakukan saat merasakan perasaan marah.

- 8) Tahap 3 (*Emotional expression and issues*) : pasien diminta mencoba mengungkapkan emosi-emosi yang selama ini terpendam dalam diri. Pada tahap ini peserta diminta untuk menggambar bebas diatas kertas atau melukis isi hati.
- 9) Tahap 4 (*Restitution*) : pasien diminta menyadari permasalahan dan kenyataan yang terjadi, mencari jalan keluar untuk mengatasi permasalahan tersebut. Dalam tahap ini peserta diminta untuk menggambar diatas kertas dengan tema “*love your self*”. Apabila melukis, pasien diminta untuk memberikan warna soft dan doft.
- 10) Tahap 5 (*Termination*) : tahap ini peserta diminta untuk menggambar dengan tema media canvas dan cat akrilik dengan tema “menjadi pribadi yang lebih baik”. Kemudian fasilitasi pasien untuk menjelaskan gambar dan maknanya.

d. Terminasi

- 1) Evaluasi hasil kegiatan (kenyamanan pasien)
- 2) Simpulkan hasil kegiatan
- 3) Berikan umpan balik positif
- 4) Kontrak pertemuan selanjutnya
- 5) Bereskan alat
- 6) Cuci tangan

e. Dokumentasi

- 1) Catat hasil kegiatan dan respon pasien dalam lembar observasi

5. **Macam-Macam *Art Therapy Geijutsu Ryouhou***

Menurut Tomura (2019) ada berbagai macam *art therapy geijutsu ryouhou* yang biasanya dilakukan yaitu :

a. *Kaiga Ryouhou* (Terapi Melukis)

Pasien diminta menggambar secara bebas, dan melalui karya mereka kita dapat memahami masalah batin yang sulit diungkapkan secara verbal. Aktivitas menggambar ini juga diharapkan bisa mengurangi ketegangan dan stress. Terdapat juga kelas dengan nama *Tougei Kyoushitsu* atau kelas tembikar (keramik), pasien akan melakukan kelas membuat piring, guci, gelas, dan berbagai bentuk yang dikreasikan kemudian akan dilukis dan digambar.

b. *Ongaku Ryouhou* (Terapi Musik)

Terdapat dua jenis terapi musik, yaitu metode aktif dan pasif. Metode aktif melibatkan ekspresi melalui menyanyi atau memainkan alat musik, sementara metode pasif berfokus pada mendengarkan musik untuk meredakan stres.

c. *Shinri Geki Sokkyougeki* (Psikodrama)

Merupakan terapi kelompok yang menggunakan elemen teater improvisasi. Peserta bebas berakting sesuai adegan yang ditetapkan, berganti peran, dan mendiskusikan kesan mereka, yang bisa menghasilkan pemahaman baru tentang diri mereka.

d. *Hakoniwa Ryouhou* (Terapi Taman Miniatur)

Dengan menempatkan miniatur seperti manusia dan bangunan di dalam kotak pasir, peserta dapat mengungkapkan dan memainkan perasaan serta konflik yang sulit disampaikan melalui kata-kata.

e. *Butou Ryouhou* (Koreoterapi)

Melibatkan gerakan tarian mengikuti irama musik untuk mengungkapkan perasaan yang sulit diutarakan.

f. *Shiika Ryouhou* (Terapi Puisi)

Menulis dan membaca puisi digunakan untuk melepaskan emosi dan membantu mencapai stabilitas emosional.

g. *Koraaju Ryouhou* (Terapi Kolase)

Pasien akan diminta membuat kolase dari bahan kertas seperti pamflet atau majalah. Aktivitas ini bertujuan menggambarkan perasaan terdalam yang sulit diungkapkan secara verbal.

6. Cara Kerja Art Therapy Geijutsu Ryouhou Pada Skizofrenia

Art therapy atau terapi seni dapat membantu individu dengan skizofrenia melalui berbagai mekanisme biologis dan psikologis. Berikut adalah penjelasan mengenai bagaimana proses biologis dari art therapy dapat membantu menurunkan gejala skizofrenia:

a. Stimulasi Neuroplastisitas

Proses yang terjadi dalam hal ini adalah aktivitas kreatif dalam seni dapat merangsang neuroplastisitas, yaitu kemampuan otak untuk membentuk dan memperkuat koneksi saraf baru. Efek pada skizofrenia adalah neuroplastisitas dapat memperbaiki disfungsi jaringan otak yang terkait dengan gangguan skizofrenia, seperti di korteks prefrontal (terkait dengan pengambilan keputusan dan emosi) dan hippocampus (terkait dengan memori).

2. Regulasi Neurotransmitter

Prosesnya adalah aktivitas seni meningkatkan produksi neurotransmitter seperti dopamin dan serotonin. Sedangkan efek yang dirasakan pada pasien

skizofrenia yaitu skizofrenia sering dikaitkan dengan disregulasi dopamin. Aktivitas seni dapat membantu menormalkan kadar dopamin, yang berkontribusi pada pengurangan gejala positif (halusinasi dan delusi) dan gejala negatif (motivasi rendah, afek datar).

3. Penurunan Aktivitas Amygdala

Proses *art therapy* dapat menenangkan sistem limbik, khususnya amygdala, yang terlibat dalam respons emosional seperti ketakutan dan stres. Efek pada skizofrenia yaitu penurunan aktivitas amygdala dapat mengurangi hiperaktivitas emosional yang sering terjadi pada pasien dengan skizofrenia.

4. Pengurangan Hormon Stres

Proses pada kegiatan seni menurunkan kadar hormon stres seperti kortisol. Efek pada Skizofrenia yaitu penurunan kadar kortisol dapat membantu mengurangi respons stres kronis, yang diketahui memperburuk gejala skizofrenia.

5. Aktivasi Gelombang Otak Alfa

Proses pada kegiatan seni meningkatkan aktivitas gelombang otak alfa, yang terkait dengan relaksasi dan keadaan mental yang tenang. Efek pada Skizofrenia yaitu gelombang alfa yang lebih seimbang dapat membantu mengurangi gejala psikotik dan meningkatkan kemampuan fokus.

6. Peningkatan Aktivitas Prefrontal Cortex

Proses pada kegiatan ini adalah aktivitas seni melibatkan pemrosesan kognitif tingkat tinggi yang meningkatkan fungsi korteks prefrontal. Efek pada Skizofrenia merupakan peningkatan aktivitas di area ini dapat membantu dalam pengambilan keputusan, pengendalian emosi, dan mengurangi perilaku impulsif yang sering terkait dengan skizofrenia.

Penelitian mengenai *neuroimaging* menunjukkan bahwa terapi seni dapat meningkatkan aktivitas di area otak yang terpengaruh oleh skizofrenia, seperti korteks prefrontal dan sistem limbik. Dibuktikan dengan penelitian yang telah diterbitkan dalam jurnal *The Arts in Psychotherapy* menemukan bahwa terapi seni membantu mengurangi gejala positif dan negatif skizofrenia dengan menurunkan tingkat kecemasan, meningkatkan ekspresi diri, dan risiko agresif. Dengan meningkatkan neuroplastisitas, menormalkan neurotransmitter, menurunkan hormon stres, dan mengaktifkan area otak yang relevan, terapi seni dapat menjadi bagian penting dalam manajemen skizofrenia (Hu *et al.*, 2021).