

BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia didefinisikan sebagai seseorang yang mengalami perpecahan pikiran atau kepribadian (perpecahan kepribadian). Ini karena kata "skizo" berasal dari kata "frenia", yang berarti pikiran. Pemikiran yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak pantas, dan disfungsi psikososial adalah tanda sindrom heterogen kronis yang dikenal sebagai skizofrenia. (Ruswati Ruswati et al., 2025)

Skizofrenia adalah sindrom yang memiliki banyak penyebab (banyak di antara belum diketahui) dan berbagai pola perjalanan (tidak selalu kronis atau “pregresif”, serta berbagai efek yang berganung pada interaksi antara factor genetic, fifik, dan sosiokultural. Dengan gejala seperti delusi, halusinasi, pikiran kacau, dan perubahan perilaku, skizofrenia adalah salah satu gangguan psikiatri yang paling kompleks. (Ruswati Ruswati et al., 2025)

Skizofrenia adalah distorsi perilaku emosional, dan persepsi yang ditandai dengan gangguan jiwa jangka Panjang. Mereka yang mengalaminya seringkali mengalami halusinasi, delusi, dan pola pikir yang tidak retaur, yang semuanya menyebabkan kesulitan bagi mereka untuk berinteraksi secara social. Selain mempengaruhi individu yang

bersangkutan, gangguan ini menimbulkan beban sosial dan ekonomi bagi masyarakat dan keluarga mereka secara keseluruhan. Factor biologis, genetic, lingkungan, dan psikososial adalah beberapa penyebab skizofrenia, model diatesis-stress, orang yang memiliki kecenderungan biologis dapat mengalami skizofrenia ketika terpapar pada factor stress lingkungan tertentu. Contoh factor stress lingkungan termasuk trauma psikososial atau tekanan hidup yang signifikan. (Renita Juni Yanti Putri Pratama et al., 2025)

Berdasarkan dengan pertimbangan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang berlangsung lama dan kompleks yang ditandai dengan pembagian pikiran atau kepribadian, gejala utamanya termasuk delusi, halusinasi, pola pikir yang tidak teratur, dan perubahan perilaku yang tidak wajar. Penyebabnya multifaktorial (biologis, genetik, lingkungan, psikososial), sering dijelaskan oleh model diatesis-stres, dan berdampak luas pada individu serta masyarakat. Penyakit ini heterogen, dengan variasi perjalanan dan akibat yang belum sepenuhnya diketahui.

2. Etiologi

Menurut Mamnuah et al., (2025) spektrum respons neurobiologis menjelaskan perkembangan skizofrenia. Jenis respons neurobiologis ini termasuk adaptif dan maladaptive, gejala skizofrenia dapat termasuk:

a. Faktor Predisposisi

Dari sudut pandang neurobiologis, penderita skizofrenia memperlihatkan kelainan anatomi, fungsional, serta neurokimia pada otak berdasarkan pemeriksaan post mortem. Temuan studi mengenai neurobiology pada pasien memperlihatkan bahwa penderita skizofrenia mengalami penyusutan volume otak dan perubahan pada system neurotransmitter. Gangguan yang terjadi pada konteks frontal menimbulkan gejala negative skizofrenia, sementara kerusakan pada system limbik (di dalam lobus temporal) memicu munculnya gejala positif.

b. Faktor Presipitasi

Terdapat dua stressor yang memicu munculnya skizofrenia, yaitu factor pemicu biologis yang mungkin berpengaruh adalah kerusakan pada mekanisme umpan balik otak, yang mengatur jumlah data yang dapat diproses setiap saat. Penderita skizofrenia merasa takut berada di tempat ramai atau menghadapi suara keras karena mereka tidak dapat menyaring rangsangan pendengaran di “gerbang” tersebut.

c. Penilaian Terhadap Stressor

Model diatesis stres mengemukakan bahwa gejala skizofrenia timbul akibat interaksi antara stress yang dialami individu dan kapasitas orang tersebut dalam menghadapi stressor.

d. Sumber Koping

Sebuah keluarga perlu melakukan penyesuaian saat salah satu anggotanya menderita gangguan jiwa. Proses penyesuaian ini dapat dipengaruhi oleh sumber daya keluarga, seperti pemahaman orang tua tentang penyakit tersebut, ketersediaan waktu dan energi mereka, dan kemampuan mereka untuk terus memberikan dukungan kepada anak-anak mereka.

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala menurut Ridho Akbar Syafwan, (2025) Skizofrenia secara umum dibagi menjadi tiga kategori yaitu : gejala positif, gejala negatif, dan gangguan kognitif.

a. Gejala Positif

Gejala positif merupakan gejala yang dialami oleh orang yang menderita skizofrenia, tetapi tidak ditemukan pada orang normal. Dalam kondisi psikotik, pasien merasakan perubahan dalam cara mereka berfikir, bertindak dan memproses pengalaman mereka.

- 1) Halusinasi adalah timbulnya pengalaman sensorik tanpa adanya stimulus nyata dari lingkungan. Halusinasi dapat berupa halusinasi visual, auditori, atau sensorik pada pasien skizofrenia. Seseorang yang mengalami halusinasi mungkin mengatakan bahwa mereka melihat sesuatu yang tidak terlihat oleh orang yang tidak menderita kondisi tersebut. Kondisi serupa juga dialami pada halusinasi sensorik dan auditorik.

- 2) Delusi adalah jenis keyakinan yang dipegang teguh, tetapi tidak realitis atau tidak sesuai dengan kenyataan. Jenis delusi juga berbeda, seperti megalomania, paranoid, dan referensial. Bahkan jika ada bukti yang bertentangan, memperbaiki delusi merupakan hal yang sangat sulit.
- 3) Gangguan pikiran dan bicara. Pola bicara klien yang tidak teratur menunjukkan gejala yang disebut sebagai "gangguan asosiasi" atau "gangguan proses berpikir". Ucapan yang tidak koheren, aliran gagasan yang tidak terkendali (berbicara Panjang lebar tetapi di luar konteks), dan penggunaan kata-kata atau Bahasa yang sulit dipahami adalah gejala yang mungkin ditunjukkan oleh pasien.
- 4) Perilaku abnormal ekstrim. Menunjukkan bahwa penderita skizofrenia mungkin mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, yang dapat dilihat dari seperti pakaian mereka, kebersihan mereka, dan perilaku yang tidak biasa. Dalam sejumlah kasus, penderita skizofrenia mengalami katatonia, yakni kondisi Ketika pasien pada posisi tertentu dalam waktu lama atau memperlihatkan perilaku kaku dan tidak responsive.

b. Gejala Negatif

Gejala negatif adalah gejala yang terjadi baik orang sehat maupun orang yang menderita skizofrenia memiliki gejala negative.

Kurangnya motivasi, kurangnya rasa senang, dan kurangnya perhatian adalah beberapa gejala ini. Beberapa kondisi yang disertai dengan gejala negative antara lain:

- 1) Afek Datar
- 2) Avolition – apatis (berkurangnya motivasi)
- 3) Alogia (berkurangnya bicara)
- 4) Anhedonia (tidak ada kesenangan)
- 5) Asosial (mengisolasi diri secara sosial)

c. Gangguan Kognitif

Gangguan kognitif merupakan salah satu factor yang membuat skizofrenia sulit menjalani aktivitas sehari-hari. Gangguan kognitif yang bisa dijumpai antara lain penurunan daya ingat, berkurangnya perhatian, pemahaman yang terbatas, serta kesulitan dalam mengungkapkan pikiran.

4. Klasifikasi

Menurut Danang Saputra et al., (2024) klasifikasi skizofrenia terbagi menjadi lima bagian yaitu;

a. Skizofrenia Paranoid

Gejala paling utama pada tipe paranoid mencakup halusinasi dan delusi, yang akan mempengaruhi cara seseorang berperilaku serta berinteraksi dengan orang-orang di sekelilingnya.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Individu yang mengalami gangguan hebefrenik akan menunjukkan perubahan perilaku yang sangat mencolok, seperti Kembali ke sifat kenakanak-kanakan, tampak tidak teratur, dan terjebak dalam dunianya sendiri. Mereka memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia.

c. Skizofrenia Katatonik

Gejala psikomotor merupakan ciri paling mencolok yang dapat diamati pada subtype ini. Katatonia adalah istilah yang menggambarkan sekumpulan gangguan psikomotor yang bisa muncul pada kondisi penyakit mental yang parah.

d. Skizofrenia Residual

Skizofrenia residual dianggap sebagai bentuk yang paling ringan dibandingkan tipe lainnya. Penderita jenis ini tidak menunjukkan gejala seperti halusinasi, ketakutan, pembicaraan yang tidak jelas, dan sebagainya.

e. Skizofrenia Akut

Tipe skizofrenia akut terjadi secara mendadak dan gejalanya dapat meningkat secara cepat dalam waktu yang singkat. Penderita dari kategori ini biasanya mengalami gejala skizofrenia, seperti halusinasi, mendengar suara-suara bisikan, sulit tidur dengan intensitas yang tinggi.

5. Penatalaksanaan

Menurut Ridho Akbar Syafwan, (2025), ada banyak metode untuk menangani skizofrenia. Secara umum, pendekatan untuk menangani skizofrenia dibagi menjadi pendekatan farmakologis dan pendekatan non-farmakologis. Pilihan terapi harus sesuai dengan kondisi pasien dan tingkat keparahan kondisinya.

a. Farmakologi

Pendekatan farmakologis merupakan metode penting dalam penanganan skizofrenia. Obat yang paling umum diterapkan adalah anti psikotik. Obat tersebut terbagi menjadi dua generasi, yaitu yang generasi awal dan generasi kedua. Meskipun tidak ada standar yang jelas untuk memilih antara kedua jenis obat, penelitian telah menunjukkan bahwa antipsikotik generasi pertama memiliki lebih banyak efek samping ekstrapiramidal daripada antipsikotik kedua. Salah satu obat lini pertama yang paling sering diresepkan adalah risperidone.

b. Non Farmakologi

1) *Psyhoeducation* (Psikoedukasi)

Intervensi ini menitikberatkan pada penyampaian informasi terkait situasi dan metode penanganan. Penyampaian informasi perlu dilakukan dengan sejelas mungkin agar proses terapi dapat berlangsung dengan efektif.

2) *Cognitive Behavioral Therapy* (Terapi Perilaku Kognitif)

Intervensi ini memiliki tujuan untuk menghubungkan secara langsung pikiran, emosi dan tindakan sambil tetap menghormati persoalan yang ada di masa lali. Pada akhirnya, pasien diharapkan dapat menerima kondisi mereka, yang akan membantu mereka mengelola aktivitas sehari-hari dan mengurangi tekanan sosial.

3) *Social Training Skill* (Ketrampilan Pelatihan Sosial)

Untuk mengurangi kesulitan dalam bersosialisasi, tujuan dari intervensi ini adalah untuk meningkatkan ketrampilan interpersonal.

4) *Family Intervention* (Intervensi Keluarga)

Intervensi ini dilakukan di tingkat keluarga, karena dianggap bahwa keluarga memiliki hubungan yang kuat, yang dapat meningkatkan stress pasien. Tujuan intervensi ini adalah untuk membantu keluarga berkomunikasi dengan dan mendukung pasien.

5) *Art therapies* (Terapi Seni)

Intervensi ini dapat membantu pasien mengekspresikan diri dan mengubah cara mereka berpikir.

6) *Cognitive Remediation* (Remediasi Kognitif)

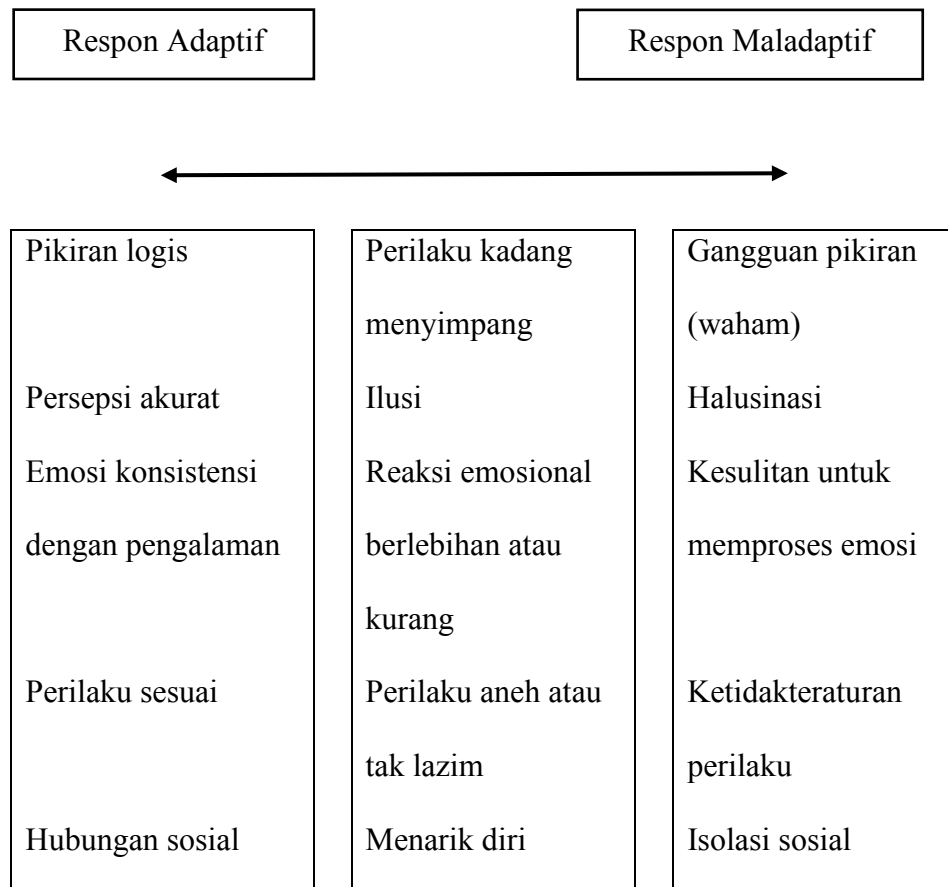
Bagi orang-orang yang mengalami gangguan kognitif yang menghalangi mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari

mereka, tetapi perilaku ini sangat membantu. Tujuan intervensi ini adalah untuk meningkatkan kemampuan memproses data, konsentrasi dan daya ingat.

6. Rentan Respon

Stuart (2013) dalam Mashudi & Kes, (2021) menggambarkan respon neurobiologis skizofrenia sebagai berikut

Bagan 2. 1 Rentan Respon Neuro Biologis Skizofrenia

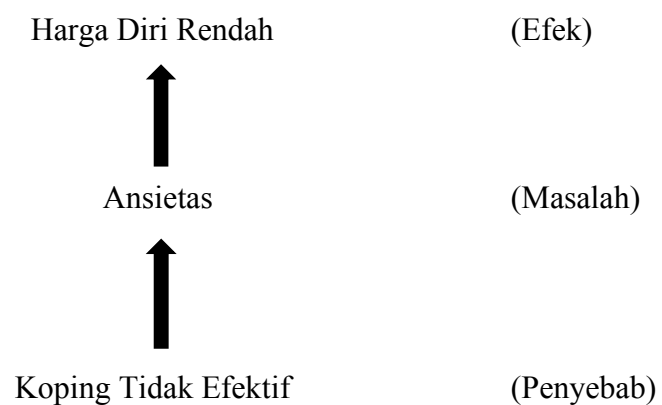


Keterangan dari rentan respon:

- Pikiran logis: sebagai ide yang muncul secara logis dan konsisten.

- b. Persepsi akurat: proses penerimaan rangsangan melalui panca indera yang didahului oleh perhatian, yang memungkinkan seseorang untuk menjadi sadar akan hal-hal di dalam dan diluar dirinya.
- c. Emosi konsistensi dengan pengalaman: ekspresi perasaan yang berasal dan berbagai aspek fisik atau biasanya tidak lama.
- d. Perilaku sesuai: perilaku seseorang dapat diterima dalam norma social dan budaya yang berlaku jika ditunjukkan dalam bentuk tindakan konkret yang diambil untuk memecahkan masalah.
- e. Hubungan social: : hubungan dinamis yang melibatkan interaksi antara individu dan kelompok, serta kerja sama.
- f. Perilaku kadang menyimpang
- g. Ilusi: persepsi atau pengamatan yang menyimpang
- h. Reaksi emosi berlebihan atau kurang: menunjukkan atau respons emosional yang berlebihan atau kurang.
- i. Perilaku aneh atau tak lazim: tindakan seseorang, terutama tindakan konkret yang dilakukan untuk memecahkan masalah, yang tidak diterima oleh norma social atau budaya yang berlaku.
- j. Menarik diri: upaya untuk menghindari berinteraksi dengan orang lain.
- k. Gangguan pikiran (waham): suatu keadaan di mana seseorang memiliki keyakinan yang keliru, kuat, dan konsisten tentang sesuatu yang tidak sesuai dengan kenyataan dan tidak dapat diubah meskipun dibuktikan yang jelas dan logis yang bertentangan dengan keyakinan tersebut.

- l. Halusinasi: suatu kondisi di mana seseorang mengalami distorsi atau persepsi yang salah tentang rangsangan dalam dan luar.
 - m. Kesulitan untuk memproses emosi: keadaan dimana seseorang ketidakmampuan atau kesulitan signifikan dalam mengenali, memproses, dan mengungkapkan emosi.
 - n. Keridakteraturan perilaku: suatu keadaan di mana perilaku atau reaksi seseorang tidak menunjukkan keteraturan, konsistensi, atau kesesuaian yang diharapkan.
 - o. Isolasi social: seseorang menghindari berinteraksi dengan orang lain dan dihindari oleh mereka.
7. Pohon Masalah



Pohon Masalah Ansietas menurut (Princess Wibowo, 2025)

B. Konsep Kecemasan

1. Pengertian

Kecemasan atau dalam Bahasa Inggrisnya “*anxiety*” berasal dari Bahasa Latin “*angustus*” yang berarti kaku, dan “*ango, anci*” yang berarti mencekik. Kecemasan dapat terjadikapan dan dimana saja, biasanya terjadi ketika seseorang sedang dihadapkan pada suatu masalah atau keadaan tertentu. (Jumrotul 'aqobah & Rhamadian, 2022)

Kecemasan menurut Özen G, dalam Jumrotul 'aqobah & Rhamadian, (2022) adalah suatu reaksi yang terjadi saat seseorang mengalami tekanan fisik atau emosional. Ketika kita menjalani kehidupan sehari-hari, rasa cemas kerap menggambarkan keadaan yang dikenal dengan istilah ketakutan, kecemasan, dan kegelisahan.

Kecemasan merupakan keadaan mental seseorang yang dipebuhi dengan emosi takut serta rasa khawatir, dimana kedua perasaan ini berkaitan dengan hal-hal yang masih tidak pasti akan terjadi. Berdasarkan pendapat American Psychological Association (APA), kecemasan juga dapat dipahami ketika seseorang mengalami stress, mereka mengalami emosi seperti ketegangan, pikiran cemas, dan respons fisik seperti detak jantung yang cepat, tekanan darah yang meningkat. (Nisa & Rosyid, 2023)

Kecemasan merupakan suatu reaksi terhadap rangsangan tertentu yang tidak diinginkan oleh setiap orang dimana saja dan kapan saja. Dalam hal ini, ansietas tidak membedakan jenis kelamin, suku, ras, atau usia. Selain itu, menurut bentuk Nursalam (2018) kecemasan

merupakan emosi serta pengalaman pribadi yang sulit diamati secara langsung, tetapi dapat dikenali melalui perubahan perilaku.(Jobber & Sinaga, 2025)

Dapat disimpulkan dari beberapa pengertian diatas bahwa Kecemasan adalah respons emosional terhadap stres, melibatkan perasaan takut, khawatir, dan ketegangan, dengan gejala fisik seperti jantung berdetak kencang. Ini universal, terjadi kapan saja, dan memerlukan pengelolaan untuk mencegah dampak negatif.

2. Tingkat Kecemasan

Menurut Peplau, dalam Nisa & Rosyid, (2023) ada empat tingkat kecemasan: kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, hingga kecemasan panik atau sangat berat.

a. Kecemasan Ringan

Pada kecemasan ringan ini partisipan berkaitan dengan aktivitas sehari-hari. Kecemasan dalam tingkat rendah dapat mendorong proses belajar yang membawa pada kemajuan dan inovasi. Beberapa indikator serta ciri dari kecemasan ringan mencakup peningkatan dalam persepsi dan fokus, kewaspadaan, kesadaran terhadap rangsangan dari dalam dan luar, serta kemampuan untuk menyelesaikan masalah secara efisien diiringi dengan kemampuan belajar yang baik. Perubahan fisik terlihat melalui perasaan gelisah, kesulitan dalam mendapatkan tidur, sensitivitas yang berlebihan terhadap suara, serta tanda vital dan pupil yang berada dalam

kondisi normal.

b. Kecemasan Sedang

Karena kecemasan, seseorang dapat fokus pada hal-hal penting dan mengakibatkan hal lain. Akibatnya, mereka bertindak lebih teratur meskipun menunjukkan perhatian selektif. Respon fisiologis ini sering kali termasuk sesak napas, tekanan darah tinggi, detak jantung, mulut kering, kegelisahan, dan sembelit. Sementara itu, respons kognitif mencakup bidang persepsi yang sempit, ketidakmampuan untuk memproses rangsangan dari luar, dan fokus sepenuhnya pada objek yang dia perhatikan.

c. Kecemasan Berat

Pesepsi seseorang sangat dipengaruhi oleh kecemasan parah, individu tersebut lebih cenderung berkonsentrasi pada detail kecil dan spesifik dan tidak mampu memikirkan hal lain. Setiap tindakannya dirancang untuk menurunkan ketegangan. Gangguan persepsi yang parah, fokus pada detail kecil, batas perhatian yang sangat kecil, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi atau memecahkan masalah, dan ketidakmampuan untuk belajar dengan baik adalah tanda dan gejala kecemasan yang parah. Pada tingkat ini, orang dapat mengalami sakit kepala, pusing mual, gemetar, insomnia, detak jantung yang berdebar-debar, takikardi, hiperventilasi, buang air kecil dan buang air besar yang sering, dan diare. Mereka mengalami ketakutan emosional dan mencurahkan

seluruh perhatian mereka pada diri mereka sendiri.

d. Kecemasan Sangat Berat atau Panik

Pada tahap paling akhir, yakni tingkat kecemasan panik atau sangat berat, kecemasan ini menyebabkan perasaan terkejut, takut, dan ketakutan yang sangat besar orang yang mengalami serangan panik mengalami peningkatan aktivitas motorik, kehilangan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan kehilangan kendali. Mereka menjadi sangat cemas sehingga mereka tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari mereka. Kecemasan ini dapat menyebabkan kelelahan parah dan bahkan kematian jika berlangsung lama. Ketidakmampuan untuk berkonsentrasi adalah salah satu gejala serangan panik.

3. Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan Gejala kecemasan menurut (Salsa et al., 2025) secara umum dapat dibedakan menjadi dua hal, yaitu fisik dan psikis

a. Gejala Fisik

Ada sejumlah tanda-tanda kecemasan yang dapat dilihat dari fisik, seperti kegelisahan, rasa nyeri otot, kedutan di area mata, wajah tampak tegang, keringat berlebihan, mulut terasa kering, frekuensi buang air kecil yang meningkat, kesulitan, dalam mempertahankan focus, tangan yang sering berkeringat, masalah pada perut, jantung yang berdebar kencang, serta sensasi tertekan di tenggorokan.

b. Gejala Psikis

- 1) Ketakutan
- 2) Pikiran Kacau
- 3) Merasa Malang.
- 4) Berperilaku Menghindar

4. Factor-Faktor Penyebab Kecemasan

Terdapat beberapa faktor menurut Aditia et al., (2024) yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan pada seseorang yaitu;

a. Faktor Usia

Usia yang dimiliki seseorang diharapkan seiring dengan itu, juga akan memperbaiki tingkat kedewasaannya, meskipun ini tidak selalu benar. Sebab, usia tidak selalu menunjukkan seberapa matang seseorang dalam menghadapi tekanan

b. Faktor Pendidikan

Latar belakang Pendidikan mempengaruhi kemampuan pola pikir seseorang. Individu dengan tingkat Pendidikan rendah sangat rentan mengalami kecemasan, sementara mereka yang berpendidikan tinggi memiliki mekanisme pertahanan terhadap stressor.

c. Faktor Lingkungan

Lingkungan yang positif mampu membentuk cara berfikir kita saat menghadapi suatu keadaan, dan semakin baik keteraturan yang

dimiliki seseorang, ia akan menilai persoalan secara positif sehingga masalah tersebut dapat diselesaikan.

d. Faktor Pengetahuan

Rasa cemas timbul akibat ketidaktahuan, sedangkan pengetahuan yang memadai yang dimiliki seseorang dapat dimanfaatkan untuk kecemasan tersebut.

C. Konsep Terapi Melukis

1. Pengertian

Terapi melukis (*Art Therapy*) adalah salah satu intervensi psikoterapi yang menggunakan media seni, atau bahan seni, sebagai cara berkomunikasi. Penggunaan aktivitas menggambar atau melukis sebagai bentuk terapi didasarkan pada gagasan bahwa gambar adalah cara komunikasi yang jarang melakukan resistensi, bahkan memberikan cara untuk mengekspresikan pikiran seseorang dan perasaan. (Yonas Junianda et al., 2025)

Menurut Hidayat, (2009), melukis salah satu metode untuk melepaskan jenis kecemasan dan stress yang ada di dalam diri seseorang. Untuk melepaskan ekspresi diri, pelukis menggunakan fungsi mata dan kinestesis, atau kreatif menggunakan imajinasi atau khayalan dapat membantu. Ketika khayalan diungkapkan melakukan aktivitas seperti melukis, menulis, bernyanyi, atau menggambar melepaskan endorfin dan zat kimia saraf, yang memungkinkan kita untuk mengalami tingkat konsentrasi penuh yang sebanding dengan meditasi. (Munir, 2023)

Melalui ekspresi jiwa yang sesuai dengan minat subjek, lukisan memiliki kemungkinan lebih besar untuk diterima daripada penggunaan modalitas lain. Hal ini sejalan dengan pendapat Riley dalam Wallin & Durr (2002) bahwa metode harus sesuai dan diterima oleh pasien agar intervensi atau terapi berhasil. Menggambar bahkan lebih mudah daripada komunikasi verbal untuk menyampaikan pikiran dan perasaan individu dengan aman..(Nur Shokhiyah S.Ag., M.Si., 2025)

Dapat disimpulkan bahwa Terapi Melukis adalah intervensi psikoterapi non-verbal yang efektif, memanfaatkan ekspresi kreatif untuk melepaskan stres dan kecemasan, didukung oleh pelepasan endorfin, dan memberikan cara komunikasi yang alami dan mudah diterima untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan.

2. Manfaat Terapi Melukis

Menurut Hendrawati et al., (2025) terapi melukis mempunyai beberapa manfaat diantaranya adalah:

- a. Mendapatkan informasi yang lebih berharga karena menghasilkan karya seni yang dapat digunakan sebagai dasar penilaian konseling.
- b. Sebagai cara untuk melepaskan emosi, berguna untuk melepaskan pengalaman yang menyakitkan dan mengganggu.
- c. Berguna untuk mengurangi tingkat stress dan meningkatkan respons fisiologis melalui perubahan suasana hati.
- d. Berguna untuk meningkatkan pemahaman tentang kepelikan suatu hubungan.

3. Prosedur Terapi Melukis

a. Persiapan

- 1) Persiapkan alat seperti, canvas, kuas, cat akrilik dan palet.
- 2) Kontrak waktu dengan pasien dan persiapkan tempat

b. Prosedur Pelaksanaan

- 1) Mengucapkan salam
- 2) Menanyakan perasaan klien hari ini
- 3) Menjelaskan tujuan kegiatan
- 4) Menjelaskan aturan pelaksanaan
 - a) Klien harus mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
 - b) Bila ingin keluar harus meminta izin
 - c) Lama kegiatan 20 menit
- 5) Menjelaskan tujuan yang akan dilakukan yaitu melukis dan menjelaskan tentang hasil yang dilukis
- 6) Membagikan kanvas, kuas, dan cat akrilik kepada klien
- 7) Menjelaskan tema lukisan yaitu melukis sesuatu yang disukai atau perasaan saat ini
- 8) Setelah selesai melukis, terapis meminta klien untuk menjelaskan lukisan apa dan makna lukisan yang telah dibuat
- 9) Terapis memberikan pujian kepada klien setelah selesai menjelaskan isi lukisan

4. Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan kepada klien setelah melakukan Tindakan, terapis memberikan pujian kepada klien.
- 2) Rencana tindak lanjut; terapis menuliskan kegiatan melukis pada Tindakan harian klien
- 3) Kontrak waktu yang akan datang
- 4) Menyepakati Tindakan terapi melukis yang akan datang
- 5) Menyepakati waktu dan tempat
- 6) Berpamitan dan mengucapkan salam

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Proses keperawatan sistematis dimulai dengan penilaian, yang mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk menilai status kesehatan pasien. Pengamatan langsung pasien atau anggota keluarganya digunakan untuk menilai pasien skizofrenia. Berikut adalah komponen-komponen utama dari penilaian tersebut:

a. Identitas pasien

Dalam identitas pasien itu meliputi nama pasien, jenis kelamin, Pendidikan, status perkawinan, agama, tanggal masuk rumah sakit jiwa, informan, tanggal pengkajian, nomor telepon rumah dan alamat pasien.

b. Keluhan utama

Gejala utama yang menyebabkan seseorang pasien dirawat di rumah sakit biasanya berupa penurunan motivasi dan ketidakpedulian emosional.

c. Factor predisposisi

Tanyakan kepada pasien dan anggota keluarganya apakah mereka pernah mengalami atau melakukan kekerasan fisik atau seksual, penolakan sosial, kekerasan dalam rumah tangga, atau tindak pidana. Tanyakan juga apakah mereka memiliki riwayat gangguan jiwa atau hasil pengobatan sebelumnya.

d. Pemeriksaan fisik

Hasil pengukuran tanda-tanda vital (Tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan, tinggi badan, berat badan) dan keluhan fisik yang dirasakan pasien.

e. Aspek psikososial

1) Genogram

Salah satu anggota keluarganya klien biasanya mengalami gangguan Kesehatan mental, yang menyebabkan kesulitan dalam komunikasi, proses pengambilan keputusan, dan gaya pengasuhan. Genogram biasanya terdiri dari tiga generasi sebelumnya.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Berisi klien membahas bagian tubuhnya yang disukai dan tidak disukai dalam sesi ini. Klien biasanya mengalami perasaan tertutup, pasrah dan kecewa.

b) Identitas diri

Dalam bagian ini, status atau tempat klien sebelum dirawat di rumah sakit biasanya dibahas, seperti di sekolahan, tempat kerja, atau dalam kelompok. Tingkat kepuasan klien dengan identitasnya sebagai pria atau wanita.

c) Peran diri

Ini biasanya mencakup harapan klien tentang penyakitnya, harapan mereka tentang lingkungannya (keluarga, sekolah, tempat kerja, dan masyarakat), dan harapan mereka tentang tubuh, posisi, status, dan tugas atau peran mereka.

d) Ideal diri

Ini biasanya melibatkan citra diri yang negative. Ini biasanya berkaitan dengan cara klien melihat diri sendiri dan orang lain dalam kaitannya dengan citra diri, identitas diri, peran diri, dan cita-cita mereka. Ini juga melibatkan cara orang lain menilai dan mengapresiasi klien.

e) Harga diri

Hal ini berkaitan dengan cara klien memandang diri sendiri dan orang lain berdasarkan citra diri, identitas diri, peran diri, dan aspirasi diri. Pandangan ini juga berkaitan dengan cara orang lain melihat, dan menilai mereka, serta kehidupan mereka. Klien mengalami ketidakpercayaan diri.

f. Ststus mental

1) Penampilan

Klien biasanya tampak berantakan, berpakaian berbeda dari biasanya, dan mengenakan pakaian yang tidak pantas.

2) Cara bicara/ pembicaraan

Klien yang mengalami halusinasi sering berbicara dengan nada gugup, tidak jelas, apatis, lambat, atau diam, dan mereka juga tidak mampu memulai percakapan.

3) Aktivitas motorik

Klien biasanya tampak lesu, tegang, gelisah, menarik diri, dan mungkin menunjukkan gejala gemetar.

4) Alam perasaan

Klien biasanya tampak sedih, takut, putus asa, cemas, atau terlalu gembira.

5) Afek

Klien biasanya menunjukkan ekspresi datar, tumpul, tidak stabil, berlebihan, atau terlalu gembira.

6) Interaksi selama wawancara

Klien biasanya tidak kooperatif, bermusuhan, mudah putus asa, jarang melakukan kontak mata, dan terus-menerus curiga selama wawancara.

7) Proses berfikir

Gangguan proses berfikir jarang ditemukan

8) Kesadaran

Kesadaran berubah. Kemampuan untuk menghubungkan dan menetapkan Batasan dengan dunia luar dan dengan diri sendiri terganggu sehingga seseorang kehilangan kontak dengan kenyataan.

9) Memori

Tidak ada gangguan khusus yang ditemukan, orientasi terhadap tempat, waktu, dan individu tetap tidak berubah.

10) Kemampuan penilaian

Sering kali memberikan alasan yang tidak jelas atau tidak tepat, dan tidak mampu mengambil keputusan atau bertindak secara tepat dalam situasi tertentu.

g. Kebutuhan sehari-hari

Pada awalnya, penderita kurang memperlihatkan dirinya dan keluarganya, dan dia semakin mundur dalam pekerjaan karena kehilangan kepercayaan diri. Memiliki keinginan yang sangat

rendah untuk memenuhi kebutuhannya sendiri, termasuk makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian dan istirahat tidur.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan sebagai pernyataan yang jelas, ringkas, dan pasti tentang masalah dan kondisi kesehatan klien yang dapat ditangani melalui intervensi keperawatan. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan masalah yang diidentifikasi oleh klien. Diagnosis keperawatan memberikan gambaran umum tentang kondisi medis klien (SDKI 2017). (Sari Octarina Piko et al., 2024)

Diagnose keperawatan yang dapat muncul menurut (Mashudi & Kes, 2021) pada pasien skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. Ansietas
- b. Harga diri rendah
- c. Isolasi social
- d. Deficit perawatan diri
- e. Waham
- f. Gangguan persepsi sensori
- g. Resiko perilaku kekerasan
- h. Koping Tidak Efektif

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Skizofrenia

Sumber : (Tim Pokja DPP PPNI, 2019)

Diagnose Keperawatan (SDKI)	Luaran dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
a. D.0080 Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri	L. 09093 Tingkat Ansietas Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1) Perilaku gelisah menurun 2) Perilaku tegang menurun 3) Pucat menurun 4) Konsentrasi membaik	I.09314 Reduksi Ansietas Observasi 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah(mis, kondisi, waktu, stressor) 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, dengan melakukan terapi melukis (Mashudi & Kes, 2021) 3) Pahami situasi yang membuat ansietas 4) Dengarkan dengan penuh perhatian 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

-
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
 - 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
 - 8) Diskusikan perencanaan realitis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih teknik relaksasi

b. D.0087 Harga Diri Rendah Situasional berhubungan dengan Riwayat Penolakan	L.09069 Harga Diri Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil: 1) Perilaku diri positif meningkat 2) Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3) Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 4) Minat mencoba hal baru meningkat	Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu I.12463 Manajemen Perilaku Observasi 1) Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik 1) Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2) Jadwalkan kegiatan terstruktur 3) Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsistensi setiap dinas 4) Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 5) Batasi jumlah pengunjung 6) Bicara dengan nada rendah dan tenang 7) Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi 8) Cegah perilaku pasif dan agresif 9) Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku
--	--	--

		10) Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi 11) Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 12) Hindari sikap mengancam dan berdebat 13) Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan.
		Edukasi 1) Informasikan keluarga bahwa keluarga Sebagian dasar pembentukan kognitif
c. D.0121 Isolasi Sosial berhubungan dengan Ketidakmampuan Menjalin Hubungan Yang Memuaskan	L.13115 Keterlibatan Sosial Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keterlibatan social meningkat dengan kriteria hasil: 1) Minat interaksi meningkat 2) Verbalisasi tujuan yang jelas meningkat 3) Minat terhadap aktivitas meningkat 4) Verbalisasi isolasi menurun 5) Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun	I.13498 Promosi Sosialisasi Observasi 1) Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2) Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Terapeutik 1) Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2) Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 3) Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok

-
- 4) Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis, jalan-jalan, ke toko buku)
 - 5) Diskusiakan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain
 - 6) Diskusiakan perencanaan kegiatan di masa depan
 - 7) Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri
 - 8) Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan

Edukasi

- 1) Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
- 2) Anjurkan ikut serta kegiatan social dan kemasyarakatan
- 3) Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain
- 4) Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain.
- 5) Anjurkan penggunaan alat bantu (mis, kacamata dan alat bantudengar)

		6) Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan husus 7) Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 8) Latih mengekspresikan marah dengan tepat
d. D.0109 Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan psikologis atau psikotik	L.11103 Perawatan Diri Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan makan meningkat 4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat	I.11348 Dukungan Perawatan Diri Observasi 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi) 2) Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3) Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

		4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. 6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri
		Edukasi
		1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
e. D.0105 Waham	L.09090 Status Orientasi	I.09295 Manajemen Waham
Berhubungan dengan factor biologis: kelaianan genetic/ keturunan, kelainan neurologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status orientasi membaik dengan kriteria hasil:	Observasi
	1) Produktivitas meningkat 2) Verbalisasi waham menurun 3) Perilaku waham menurun 4) Khawatir menurun	1) Monitor waham yang isinya membahayakan diri sendiri, orang lain dan ingkungan 2) Monitor efek terapeutik dan efek samping obat
		Terapeutik
		1) Bina hubungan interpersonal saling percaya 2) Tunjukkan sikap tidak menghakimi secara konsisten

-
- 3) Diskusikan waham dengan berfokus pada perasaan yang mendasari waham
 - 4) Hindari perdebatan tentang keyakinan yang keliru, nyatakan keraguan sesuai fakta
 - 5) Hindari memeperkuat gagasan waham
 - 6) Sediakan lingkungan aman dan nyaman
 - 7) Berikan aktivitas rekreasi dan pengalihan sesuai kebutuhan
 - 8) Lakukan intervensi pengontrolan perilaku waham (mis mis, limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, atau seklusi)

Edukasi

- 1) Anjurkan mengungkapkan dan memvalidasi waham
- 2) Anjurkan melakukan rutinitas harian secara konsisten
- 3) Latih manajemen stress
- 4) Jelaskan tentang waham serta penyakit terkait (mis, delirium, skizofrenia, atau depresi) cara mengatasi dan obat yang diberikan

			Kolaborasi
			1) Kolaborasi pemberian obat, sesuai indikasi
f. D.0085 Gangguan Persepsi Sensori berhubungan dengan Gangguan Penglihatan, Gangguan Pendengaran	L.13124 Persepsi Sensori	I.09288 Manajemen Halusinasi	
	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan persepsi memori membaik dengan kriteria hasil:	Observasi	
	1) Verbalisasi mendengar bisikan meningkat	1) Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi	
	2) Verbalisasi melihat bayangan meningkat	2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan	
	3) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan meningkat	3) Monitor isi halusinasi (mis, kekerasan atau membahayakan diri)	
	4) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman	Terapeutik	
		1) Pertahankan lingkungan yang aman	
		2) Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis, <i>limit setting</i> , pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)	
		3) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi	
		4) Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi	

g. D.0146 Resiko Perilaku Kekerasan berhubungan dengan Halusinasi	L.09076 Kontrol Diri Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan control diri meningkat dengan kriteria hasil: 1) Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2) Verbalisasi umpatan menurun 3) Perilaku menyerang menurun	Edukasi 1) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3) Anjurkan melakukan distraksi (mis, mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi) 4) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu I.14544 Pencegahan Perilaku Kekerasan Observasi 1) Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis, benda tajam, tali) 2) Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3) Monitor sesama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis, pisau cukur)
---	--	--

	4) Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun	Terapeutik 1) Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2) Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi 1) Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2) Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3) Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis, relaksasi, bercerita)
h. D.0096 Koping Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakpercayaan Terhadap Kemampuan Diri Mengatasi Masalah	L.08086 Status Koping Meningkat Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status koping meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan memahami peran seusia meningkat 2) Perilaku koping adaptif meningkat 3) Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat 4) Perilaku asertif meningkat	I.09312 Promosi Koping Observasi 1) Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan 2) Identifikasi kemampuan yang dimiliki 3) Identifikasi metode penyelesaian Terapeutik 1) Diskusikan perubahan peran yang dialami 2) Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri

-
- | | |
|---|---|
| 5) Kemampuan membina hubungan meningkat | 3) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
4) Motivasi untuk menentukan harapan yang realitis
5) Motivasi terlibat dalam kegiatan social
6) Motivasi mengidentifikasi system pendukung yang tersedia
7) Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman yang sama |
|---|---|

Edukasi

- 1) Latih penggunaan Teknik relaksasi
- 2) Latih ketrampilan social, sesuai kebutuhan
- 3) Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
- 4) Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama

4. Implementasi Keperawatan

Rencana keperawatan yang sudah ditetapkan harus diterapkan pada tahap implementasi untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pengumpulan data terus menerus dan pengawasan respons pasien baik sebelum maupun sesudah tindakan dilakukan adalah tindakan yang dilakukan selama tahap implementasi.(Ikbal Kanebi et al., 2024)

Rencana asuhan keperawatan mencakup serangkaian tindakan yang diberikan oleh perawat dan tenaga kesehatan lainnya untuk mendukung pemulihan dan perawatan klien serta menangani kesehatan mereka.(Berliana, 2025)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi proses membandingkan hasil implementasi dengan standar dan kriteria untuk menentukan keberhasilan. Jika hasil evaluasi menunjukkan bahwa rencana keperawatan tidak berhasil atau berhasil Sebagian, rencana keperawatan baru harus dibuat.(Ikbal Kanebi et al., 2024)

Setiap diagnosis keperawatan adalah subjek evaluasi yang dicatat dan disesuaikan. Dua tingkat evaluasi keperawatan adalah evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi sumatif menilai respons pasien (jangka Panjang) terhadap tujuan, atau seberapa baik kemajuan pasien dalam mencapai target atau hasil yang diinginkan. Evaluasi respons, atau evaluasi formatif, dilakukan setelah intervensi keperawatan dimulai. Metode evaluasinya adalah SOAP.(Berliana, 2025)

S: Subjective, yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien.

O: Objective, yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga.

A: Analisis, yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif.

P: Planning, yaitu rencana tindakan yang akan di lakukan berdasarkan analisis.

E. Metodologi Penelitian

1. Jenis, rencana penelitian, dan pendekatan

Metode ini menggunakan data deskriptif dibuat dan dikelola melalui metode penelitian kualitatif ini, yang menggunakan triangulasi, wawancara mendalam, analisis dokumen, dan observasi partisipatif. Metode berinteraksi dengan orang sekitar yang berujung mengarahkan pada pembentukan konsep, spekulasi, saling berbagi pemahaman budaya, perilaku atau kebiasaan dan budaya dalam kegiatan sehari-hari. Suatu fenomena yang bisa diteliti dengan menggunakan metode kualitatif. (Kamariyah & Yuliana, 2021)

Dengan menggunakan desain penelitian studi kasus, seperti yang dinyatakan oleh Kamariyah & Yuliana, (2021), studi kasus adalah jenis penelitian yang melibatkan mempelajari secara menyeluruh subjek penelitian (seperti pasien, keluarga, kelompok, masyarakat, atau lembaga) untuk memberikan gambaran yang jelas. Pengumpulan datanya di peroleh dari wawancara, observasi, dan dokumentasi. Studi kasus adalah pendekatan kualitatif yang mengkaji suatu fenomena tertentu yang terjadi pada waktu tertentu di dalam suatu system, meskipun jarak antara fenomena dan system masih tidak jelas. Studi kasus adalah jenis penelitian yang memperlajari kasus terbaru dan

paling baru. Pendekatan kasus tunggal menganggap kasus tersebut unik, sedangkan pendekatan kasus multiplé menganggap kasus tersebut berbeda satu sama lain. (Kamariyah & Yuliana, 2021)

2. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah pasien gangguan jiwa skizofrenia yang mengalami kecemasan di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta.

3. Waktu dan tempat

Waktu dan tempat dilaksanakan pada bulan Januari 2026 di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Dr. Arif Zainudin Surakarta dengan berfokus pada satu pasien yang mengalami skizofrenia, dilaksanakan selama 4 x 24 jam, satu kali pertemuan 20 menit.

4. Focus Studi

Penelitian ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami skizofrenia, dengan melakukan Tindakan keperawatan terapi melukis agar dapat mengurangi kecemasan pada pasien skizofrenia.

5. Instrument Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan format yang menguraikan Langkah-langkah dalam asuhan keperawatan Kesehatan jiwa, mulai dari penilaian hingga evaluasi. Riwayat medis, pemeriksaan fisik, pengamatan, dan peninjauan dokumentasi adalah metode pengumpulan data. Teknik Analisa menggunakan transkrip wawancara. Peneliti meminta pasien untuk melakukan terapi melukis Ketika pasien sendirian atau ketika ada waktu luang.

HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*), suatu skala yang digunakan untuk mengukur kecemasan pasien, didasarkan pada gejala yang ditunjukkan oleh orang yang mengalami kecemasan.

6. Metode Pengumpulan Data

a. Data primer

Data primer adalah data yang didapatkan langsung dari pasien seperti:

1) Wawancara

Wawancara sering digunakan dalam penelitian kualitatif, terutama ketika mereka membutuhkan data yang lebih subjektif dan terperinci. metode pengumpulan data yang melibatkan interaksi langsung antara peneliti dan responden memungkinkan peneliti untuk memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang perspektif, pengalaman, perasaan, atau pendapat responden tentang subjek yang diteliti. (Romdona et al., 2024)

- a) Keluhan atau masalah utama
- b) Status Kesehatan fisik dan mental
- c) Riwayat pribadi dan keluarga
- d) System dukungan dalam keluarga, kelompok social, atau komunitas
- e) Kegiatan sehari-hari
- f) Kebiasaan dan keyakinan kesehatan
- g) Pemakaian obat yang diresepkan
- h) Keyakinan dan nilai spiritual

2) Observasi

Observasi adalah tindakan pengamatan atau melihat sesuatu. Secara spesifik, observasi adalah kegiatan memeriksa secara langsung suatu objek untuk mengumpulkan data dan informasi tentangnya. Cara melakukan pengamatan adalah dengan mengamati dan mencatat detail-detail objek yang sedang diteliti. (Sikumbang et al., 2024)

- a) Mengamati respon pasien setelah diberikan terapi melukis
- b) Mengamati perilaku pasien selama terapi melukis
- c) Mengamati respon selama terapi dilakukan
- d) Mengamati cara pasien melakukan terapi melukis apakah sudah benar atau belum
- e) Mengamati respon pasien setelah diberikan terapi

b. Data sekunder

Data yang diperoleh dari sumber yang tidak langsung, data sekunder berupa rekam medis pasien di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta.

7. Analisa Data

Analisa data adalah tahap dalam proses penelitian setelah mengumpulkan semua informasi yang diperlukan untuk menjawab masalah penelitian. Keakuratan dan penggunaan alat analisis yang tetap sangat mempengaruhi keakuratan kesimpulan yang ditarik. Oleh karena itu, analisa data tidak boleh diabaikan selama proses penelitian. (Syaeful Millah et al., 2023).

Analisis Kualitatif adalah suatu pendekatan fundamental dalam penelitian yang berfokus pada pemahaman mendalam (*depth of understanding*) terhadap makna, pengalaman, persepsi, dan deskripsi dari suatu fenomena sosial, perilaku, atau budaya. Analisis ini merupakan proses yang non-numerik dan interpretif, di mana peneliti bekerja dengan data yang kaya konteks seperti transkrip wawancara, catatan lapangan observasi, dokumen, atau narasi. (Syaeful Millah et al., 2023)

8. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan hal yang wajib dilakukan oleh peneliti untuk melindungi hak-hak calon responden yang akan menjadi bagian dari penelitian. Menurut (Jasmin et al., 2023) ada 5 jenis etika penelitian antara lain.

a. *Informed Consent* (lembar persetujuan)

Mengajukan kesepakatan kepada subjek sebagai bentuk persetujuan secara sukarela yang akan diikutsertakan tanpa adanya paksaan. Responden berhak menolak untuk ikut dalam penelitian. Peneliti menjelaskan prosedur, tujuan, serta manfaat.

b. *Anonymity* (tanpa nama)

Memiliki arti yaitu menjaga identitas responden dengan cara memberikan kode yang tidak ada hubungannya dengan identitas pribadi responden

c. *Confidentially* (kerahasiaan)

Identitas dan data pribadi subyek akan dijaga kerahasiannya dan pemaparan data hasil penelitian ditampilkan terbatas hanya digunakan untuk keperluan akademik.

d. *Non-Maleficence* (Tidak Merugikan)

Kewajiban etis bagi peneliti untuk mencegah, meminimalkan, dan menghindari segala bentuk bahaya, risiko, atau kerugian yang tidak perlu terhadap subjek penelitian.

e. Integritas Akademik (Kejujuran, Transparansi, dan Objektivitas)

Tidak boleh ada tindakan *Fabrikasi* (mengarang data) atau *Falsifikasi* (memanipulasi data yang sudah ada, misalnya menghapus *outlier* (yang tidak sesuai hipotesis) untuk mencapai hasil yang diinginkan.