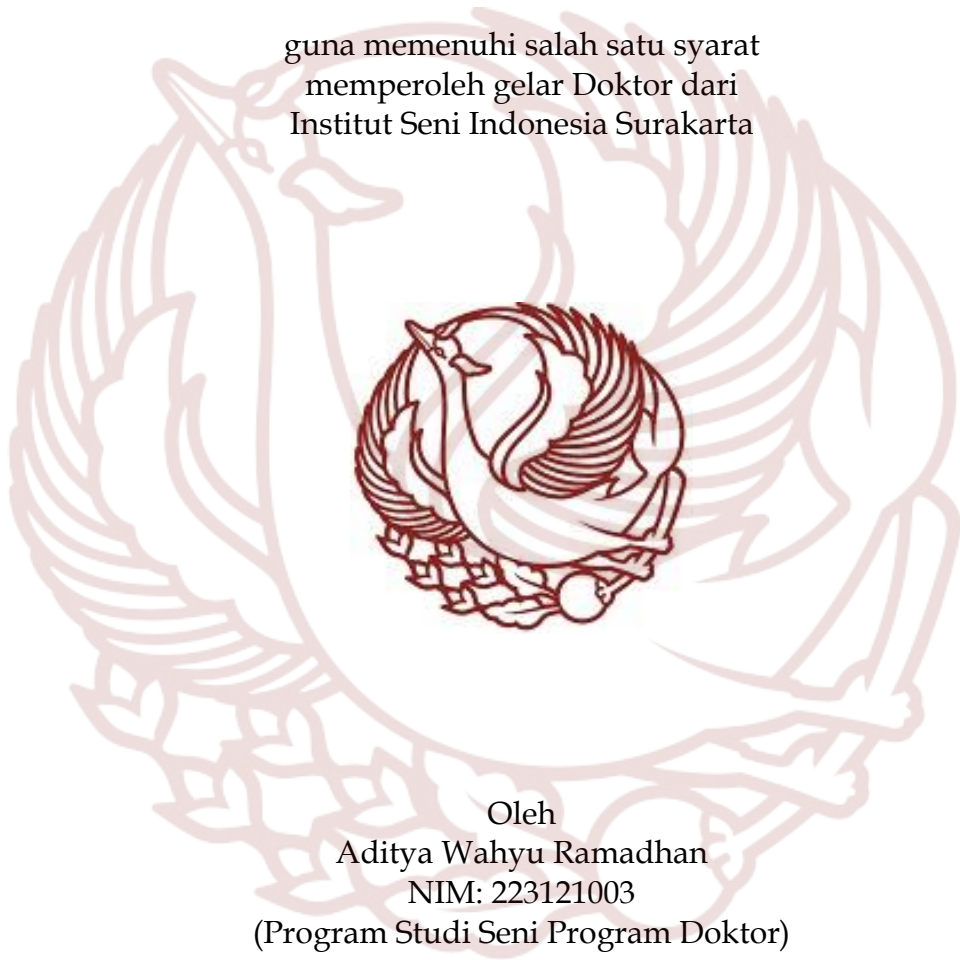


TERAPI IMAJINASI ORANG-ORANG PILIHAN

DISERTASI KARYA SENI

guna memenuhi salah satu syarat
memperoleh gelar Doktor dari
Institut Seni Indonesia Surakarta



Oleh
Aditya Wahyu Ramadhan
NIM: 223121003
(Program Studi Seni Program Doktor)

PASCASARJANA
INSTITUT SENI INDONESIA SURAKARTA
2025

TERAPI IMAJINASI ORANG-ORANG PILIHAN

DISERTASI KARYA SENI

guna memenuhi salah satu syarat
memperoleh gelar Doktor dari
Institut Seni Indonesia Surakarta



Oleh
Aditya Wahyu Ramadhan
NIM: 223121003
(Program Studi Seni Program Doktor)

PASCASARJANA
INSTITUT SENI INDONESIA SURAKARTA
2025



Dipersembahkan kepada istri dan anak-anak tercinta, berikut kedua orang tua kami masing-masing yang memberikan rute-rute yang bermakna.

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa disertasi karya seni dengan judul “Terapi Imajinasi Orang-Orang Pilihan” ini, beserta seluruh isinya, adalah benar-benar karya saya sendiri. Saya tidak melakukan plagiasi atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan kaidah dan etika keilmuan yang berlaku. Apabila di kemudian hari ditemukan dan terbukti ada plagiasi dan pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam tesis karya seni ini, atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini, maka saya siap menanggung risiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya.

Surakarta, 23 Agustus 2025
Yang membuat pernyataan



Aditya Wahyu Ramadhan
NIM 223121003

PERSETUJUAN

DISERTASI KARYA SENI

TERAPI IMAJINASI ORANG-ORANG PILIHAN

sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar Doktor
pada Program Studi Seni Program Doktor
Pascasarjana Institut Seni Indonesia Surakarta

Oleh :

Aditya Wahyu Ramadhan

NIM: 223121003

Surakarta, 23 Agustus 2025

Menyetujui,

Promotor

Ko Promotor



Dr. Dr. Eko Supriyanto, S.Sn., M.F.A.
NIP. 197011262000121001



Dr. Handriyotopo, S.Sn., M.Sn.
NIP. 197112282001121001

Mengetahui,

Koordinator Program Studi Program Doktor



Dr. Zulkarnain Mistortoify, M.Hum.
NIP. 196610111999031001

PENGESAHAN

DISERTASI KARYA SENI TERAPI IMAJINASI ORANG-ORANG PILIHAN

Dipersiapkan dan disusun oleh
Aditya Wahyu Ramadhan
NIM: 223121003
(Program Studi Seni Program Doktor)

Telah dipertahankan dalam Ujian Kelayakan Disertasi
Program Studi Seni Program Doktor
Pascasarjana Institut Seni Indonesia Surakarta
pada tanggal 4 September 2025

Susunan Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji



Prof. Dr. Dra. Sunarmi, M. Hum.
NIP. 196703051998032001

Sekretaris



Dr. Zulkarnain Mistortofy, M.Hum.
NIP. 196610111999031001

Promotor



Dr. Dr. Eko Supriyanto, S.Sn., M.F.A.
NIP. 197011262000121001

Ko Promotor



Dr. Handriyotopo, S.Sn., M.Sn.
NIP. 197112282001121001

Penguji



Prof. Dr. Drs. RM. Pramutomo, M.Hum.
NIP. 196810121995021001

Penguji



Dr. dr. A. Herdaetha/Sp.KJ, M.H.
NIP. 197809102008012012

Penguji



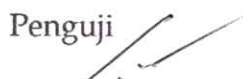
Prof. Dra. Kwartarini Wahyu Yuniarti
Med.Sc.Ph.D. Psikolog
NIP. 1963062989032001

Penguji



Prof. Dr. Sri Rochana W., S. Kar.,
M.Hum.
NIP. 195704111981032002

Penguji



Prof. Sardono W. Kusumo

PENGESAHAN

TERAPI IMAJINASI ORANG-ORANG PILIHAN

Telah dipertahankan dalam Ujian Kelayakan Disertasi
Program Studi Seni Program Doktor
Pascasarjana Institut Seni Indonesia Surakarta
pada tanggal 4 September 2025

Pascasarjana
Institut Seni Indonesia Surakarta
Direktur



Prof. Dr. Dra. Sunarmi, M. Hum.
NIP. 196703051998032001

ABSTRAK

“TERAPI IMAJINASI ORANG-ORANG PILIHAN”

Oleh

Aditya Wahyu Ramadhan

NIM 223121003

(Program Studi Seni Program Doktor)

Disertasi karya seni ini menguraikan tentang terapi imajinasi sebagai suatu metode penciptaan yang spesifik oleh pengkarya dengan konsep hiperrealitas dalam menciptakan terapi seni atau tepatnya terapi visual bagi sepuluh orang klien skizofrenia, yang dalam hal ini disebut orang-orang pilihan atau klien, dalam mengaktifkan kembali kemampuan kognitif, meminimalisir delusi dan halusinasi. Hiperrealitas di sini diambil dari seluruh data yang diimajinasikan. Dapat dikatakan bahwa pemanfaatan dokumen dan arsip mereka merupakan media utama dari apa yang dekat dengan kehidupan sehari-hari mereka. Baik itu properti yang digunakan, lagu/musik, kebiasaan sehari-hari, dan lain-lain, digunakan sebagai sarana dan bahan dasar utama dalam terapi imajinasi.

Terapi imajinasi diposisikan sebagai suatu metode penciptaan yang diambil dari cerita, keinginan, dan imajinasi klien yang belum terealisasi yang dipadukan dengan visual hiperrealitas. Proses ini didekati dengan persinggungan-persinggungan yang berulang seperti berkolaborasi dalam mewujudkan visual untuk kemudian dicek ulang dan dievaluasi bersama. Visual mana yang tidak disukai dan disukai, dan imajinasi apa saja yang hendak diwujudkan sebagai pengembangan lebih lanjut, dari persinggungan pertama sampai dengan persinggungan kesepuluh yang berlangsung sekitar satu sampai dua jam, sebelum akhirnya dinilai oleh psikiater pada PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*), menilai gejala positif dan negatif klien, dan SWLS (*Satisfaction with Life Scale*) mengukur aspek kognitif dari kesejahteraan subjektif klien.

Hasil penelitian menunjukkan: 1) Terapi imajinasi dalam hal ini dapat disebut sebagai salah satu bentuk pemberian keyakinan untuk memproses apa yang diharapkan oleh setiap klien. 2) Konsep hiperrealitas juga merupakan kerja berkelanjutan dari upaya untuk mengaktifkan kembali kemampuan kognitif dari apa yang dihadapi sehingga keinginan menjadi berdaya dan setara. 3) Akses ini erat kaitannya dengan keyakinan diri dalam mewujudkan keinginan terdalam di hari-harinya klien.

Kata kunci : terapi imajinasi, orang-orang pilihan, konsep hiperrealitas, lab kolaboratif, berdaya dan setara

ABSTRACT

“IMAGINATION THERAPY FOR THE CHOSEN PEOPLE”

By Aditya Wahyu Ramadhan
NIM 223121003
(Doctoral Study Program of Arts)

This artwork dissertation describes imagination therapy as a specific method of creation by the artist with the concept of hyperreality in creating art therapy or precisely visual therapy for ten schizophrenic clients, who in this case are called chosen people or clients, in reactivating cognitive abilities, minimizing delusions and hallucinations. Hyperreality here is taken from all imagined data. It can be said that the use of their documents and archives is the main media of what is close to their daily lives. Be it the properties used, songs/music, daily habits, and others, are used as the main means and basic materials in imagination therapy.

Imagination therapy is positioned as a method of creation taken from unrealized stories, desires, and imaginations of clients combined with hyperreality visuals. This process is approached with repeated meetings such as collaborating in realizing visuals to then be rechecked and evaluated together. Which visuals are disliked and liked, and what imaginations are to be realized as further development, from the first meeting to the tenth meeting which lasts about one to two hours, before finally being assessed by a psychiatrist on the PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), assesses the client's positive and negative symptoms, and SWLS (Satisfaction with Life Scale) measures the cognitive aspects of the client's subjective well-being.

The results of the study showed: 1) Imagination therapy in this case can be called a form of giving confidence to process what is expected by each client. 2) The concept of hyperreality is also a continuous work of efforts to reactivate cognitive abilities from what is faced so that desires become empowered. 3) This access is closely related to self-confidence in realizing the deepest desires in the client's daily life.

Keywords : *imagination therapy, chosen people, hyperreality concept, collaborative lab, empowered and equal*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT/Tuhan YME atas segala rahmat dan karuniaNya atas terselesaikannya Disertasi Karya Seni dengan judul “Terapi Imajinasi Orang-Orang Pilihan”, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan studi di Program Studi Seni Program Doktor Pascasarjana Institut Seni Indonesia Surakarta.

Disertasi karya seni ini menguraikan tentang lab kolaboratif; terapi seni, tepatnya terapi visual dengan metode terapi imajinasi yang berfungsi sebagai upaya alternatif dalam proses penyembuhan skizofrenia, yang tidak lagi bersifat tunggal, tetapi dapat bersifat multifungsi. Terapi imajinasi ini sebagai media atau produk seni alternatif, juga melalui ini dapat menghasilkan laporan penelitian yang terkait dengan perkembangan psikologis pasien. Selain itu, pasien dalam hal ini yang disebut orang-orang pilihan atau klien tidak ditempatkan sebagai objek, tetapi juga diharapkan sebagai subjek, seperti halnya seniman, untuk bertindak, bereaksi, dan aktif dalam menghasilkan data perkembangan yang tersimpan melalui produk tersebut.

Atas selesainya penulisan disertasi karya seni ini, kami sampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada Dr. Dr. Eko Supriyanto, S.Sn., M.F.A, selaku promotor; dan Dr. Handriyotopo, S.Sn., M.Sn., selaku ko promotor, yang telah memberi petunjuk, koreksi, saran hingga terwujudnya disertasi karya seni ini, serta tak lupa kepada Pembimbing Akademis (PA), Prof. Dr. Sri Rochana Widyastutieningrum, S.Kar., M.Hum., kami juga sampaikan terima kasih yang telah membimbing secara akademik selama ini.

Terima kasih dan penghargaan juga disampaikan kepada:

1. Rektor Institut Seni Indonesia (ISI) Surakarta, yang telah memberikan kesempatan kepada pengkarya untuk mengikuti pendidikan Program Studi Seni Program Doktor, Pascasarjana ISI Surakarta.
2. Direktur Pascasarjana ISI Surakarta beserta jajarannya yang telah memberi bantuan dan fasilitas pendidikan kepada pengkarya.
3. Koordinator Program Studi Seni Program Doktor, Pascasarjana ISI Surakarta, yang telah menyediakan fasilitas selama proses pembelajaran berlangsung.
4. Seluruh staf administrasi dan dosen Pascasarjana ISI Surakarta untuk segala alih ilmu dan dedikasi yang diberikan selama perkuliahan.
5. Orang tua Alm. Bapak Sonik Endroyono dan Ibu Rita Turniwati, S.E.
6. Mertua Alm. Bapak Ratmo Pamilih, S.E. dan Ibu Endang Suratiningsih.

7. Istri tercinta dr. Asti Yuniar Dwi Pamilih dan anak tercinta Zehna Assa Hanindhiya.
8. Adik-adik tercinta dan keluarga besar Alm. Bapak Sonik Endroyono dan keluarga besar Alm. Bapak Ratmo Pamilih, S.E.

Semoga Allah memberikan balasan atas segala amal yang diberikan dan semoga disertasi karya seni ini berguna baik bagi kami maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surakarta, 23 Agustus 2025

Aditya Wahyu Ramadhan
NIM 223121003

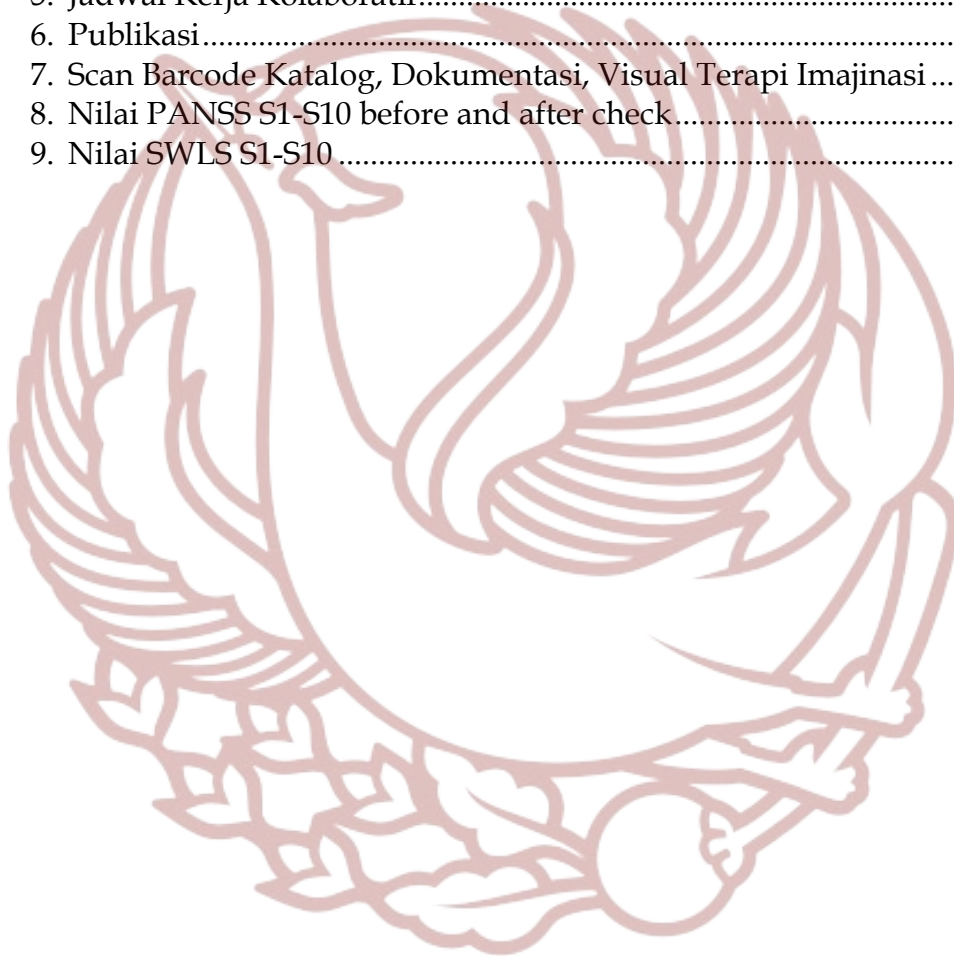


DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	iv
PERSETUJUAN	v
PENGESAHAN	vi
ABSTRAK.....	viii
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR TABEL.....	xix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Objek Penciptaan	25
C. Wujud Penciptaan	33
D. Tujuan dan Manfaat Penciptaan.....	55
1. Tujuan Penciptaan	55
2. Manfaat Penciptaan	56
E. Tinjauan Pustaka.....	57
F. Gagasan Konseptual.....	70
G. Metode Penciptaan	76
1. Penelitian Pendahuluan atau Penelitian Awal	76
2. Menentukan Kriteria Klien.....	80
3. Paparan dan Tindakan.....	83
4. Analisis Perkembangan Psikologis	85
5. Visual Terapi Imajinasi	87
H. Sistematika Penulisan	89
BAB II KONSEP KARYA SENI	90
A. Ciri-ciri atau Sifat Karya Seni dan Makna.....	90
1. Terapi Imajinasi.....	98
a. Objek-objek Keseharian	100
b. Realitas Kebiasaan	109
c. Dokumen dan Arsip	114
2. Konsep Hiperrealitas	121
a. Simulacrum.....	122
b. Simulasi	124
c. Representasi.....	126
d. Citra	128
e. Tanda, Penanda, dan Petanda.....	130
f. Kode.....	133
B. Unsur-unsur Karya Seni	136

BAB III METODE PENCIPTAAN SENI	140
A. Bahan/Materi Penciptaan	140
1. Materi Terapi Imajinasi	142
2. Materi Audiovisual.....	144
3. Materi Klasifikasi Subjek	147
4. Materi Lab Kolaboratif	150
B. Metode Pengolahan Bahan/Materi Penciptaan.....	152
1. Terapi Imajinasi melalui Bahan/Materi: Aktivasi	153
2. Terapi Imajinasi melalui Bahan/Materi: Meminimalisir	155
3. Terapi Imajinasi melalui Bahan/Materi: Menimalisir.....	156
4. Terapi Imajinasi melalui Bahan/Materi: Akses Berdaya.....	157
5. Terapi Imajinasi melalui Bahan/Materi: Akses Setara.....	159
C. Practice-Led Research dalam Terapi Imajinasi	160
D. Dramaturgi, Design thinking, dan Practice-Led Research	166
E. Tantangan, Hambatan, dan Cara Mengatasi	173
BAB IV BENTUK KARYA SENI.....	183
A. Objek Material.....	183
B. Bentuk Visualisasi Karya.....	206
1. Dekonstruksi Trauma.....	210
a. Bahan/Materi Visual, Unsur-unsur, dan Ciri-ciri	215
b. Persepsi Psikologi dalam DKV	221
c. Vokabuler Ungkap dan Properti	229
2. Representasi Berdaya dan Setara melalui Dokumen.....	238
C. Bentuk Presentasi Karya	246
1. Rekonstruksi Paparan dan Tindakan.....	253
2. Representasi Berdaya dan Setara.....	257
3. Copy Paste atau Reenactment Tindakan.....	262
D. Analisis Perkembangan Psikologis Klien dalam Konteks Berdaya	269
1. Subjek 1 (S1)	278
2. Subjek 2 (S2)	281
3. Subjek 3 (S3).....	283
4. Subjek 4 (S4).....	285
5. Subjek 5 (S5).....	287
6. Subjek 6 (S6).....	289
7. Subjek 7 (S7).....	291
8. Subjek 8 (S8).....	293
9. Subjek 9 (S9).....	294
10.Subjek 10 (S10).....	296
BAB V PENUTUP.....	299
A. Kesimpulan.....	299

B. Implikasi dan Rekomendasi.....	304
DAFTAR PUSTAKA	307
DAFTAR NARASUMBER	317
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	321
1. Deskripsi Karya.....	322
2. Deskripsi Presentasi Karya	327
3. Titik Lokasi Tempat Lab Kolaboratif “Terapi Imajinasi”	334
4. Peta Venue Lokasi “Terapi Imajinasi Orang-Orang Pilihan”	336
5. Jadwal Kerja Kolaboratif.....	336
6. Publikasi.....	340
7. Scan Barcode Katalog, Dokumentasi, Visual Terapi Imajinasi	341
8. Nilai PANSS S1-S10 before and after check.....	342
9. Nilai SWLS S1-S10	402



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Salah satu estimasi desain visual “peta jiwa”	36
Gambar 2. Estimasi desain visual lain dalam “peta jiwa”	40
Gambar 3. Estimasi desain visual lainnya dalam “peta jiwa”	43
Gambar 4. Estimasi desain visual sehubungan dengan sensor.....	49
Gambar 5. Estimasi desain visual sehubungan dengan game	52
Gambar 6. “Nungkalik”, karya yang terhubung dengan “peta.....	64
Gambar 7. VR (Virtual Reality) multivisual sebagai tinjauan	66
Gambar 8. Salah satu game warna I Wayan Karja, 2022	68
Gambar 9. Bagan pola terapi imajinasi diterapkan dalam lab	96
Gambar 10. Objek keseharian sering diimpikan oleh setiap kilen.....	100
Gambar 11. Salah satu objek keseharian S7 terhubung dengan.....	103
Gambar 12. Objek keseharian S4 yang terhubung dengan S5.....	105
Gambar 13. Objek keseharian berupa sepatu yang diinginkan	107
Gambar 14. Realitas kebiasaan melukis di kertas yang.....	109
Gambar 15. Realitas kebiasaan bermain game perang.....	111
Gambar 16. Realitas kebiasaan berjualan di warung yang.....	112
Gambar 17. Realitas kebiasaan orang-orang berduit yang.....	113
Gambar 18. Dokumen dan arsip dari S2 terhubung dengan S1.....	114
Gambar 19. Dokumen dan arsip dari S6 terhubung dengan S7.....	116
Gambar 20. Dokumen dan arsip game-game S10 terhubung.....	118
Gambar 21. Dokumen dan arsip hasil mata pelajaran S5	120
Gambar 22. Objek klien S1 yang dilebur dengan imajinasi S2.....	122
Gambar 23. Salah satu simulasi yang dikerjakan pengkarya	124
Gambar 24. Objek sebagai representasi dalam konsep	126
Gambar 25. Imajinasi S10 yang diwujudkan melalui citra visual.....	128
Gambar 26. Salah satu tindakan kolaborator untuk S1, S2,	130
Gambar 27. Salah satu bentuk kode dalam konteks hiperealitas.....	133
Gambar 28. Bagan konsep karya: terapi imajinasi, Juni 2025.....	135
Gambar 29. Bagan terapi imajinasi sebagai ciri/sifat karya	135
Gambar 30. Bagan konsep hiperrealitas sebagai ciri	136

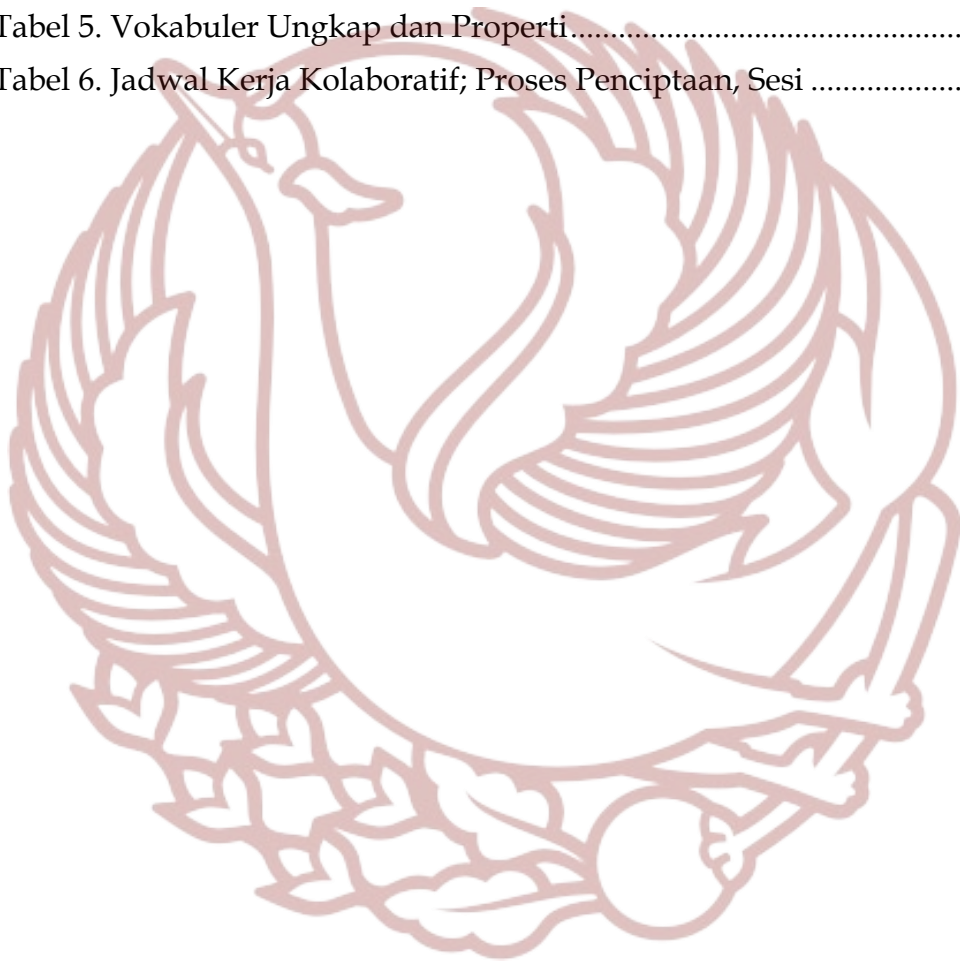
Gambar 31. Salah satu materi terapi imajinasi yang diangkut.....	142
Gambar 32. Salah satu materi terapi dikerjakan dengan	144
Gambar 33. Salah satu materi klasifikasi subjek dalam terapi	147
Gambar 34. Salah satu bagian dari materi lab kolaboratif	150
Gambar 35. Salah satu visual difungsikan aktivasi kemampuan	153
Gambar 36. Visual yang diwujudkan bertolak dari hasil karya	155
Gambar 37. Visual bertolak dari hasrat klien berkomunitas	156
Gambar 38. Objek dalam media sosial diangkut dari kesukaan.....	157
Gambar 39. Visual diimajinasikan oleh klien dalam upaya	159
Gambar 40. Salah satu sesi paparan dan tindakan dengan S4,	160
Gambar 41. Kolaborasi antara S5 dengan pengkarya dalam.....	173
Gambar 42. Chatan antara pengkarya dengan S2, tentang upaya.....	185
Gambar 43. Objek material berupa puisi-puisi yang ditulis oleh.....	186
Gambar 44. Tokoh kesukaan S3 yang dimasukkan ke dalam	187
Gambar 45. Imajinasi berasal dari S4 diupayakan menjadi.....	189
Gambar 46. Hasil kreativitas dikerjakan oleh S3 menjadi bagian.....	190
Gambar 47. Catatan pendek dari S1 dipadukan dengan	191
Gambar 48. Aktivitas bersama antara pengkarya dan tim	193
Gambar 49. Chatan untuk mengonfirmasi ulang hasil visual,.....	194
Gambar 50. Hasil AI dari pose S1 dengan hiperrealitas.....	196
Gambar 51. Foto S2 dan S3 menonton visual pada sesi paparan.....	197
Gambar 52. Paparan dan tindakan sebagai arsip yang dikelola	198
Gambar 53. Salah satu teknik tumpang tindih antarobjek.....	199
Gambar 54. Salah satu visual bertolak dari catatan motivasi di	200
Gambar 55. Arsip oretan tangan S4 atas harapan terhadap sang	202
Gambar 56. Visual juga bertolak dari arsip; gambar bunga	203
Gambar 57. Arsip instalasi cahaya disimpan oleh S8, direspons.....	204
Gambar 58. Salah satu arsip yang didekonstruksi menjalani.....	210
Gambar 59. Visual dikerjakan kolaboratif dengan klien.....	213
Gambar 60. Salah satu bahan/materi yang bertolak dari arsip	215
Gambar 61. Visual lainnya difungsikan sebagai dekonstruksi	216
Gambar 62. Salah satu ciri warna cenderung berada di antara.....	218

Gambar 63. Arsip pada saat sesi paparan dan tindakan.....	219
Gambar 64. Tindakan kolaborator membangun empati dengan.....	221
Gambar 65. Tindakan kolaborator menggunakan persepsi	222
Gambar 66. Bagan yang dikerjakan oleh salah satu kolaborator	223
Gambar 67. Rekonstruksi sesi paparan dan tindakan	225
Gambar 68. Tulisan salah seorang penyintas menjadi sebuah.....	226
Gambar 69. Terapi imajinasi sebagai properti	229
Gambar 70. Chatan WhatsApp dipadukan sebuah lukisan dari	230
Gambar 71. Objek yang dihadirkan sebagai imajinasi dari klien	231
Gambar 72. Ciri simulacrum yang bertolak dari lukisan klien	232
Gambar 73. Arsip yang diolah pengkarya dengan ciri simulasi.....	233
Gambar 74. Persinggungan objek antarklien, arsip puisi dan.....	234
Gambar 75. Kartu dipersinggungkan dengan tindakan	235
Gambar 76. Salah satu visual membentuk tanda, dan lainnya	236
Gambar 77. Salah satu teknik tempel antara visual satu dengan	238
Gambar 78. Realitas kebiasaan S6 di sela-sela kesibukannya.....	240
Gambar 79. Album foto masa kanak-kanak salah satu klien	241
Gambar 80. Upaya pengkarya dalam mewujudkan yang	242
Gambar 81. Informasi kartu tarot sebagai dokumen dan arsip	243
Gambar 82. Salah satu tindakan kolaborator yang ditempel	246
Gambar 83. Eksplorasi visual kerja kolaboratif imajinasi dari S6.....	248
Gambar 84. Objek keseharian seperti uang dan ular tangga.....	249
Gambar 85. Papan catur diangkut dari realitas kebiasaan salah	250
Gambar 86. Objek seperti ikan dan gemericik air bagian dari	251
Gambar 87. Visual dikelola dari arsip S5 saat bersama sang	253
Gambar 88. Objek-objek keseharian klien sebagai materi visual.....	254
Gambar 89. Chatan WhatsApp antara S10 dengan pengkarya.....	256
Gambar 90. Realitas kebiasaan dan arsip, didesain pengkarya	257
Gambar 91. Salah satu arsip yang dikelola pengkarya menjadi	259
Gambar 92. Hasil eksplorasi visual bertolak dari realitas.....	260
Gambar 93. Tindakan kolaborator bersama dengan klien.....	261
Gambar 94. Salah satu tindakan saat paparan bersama dengan.....	262

Gambar 95. Salah satu tindakan di-copy paste dari visual terapi	263
Gambar 96. Tindakan kolaborator lainnya dalam memicu	264
Gambar 97. Tindakan copy paste diinterpretasi dari realitas.....	266
Gambar 98. Tindakan-tindakan lain kolaborator dalam sesi	269
Gambar 99. Gantungan baju sebagai arsip dalam kehidupan S4,	271
Gambar 100. Cerita yang ditulis tangan oleh seorang klien,	272
Gambar 101. Piala sebagai arsip yang sangat dibanggakan oleh	273
Gambar 102. Gambar oretan tangan dari klien dielaborasi oleh	275
Gambar 103. Foto yang diolah dari album keluarga S7, Mei 2025	276
Gambar 104. Pose S1 dieksplorasi pengkarya dengan konsep	278
Gambar 105. Pose S2 (kiri) bersama ibunya (kanan), Mei 2025.....	281
Gambar 106. Ekspresi S3 yang dieksplorasi dengan konsep.....	283
Gambar 107. S4 dan salah satu kolaborator dalam eksplorasi	285
Gambar 108. Pose wajah S4 bukan sebenarnya, dengan konsep	287
Gambar 109. S6 (kiri) bersama kolaborator saat paparan dan t	289
Gambar 110. Pose S7 yang dieksplorasi dengan konsep.....	291
Gambar 111. Pose S8 (kanan) bersama pengkarya yang diolah.....	293
Gambar 112. Pose S9 (kanan bertopi), yang diolah dari arsip.....	294
Gambar 113. Arsip dari S10 dalam paparan dan tindakan.....	296

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Hubungan antara Dramaturgi, Design Thinking, dan	170
Tabel 2. Rangkuman Dramaturgi Kolektif dan Dramaturgi.....	177
Tabel 3. Bahan/Materi Visual, Unsur-unsur, dan Ciri-ciri dari.....	220
Tabel 4. Persepsi Psikologi dalam DKV.....	227
Tabel 5. Vokabuler Ungkap dan Properti.....	237
Tabel 6. Jadwal Kerja Kolaboratif; Proses Penciptaan, Sesi	336



BAB II

KONSEP KARYA SENI

A. Ciri-ciri atau Sifat Karya Seni dan Makna

Hafifi (Hafifi 2024, 56) menjelaskan: Konsep karya secara umum dipahami oleh seniman terdiri dari konsep garap atau karya; kerangka yang memuat unsur-unsur pembentuk karya dalam kaitannya dengan gagasan, premis, tema, visual, dan lain-lain, dan konsep cipta atau penciptaan; mengacu pada proses penciptaan sesuatu yang mengandung *novelty*, sebagai hasil kemampuan berpikir kreatif dan imajinatif yang diungkapkan oleh seniman. Dalam hal ini, konsep karya merupakan kerangka kerja kolaboratif yang memuat bagian-bagian pembentuk karya. Pengkarya secara kolaboratif dan simultan dengan klien, serta *performer* sekaligus peneliti, yang selanjutnya disebut pengkarya dan tim untuk merancang setiap unsur karya seni dalam mewujudkan gagasan; kreativitasnya diutamakan dalam kaitannya dengan pengaktifan kembali kemampuan kognitif, meminimalisir delusi dan halusinasi klien.

Terkait dengan hal tersebut di atas, konsep karya seni ini juga terkait dengan proses paparan dan tindakan terstruktur untuk menilai pengetahuan, sikap, dan perilaku yang dinilai berdasarkan PANSS (Mueser and Jeste 2011, 129), guna memperkuat hipotesis yang diajukan

dalam penelitian artistik. Skala ini juga telah dinilai dengan konsep *before and after* setelah paparan dan tindakan berlangsung, sebanyak sepuluh kali, secara bersamaan dalam hal ini menyangkut penilaian fungsi psikososial bagi klien (Mueser and Jeste 2011, 135), yang dikerjakan oleh pengkarya dan tim untuk memberikan keyakinan kepada klien atas kesiapannya bersosialisasi dengan masyarakat. Oleh karena itu, konsep karya ini pada hakikatnya bersifat dinamis berdasarkan situasi dan kondisi perkembangan psikologis sepuluh klien—yang satu sama lain serupa.

Berdasarkan situasi dan kondisi yang dimaksud, terapi imajinasi yang pada awalnya digunakan sebagai metode penciptaan yang spesifik di luar metode penciptaan umum, yaitu *practice-led research*, juga dalam pengembangannya sebagai sebuah konsep mengacu pada hiperrealitas yang diajukan oleh Baudrillard. Menurut Baudrillard apa yang nampak dalam realitas yang kemudian dijadikan bahan simulasi atau model produksi untuk mengembangkan pengalaman-pengalaman yang berbeda dari apa yang nampak (Piliang 1999, 305). Hal ini tentu saja, dikerjakan atas dasar pertimbangan dramaturgi; dalam menentukan peluang terbuka atas komponen mana yang paling bisa diterapkan atau diprioritaskan (Hafifi 2023, 103) dan *design thinking* ditempatkan untuk langkah taktis dalam menjawab; empati (kebutuhan, perasaan,

perspektif, dan lainnya), *define* (merumuskan), *ideate* (menghasilkan gagasan); *prototype*; dan mengerjakan *test* (Pressman 2018, 51).

Segala sesuatu yang paling dekat dengan setiap klien, yang pada awalnya mempunyai makna yang berarti. Namun dengan konsep hiperrealitas dapat menghilangkan makna yang dimaksud, demikian pula tanda dan realitas, yang diambil oleh *game* penanda yang bebas (Aziz 2001, 14). Segalanya menjadi kabur di antara realitas dan imajinasi.

Konsep karya semacam ini, yang paling banyak diidentifikasi dalam konsep hiperrealitas, adalah simulacrum. Di mana menurut Baudrillard, simulacrum adalah objek-objek yang diciptakan atas kerangka perpaduan antara realitas dengan fantasi, fiksi, halusinasi, dan nostalgia, sehingga perbedaan antara yang satu dengan yang lainnya sulit dibedakan (Baudrillard 1994, 34). Hal ini pun, dapat dianggap relevan dengan terapi imajinasi yang diciptakan sebagiannya dari *novelty*.

Pemilihan konsep karya berupa terapi imajinasi dengan hiperrealitas ditandai dengan imajinasi klien yang sejalan dengan harapan, cita-cita, dan fantasi klien yang diwujudkan dalam bentuk visual sebagai upaya terapi seni, yang disebut terapi imajinasi. Terapi imajinasi, dikerjakan dengan konsep hiperrealitas. Khususnya yang identifikasinya dapat dilihat melalui simulacrum, di samping simulasi, representasi, citra, tanda, penanda, dan petanda, serta kode, dengan

mengesampingkan konsep ekstasi - yang secara tidak langsung telah terindikasi dalam diri klien.

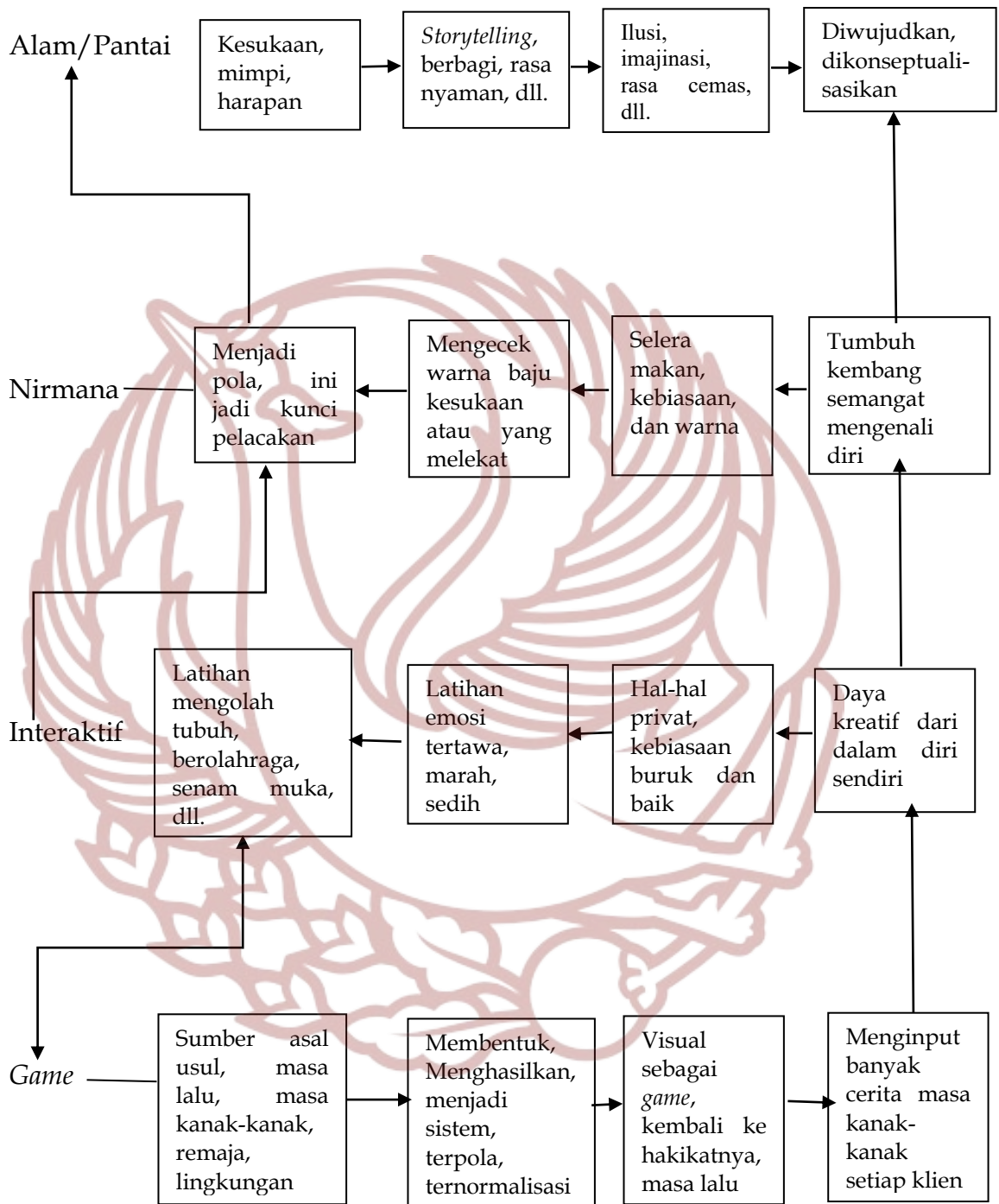
Identifikasi konsep ini terkait dengan temuan terapi imajinasi dalam mengelola objek, realitas, dokumen, dan arsip klien, sebagai terapi seni untuk memberikan keyakinan penuh bahwa setiap klien dapat secara perlahan mengurangi konsumsi obat berdasarkan petunjuk dari seorang psikiater (Serlin 2017, 31). Identifikasi ini juga dalam terapi seni, terkait pula dengan asesmen fungsi psikososial, bagaimana hubungan pengkarya dengan tim dalam paparan dan tindakan, juga efektivitas program perawatan atau rehabilitasi melalui proses berdaya masing-masing klien (Mueser and Jeste 2011, 135). Proses berdaya ini juga semakin memberikan rasa percaya diri dari masing-masing klien atas kolaborasi tersebut, agar memiliki keterampilan hidup mandiri yang dibutuhkan dalam kehidupan sehari-hari, sekaligus mengaktivasi ulang nilai-nilai moral yang kian hari kian sirna (Papanek 1971, 68).

Terapi imajinasi pada awalnya diadopsi dari ilmu psikologi, yaitu *guided imagery therapy*, yaitu suatu teknik relaksasi yang menggunakan imajinasi individu untuk mencapai efek positif, secara khusus dirancang dengan cara menstimulasi otak melalui imajinasi yang dapat memberikan pengaruh langsung terhadap sistem saraf, endokrin, neuro modulator, dan endorfin dengan bimbingan seorang psikolog (Aswad and Susanto 2019, 12). Pemahaman tersebut kemudian diimajinasikan

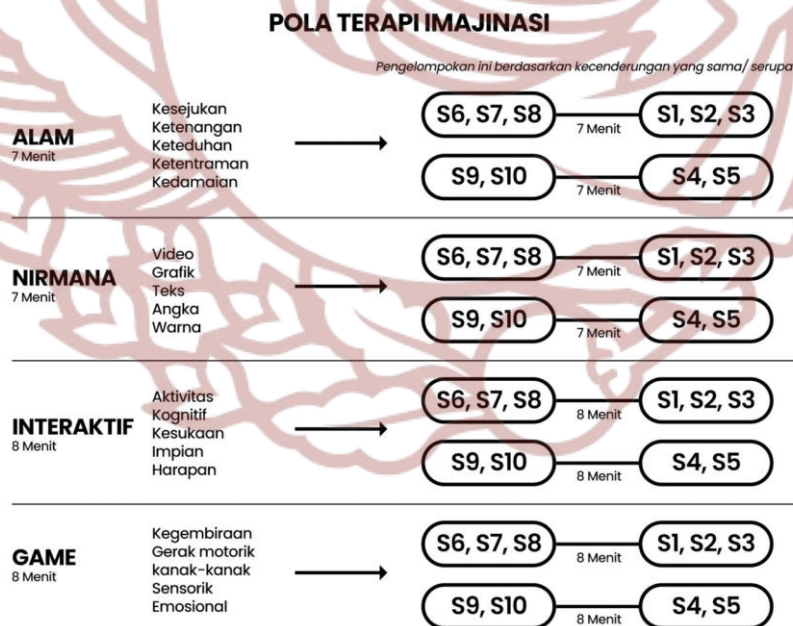
oleh pengkarya sebagai suatu metode terapi seni, yang bersifat interaktif dengan klien. Oleh karena itu, imajinasi yang diwujudkan oleh masing-masing klien dalam hal ini, dihubungkan dengan konsep hiperrealitas, menjadikan posisi pengkarya bukan lagi sebagai subjek, melainkan sebagai pemantik atau rekan kolaboratif dalam membayangkan banyak hal yang membuat masing-masing klien merasa senang.

Terapi imajinasi secara konseptual dapat dipahami sebagai suatu konsep terapi visual yang muncul dari pemanfaatan kekuatan pikiran dan imajinasi yang ingin menciptakan pengalaman sensorik, emosional, dan fisik yang positif. Kekuatan dan pikiran yang dimaksud dapat berupa objek-objek keseharian, realitas kebiasaan yang dikerjakan, atau dokumen dan arsip yang lebih bersifat biografis dalam menciptakan rasa rileks, mengurangi stres, kecemasan, bahkan rasa sakit, dan menimbulkan kebahagiaan. Di mana visual tersebut ditentukan dan dikelola sesuai dengan perasaan dan impresi yang diinterpretasi oleh pengkarya berdasarkan cerita dalam setiap paparan dan tindakan, di beberapa paparan dan tindakan sebelum akhirnya diwujudkan menjadi sebuah lab kolaboratif. Pola pantai/alam, nirmana, interaktif, dan *game* diciptakan berdasarkan subjek atau klien merujuk pada kecenderungan, pilihan, tindakan, selera, keinginan, dan perilaku dalam setiap pola yang ditentukan.

Blue print empati pola terapi imajinasi



Terapi imajinasi diklasifikasikan menjadi empat bagian; S1, S2, dan S3; S4 dan S5, S6, S7, dan S8; S9 dan S10, yang diperoleh berdasarkan penelitian, hingga paparan dan tindakan yang memuat nama-nama klien yang dipadukan terus mengalami pergeseran. Hal ini wajar mengingat terapi imajinasi ini merupakan ruang dan tempat kekuatan bagi setiap klien, dalam memberikan otonomi atas sesuatu yang diciptakan. Ruang dan tempat kuasa dalam terapi imajinasi, sebagai bagian dari terapi seni yang dapat berkolaborasi antara pengkaryaan dan tim dengan masing-masing klien ditentukan atau dipilih dalam memediasi kebahagiaannya masing-masing.



Gambar 9. Bagan pola terapi imajinasi diterapkan dalam lab kolaboratif, 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Hal ini tentu sangat berharga dalam perkembangan psikologis klien untuk terus meningkatkan tren positif dalam terapi imajinasi

(Sadikanugraha 2021, 53), untuk memberikan empati antarkolaborator tersebut. Di mana pengkarya dan tim dalam hal ini ingin diposisikan sebagai representasi masyarakat dalam memutus mata rantai stigma yang dapat memperlebar jurang antara klien dan masyarakat (Keliat et al. 2006, 41). Empati bisa berarti upaya untuk memahami masalah dan keadaan orang lain dengan sepenuh hati (Keliat et al. 2006, 41), dalam kerja kolaboratif inilah yang dapat memberikan keyakinan bahwa klien gangguan jiwa, seperti dinyatakan oleh Anta Samsara, seorang penyintas, menurutnya juga dapat berakhir dalam kebersamaan satu sama lain (Samsara 2018, 77) untuk menciptakan “peta jiwa”, yang telah didorong dan dibentuk oleh *design thinking*; bagaimana setiap elemen dapat dipilih, diberi bobot, dan digabungkan menjadi berbagai percampuran (Pressman 2018, 41).

Maka konsep terapi imajinasi yang dimaksud dalam hiperrealitas dapat dilihat dari ciri atau sifat karya dan makna karya kolaborasi ini yang membedakannya dengan banyak karya terapi visual lainnya. Ciri yang paling utama juga memiliki bagian-bagian tersendiri yang diadopsi dari keterkaitan karya ini dengan beberapa istilah psikologi atau psikiatri. Setiap klien dalam karya ini dapat menunjukkan interaktivitasnya agar dapat mengaktifkan kembali kemampuan kognitifnya, atau dapat meminimalisir delusi dan halusinasi secara perlahan, serta mengurangi ketergantungan terhadap obat-obatan

psikiatris, sepenuhnya dikerjakan atas *design thinking*; dengan menjalankan serangkaian elemen yang sudah dipilah segala hal ditimbulkan (Pressman 2018, 21), dengan digerakkan keseluruhannya oleh dramaturgi; dalam menghasilkan suatu informasi berbeda dan sejumlah gagasan-gagasan efektif (Hafifi 2023, 81), termasuk dengan menentukan *practice-led research* sebagai metode penciptaan secara global.

1. Terapi Imajinasi

Istilah ini juga dapat digunakan sebagai ciri atau sifat dari karya ini, karena kedudukannya yang sangat fleksibel dalam kaitannya dengan komunikasi melalui visual dengan setiap klien atau masyarakat yang menyaksikannya. Di antara yang terpenting adalah keluarga masing-masing klien yang mendampingi proses kolaborasi atau psikiater yang berfungsi sebagai kurator/dramaturg. Fleksibilitas ini dipandang dari konsep hiperrealitas, kondisi jiwa dan spiritual seseorang hanya terfokus seperti spiral, hingga pada satu titik mereka akan kehilangan segala makna dari apa yang telah dikerjakan (Baudrillard 1994, 34), karena kekosongan itu langsung terpancar, diperlukan visual yang memungkinkannya untuk mengembara ke mana-mana.

Sejak awal, karya dirancang dan dipresentasikan kepada klien, dengan ciri terapi imajinasi dalam konteks pengembaraan berkaitan dengan cara atau metode mendekati jiwa. Ciri terapi imajinasi ini

disebabkan oleh keluarga klien dan tim pengkarya dalam mengekspresikan visual yang dimaksudkan, karena memiliki impresi mendalam terkait psikologis. Meskipun hanya berbasis pada objek-objek keseharian, realitas kebiasaan, dokumen, dan arsip yang dibentuk dengan hiperrealitas.

Hal berbeda, bagi masyarakat umum belum tentu memiliki ciri tersebut, namun ciri ini diyakini dapat berfungsi sebagai metodologi bagi klien atau penderita gangguan jiwa, atau masyarakat umum yang mudah stres, cemas, dan tidak stabil, karena penerapannya dirancang dengan fokus pada Desain Kasus Eksperimen Tunggal yang sangat fleksibel dalam kaitannya dengan terapi visual viewing yang menciptakan imajinasinya sendiri yang kemudian dialektis dalam dirinya sendiri (Alqraini 2017, 32), dalam mengeksplorasi sensori setiap individu. Terapi imajinasi sebagai ciri karya memiliki titik tolak terkait dengan sosial yang dibahas oleh Baudrillard dalam konteks hiperrealitas, tidak begitu saja dilepaskan bahwa apa yang dilihat dalam realitas juga memiliki sejumlah imajinasi (Sunaryo 2004, 28), yang kemudian terwujud dalam konsep. Sudah pasti dari visual yang dibawa ke dalam lab kolaboratif ini, menghadirkan dunia fantasi, ilusi, dan imajinasi masing-masing klien yang diciptakan atas dasar keinginan mereka, di mana pengkarya hanya mewujudkannya dalam sebuah karya kolaboratif.

Objek-objek keseharian, realitas kebiasaan, dokumen, dan arsip juga merupakan bagian sosial—yang dilihat dari perspektif psikososial oleh pengkarya dan tim ketika terhubung dengan komputer juga menghasilkan berbagai citra (Baudrillard 1994, 38), juga menjadi ciri hiperrealitas yang ditemukan oleh pengkarya. Unsur-unsur ciri ini juga dijelaskan berdasarkan klasifikasi bagian terapi imajinasi dengan durasi tiga puluh menit per bagian yang telah menggabungkan empat pola (pantai/alam, nirmana, interaktivitas, dan *game*) yang dapat merepresentasi “peta jiwa” setiap klien; yang sudah digeser pada bentuk, melainkan proses paparan dan tindakan hingga perwujudannya. Unsur ini berasal dari ciri-ciri terapi imajinasi yang ingin dicapai pengkarya dalam berkolaborasi dengan klien, untuk memberi kepercayaan diri terhadap kekuatan mereka sendiri.

a. Objek-objek Keseharian



Gambar 10. Objek keseharian sering diimpikan oleh setiap klien klien, 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Objek keseharian dipilih sebagai ciri dari konsep terapi imajinasi karena permasalahan skizofrenia berasal dari lingkungan sehari-hari, sebagai suatu aktivitas sosial, dan merupakan hal yang paling dekat bagi setiap klien. Keempat pola terapi imajinasi tersebut diambil dari bagaimana setiap klien memiliki harapan, keinginan, dan cita-cita agar klien dapat mengembangkan metode yang tepat untuk mengurangi stres emosional, menyelesaikan konflik yang dialaminya, dan memenuhi kebutuhan dasarnya. Objek-objek ini yang dianggap secara psikososial membangun rasa percaya pada klien (Sunaryo 2004, 30), sehingga dalam setiap paparan dan tindakan pengkarya dan tim selalu dapat saling berelasi.

Pada dasarnya objek-objek keseharian tersebut dipilih dengan pertimbangan dapat melakukan investigasi dan eksplorasi secara kolaboratif untuk lebih memahami dirinya sendiri. Menurut Merleau-Ponty (Merleau-Ponty 2002, 63) hal-hal yang lebih dikenal dan dipahami oleh dirinya sendiri dapat lebih mengembangkan dirinya dan mendorong setiap individu untuk berani mengubah perilakunya sesuai dengan kebutuhannya, dengan pertimbangan design thinking; setelah diselidiki lebih mendalam dalam menghasikan wawasan sintetis dan membangun gagasa-gagasan sebelumnya (Pressman 2018, 56). Oleh karena itu, pengkarya dan

tim semakin yakin bahwa pola-pola yang ditemukan, meskipun tidak persis sama satu sama lain, dapat saling tumpang tindih, dengan teknik tempel susun, atau teknik larut, antara S1, S2, dan S3, masih dapat diterima oleh klien yang dianggap saling mendekati dan merasa nyaman satu sama lain secara visual.

Objek keseharian, di mana dalam hal ini sebagian besar merujuk pada pantai – yang bersentuhan dengan alam luas seperti laut atau gunung dengan latar depan atau permukaan dan air yang luas, sebenarnya merupakan sesuatu yang mudah ditemukan. Namun, realitas yang terjadi, objek keseharian seperti ini dalam konteks kesejukan, ketenangan, keteduhan, ketenteraman, dan kedamaian, dapat diwujudkan dengan imajinasi (Sunaryo 2004, 32), agar merasa lebih baik, berfungsi, percaya diri dalam bersosialisasi, dan mampu mengubah perilaku menjadi lebih positif. Sebab tidak semua individu dapat mewujudkannya dengan mudah dikarenakan berbagai faktor; jarak, durasi, ketahanan fisik, serta biaya dalam mewujudkannya.

Pemilihan ini pun juga terhubung dengan kerja dramaturgi; dalam mengoperasikan setiap langkah, tindakan, dan metode sesuai dengan tujuan dasarnya sebuah karya dikerjakan (Hafifi 2023, 85). Objek keseharian pun diperhatikan lebih rinci maupun teliti dengan *design thinking*, untuk mengetahui fungsi dari setiap

hal yang ditentukan (Pressman 2018, 33). Maka keterkaitan kreativitas yang terbilang sederhana, tidak lepas dari kerja keduanya yang saling mengikat satu sama lainnya.



Gambar 11. Salah satu objek keseharian S7 terhubung dengan S6 dan S8, 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Gambar di atas merupakan salah satu objek S7 dalam kesehariannya yang sangat dekat dengan kartu-kartu, sebagai bagian dari pola interaktivitas dengan lingkungan terdekatnya. Termasuk pengkarya dan tim yang dianggap sebagai rekan baru yang memberikan kepercayaan menciptakan lab kolaboratif. Kartu tarot, kartu remi, dan beberapa kartu lainnya dihubungkan dengan S6, dan S8, untuk saling berkomunikasi melalui input visualnya masing-masing.

Objek keseharian ini juga terkait dengan konsep hiperrealitas, sangat sejalan dengan pernyataan Robin dan Linda

(Robin and Linda 2001, 32), tentang kesederhanaan dalam seni sebagai penyediaan layanan yang tidak terlalu rumit bagi klien. Pengkarya dalam memahami hal ini, yang terpenting adalah terkait dengan interaktivitas dengan poin; aktivitas, kognitif, kesukaan, impian, dan harapan, dari ketiga klien ini hampir semuanya percaya akan tersedianya lab kolaboratif menghasilkan perkembangan psikologis lebih positif. Hal terpenting, lab kolaboratif ini merupakan semacam akses yang lebih mudah untuk melihat karya seni bagi klien yang tidak terlalu dominan dalam mengenal seni.

Akses terhadap berdaya untuk memiliki wewenang yang sama (Cook and Macaulay 1997, 55) ini merupakan hal yang dibutuhkan oleh setiap klien, bekerja sama dengan psikiater yang mendampinginya, sehingga setiap klien memiliki rasa percaya diri yang lebih besar dan dapat mengendalikan perilakunya sendiri (Merleau-Ponty 2002, 62). Di sisi lain, objek keseharian yang terkadang dianggap mudah dijangkau dalam interaktivitas tersebut juga tidak sepenuhnya dipahami oleh orang-orang di sekitarnya. Dalam hal ini, ciri konsep karya dengan memasukkan objek keseharian yang sederhana merupakan semacam landasan untuk memberikan hak otonomi kepada diri sendiri masing-masing klien.



Gambar 12. Objek keseharian S4 yang terhubung dengan S5, April 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Objek keseharian lainnya yang merepresentasikan pola nirmana, yaitu video, grafik, teks, angka, dan warna, didasarkan pada hal-hal yang disukai. Misalnya, S4 yang sangat menyukai bunga melati yang sering terlihat di halaman depan rumah tempatnya bekerja, terhubung dengan keluarga S5, di mana ia sering dihadapkan dengan taman bunga di masa kecilnya. Keterkaitan antara objek keseharian tersebut membuat pengkarya dan tim menggabungkan klasifikasi yang serupa sehingga menjadi alat komunikasi yang efisien antara pengkarya dan tim dengan klien.

Hal-hal lain yang terkait dengan titik-titik pola, yaitu; video, grafik, teks, angka, dan warna, antara S4 dan S5 sepenuhnya memiliki kecenderungan yang sama, meliputi pola lantai/alam,

interaktivitas, dan *game*, juga awalnya dikerjakan secara acak. Pengenalan data dari satu klien ke klien lainnya dikerjakan melalui presentasi video dan dialog interaktif, untuk mendapatkan hal-hal yang sebelumnya tidak diprediksi. Hal ini sangat relevan dengan pernyataan Sullivan, strategi *practice-led research* dapat memunculkan kebermaknaan atau analisis yang dapat disintesis untuk memberikan efektivitas suatu praktik (Smith 2009, 27).

Metode ini juga memunculkan lab kolaboratif, dikarenakan munculnya keberanian klien untuk mengungkapkan ketidaksukaannya terhadap visual pertama yang diwujudkan. Sikap dan spontanitas yang muncul dari sebagian klien, menunjukkan besarnya kekuatan visual dalam proyeksi imajinasi, yang sangat memicu untuk membayangkan visual lainnya. Objek keseharian yang dipadukan dengan konsep hiperrealitas, memberikan negasi atau pengalihan dari ketidaknyamanan fisik dan emosional. Objek keseharian juga seperti pemandu dalam konteks psikologis sebagaimana dijelaskan oleh Merleau-Ponty, untuk mencapai pemahaman yang mendalam tentang diri sendiri, diperlukan upaya mandiri dari lingkungan sosial dengan saling mendukung (Merleau-Ponty 2002, 62), untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental.



Gambar 13. Objek keseharian berupa sepatu yang diinginkan S10, April 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Objek keseharian ini merepresentasikan pola *game* yang mengandung poin-poin; kegembiraan, gerak motorik, masa kanak-kanak, sensorik, dan emosional, melalui S10 yang terhubung dengan S9. Sepatu dalam hal ini menjadi materi *game* yang dikerjakan oleh pengkarya dan tim bersama klien, untuk memberi makna pada realitas keseharian yang ditransformasikan ke dalam visual dengan konsep hiperrealitas, diyakini memiliki dampak positif terhadap kemampuan kognitif. Robin dan Linda (2001, 32), meyakini bahwa hal-hal yang dianggap tidak berguna dalam kehidupan sehari-hari seperti harapan yang belum terwujud, justru secara signifikan dapat menemukan jati diri yang lebih efektif.

Sepatu yang dihadirkan dalam visual dengan *game*, menunjukkan dampak positif terhadap perkembangan psikologis

S10 maupun S9 dengan objek serupa, atas keinginan untuk mewujudkan apa yang belum terpenuhi. Setidaknya visual sebagai ciri terapi imajinasi, menciptakan *order* klien tindakan bagi pengkarya dan tim. Proses ini juga dalam kerja kolaboratif melalui paparan dan tindakan, semakin membuat klien mengekspresikan segala bentuk keinginan lainnya melalui objek keseharian yang dibangun.

Poin Sepatu dalam ciri ini, memberikan kesempatan kepada klien untuk lebih banyak bereksperimen dengan imajinasi dari visual yang banyak diinputnya. Saran atau masukan tersebut tentu saja terjalin dengan cita rasa seni itu sendiri, langsung terfokus pada paparan dan tindakan sebuah visual. Lab kolaboratif yang diwujudkan kemudian, sebagai perwujudan yang lebih nyata melalui konsep hiperrealitas; dalam konteks yang sederhana, yakni merelaksasikan diri dan melepaskan segala pikiran yang merugikan diri sendiri.

b. Realitas Kebiasaan



Gambar 14. Realitas kebiasaan melukis di kertas yang dikerjakan S1, Januari 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Menurut Merleau-Ponty: Objek keseharian menemukan posisi yang lebih ideal terhadap dirinya jika diiriskan terhadap sesuatu apa pun (Merleau-Ponty 2002, 62). Ciri tersebut dapat langsung dipahami dengan mudah oleh masyarakat luas, layaknya realitas kebiasaan yang bersumber dari hal-hal yang disukai atau yang diharapkan; tindakan yang sering diulangi (misalnya melukis, menulis puisi, dan membaca novel) untuk membantu klien

mengatasi masalah perilaku melalui terapi imajinasi. Tanpa ada intervensi dari pengkarya dalam realitas, kecuali dengan teknik komputer dengan tumpang tindih yang telah disebutkan.

Realitas kebiasaan secara langsung dalam visual yang dipadukan dengan konsep hiperrealitas menunjuk langsung pada jati diri masing-masing klien. Pengkarya memahami bahwa ciri ini agar tidak semakin menjauhkan diri dari dirinya sendiri, sekaligus memanfaatkan imajinasi yang lebih dikenali. Hal lain, semakin dikenali oleh masing-masing klien (Sunaryo 2004, 31) semakin memunculkan rasa bahagia dan bangga sebagai modal sosial.

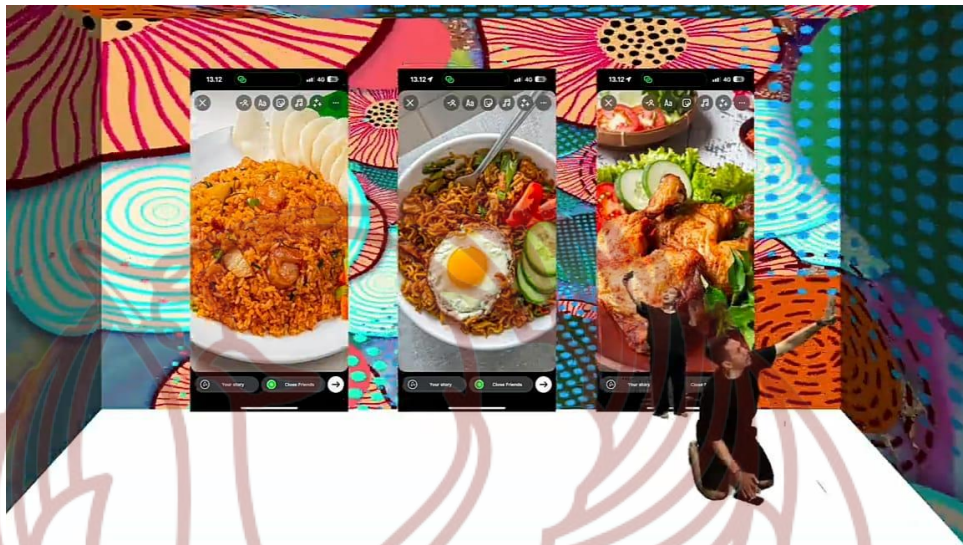
Misalnya, realitas kebiasaan melukis S1 berkelindan dengan S2 dalam menulis puisi, atau S3 dalam membaca novel - di mana antara ketiganya ketika visual dihadirkan, sebenarnya mereka saling mengomentari berada dalam situasi yang sama. Perasaan terikat dengan realitas kebiasaan masing-masing klien menjadi sesuatu yang berharga dalam terapi imajinasi. Sehingga aktivitas kesukaan yang saling berkaitan itu menjadi bagian dari saling memberi dan menerima antarklien.



Gambar 15. Realitas kebiasaan bermain game perang dikerjakan S5, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Realitas kebiasaan bermain *game* perang yang dikerjakan oleh S5 di atas tentu saja sangat bergantung pada usia, sehingga setiap pola dalam terapi imajinasi tidak serta merta mudah diterima oleh klien lainnya. Dalam sebuah *practice-led research* bahwa segala sesuatu yang tidak mungkin juga dapat memunculkan hal-hal yang tidak terduga (Smith 2009, 27), meskipun usia S4 terpaut jauh dengan S5, namun tampak mereka memiliki impresi antarvisual yang dipresentasikan. Adanya elaborasi melalui visual yang menimbulkan respons timbal balik antarklien yang bersangkutan juga secara berulang-ulang membentuk pola perilaku masing-masing, disusun sedemikian rupa selayaknya *design thinking*; mendefinisikan,

mengklasifikasikan, dan mewujudkan secara pasti (Pressman 2018, 22).



Gambar 16. Realitas kebiasaan berjualan di warung yang dikerjakan S7, Mei 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Realitas kebiasaan mengacu pada gambar di atas, apa yang dikerjakan S7 secara langsung mudah dihubungkan dengan S6 dan S8, mengingat rentang usia dewasa yang hampir berdekatan—sebagai realitas sosial yang tidak dapat disangkal. Ciri tersebut dalam setiap pola; pantai/alam, nirmana, interaktivitas, dan *game*, terhubung dengan daya juang dalam melanjutkan kehidupan sehari-hari yang lebih realistis. Hal ini terkandung dalam pemikiran Merleau-Ponty, di balik pandangan tentang ketidakbermaknaan realitas kebiasaan yang terwujud dalam bentuk apa pun sebenarnya mengandung makna hidup yang tidak dapat ditukar dengan apa pun (Merleau-Ponty 2002, 61), yang

membuat klien lebih mampu menerima realitas sosial satu sama lain yang telah terjadi.



Gambar 17. Realitas kebiasaan orang-orang berduit yang diimpikan S10, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Realitas kebiasaan dalam hal ini terletak pada harapan dan cita-cita sebagai gambaran yang sering dilihat oleh S10, juga sangat erat kaitannya dengan masing-masing individu. Salah satunya dengan S9 dalam setiap pola yang dibentuk oleh kedua hal tersebut. Harapan dan cita-cita tersebut sangat dipengaruhi oleh perspektif psikososial, yang dibentuk oleh realitas lingkungan yang telah menjadi informasi bermakna dalam dirinya sendiri.

Maka dengan sendirinya rasa ingin tahu dan hasrat (Guntur 2016, 18) menjadi dengan sendirinya bahwa klien sedang melakukan penelitian artistik pada “peta jiwa” mereka masing-masing. Terapi imajinasi seperti bertanggung jawab atas harapan dan cita-cita yang terus mengikuti pikiran sebagai produk budaya

dalam bentuk visual. Realitas kebiasaan dalam menghubungkan S9 dan S10 semakin memperkuat cara aktualisasi diri, pendefinisian diri, kesadaran diri, kompetensi, dan harga diri, serta meningkatkan tingkat perkembangan psikologis lebih positif bersama klien.

c. Dokumen dan Arsip



Gambar 18. Dokumen dan arsip dari S2 terhubung dengan S1 dan S3, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

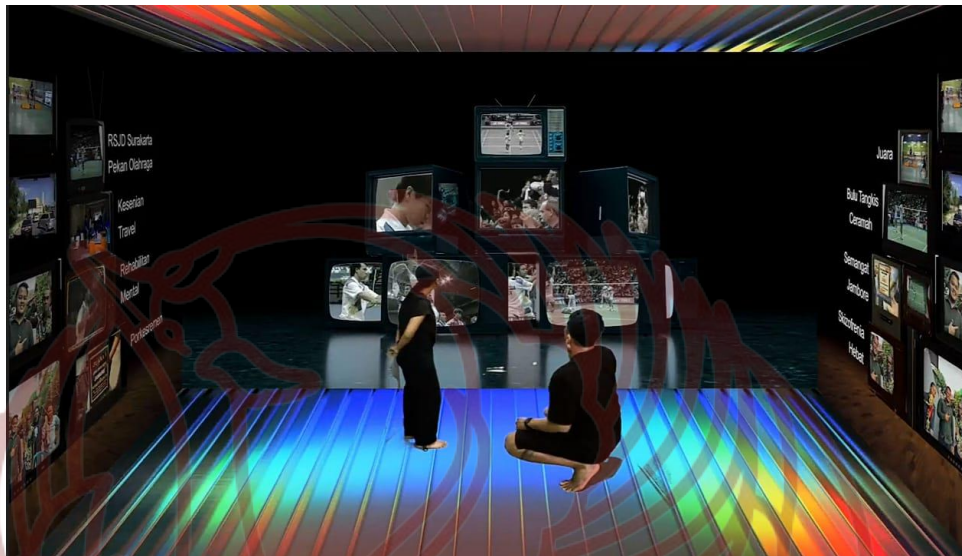
Dokumen dan arsip yang diadopsi dari Hafifi (Hafifi 2024, 65) dalam konteks penciptaan, merupakan dua hal yang saling terkait satu sama lain dari segi fungsi, yakni terletak pada kedudukan perlakuan dalam sebuah karya. Dokumen sendiri menjadi suatu kerangka berpikir atau kerja penciptaan hingga melahirkan persepsi dan paradigma pengetahuan yang berbeda untuk menghubungkannya dengan psikologi pengkarya sebagai bukti atas karya atau ciptaannya. Sedangkan arsip menurut

Wursanto dalam Hafifi, merupakan hal-hal yang terkait dengan nilai berharga yang harus disimpan dengan suatu sistem tertentu agar dapat dengan mudah dan cepat ditemukan kembali apabila sewaktu-waktu dibutuhkan yang mana posisinya dibekukan dalam dokumen (Hafifi 2024, 88) dan memberikan makna tertentu.

Merujuk pada gambar di atas, gambar lipstik yang merupakan arsip S2 dan makanan kesukaan menjadi arsip S3, dieksplorasi oleh pengkarya yang mengubah fungsinya menjadi sebuah dokumen dalam bentuk video; yang dipresentasikan kepada masing-masing klien. Menurut Olsen dalam Sømhovd (Sømhovd 2011, 38) menjelaskan bahwa karya dapat diartikan sebagai sinonim dari dokumen artistik. Sebab karya merupakan hasil konkret dari suatu proses artistik dan dalam pengertian itu bersifat fisik.

Dalam hal ini, ciri-ciri dokumen dan arsip diciptakan secara tumpang tindih berdasarkan persepsi psikologi dalam DKV untuk menciptakan konteks sosial hubungan antara subjek dan objek (Couto and Alizamar 2016, 18), yang kini berlaku secara setara karena sifatnya yang kolaboratif. Ciri ini juga sangat identik dalam karya, karena pada dirinya sendiri realitas yang secara langsung disisipkan ke dalam karya dengan teknik yang dituju. Proses eksplorasi, manipulasi, dan kontrol sepenuhnya diserahkan kepada

klien, di mana pengkarya mengubahnya menjadi visual dalam bentuk dokumen.

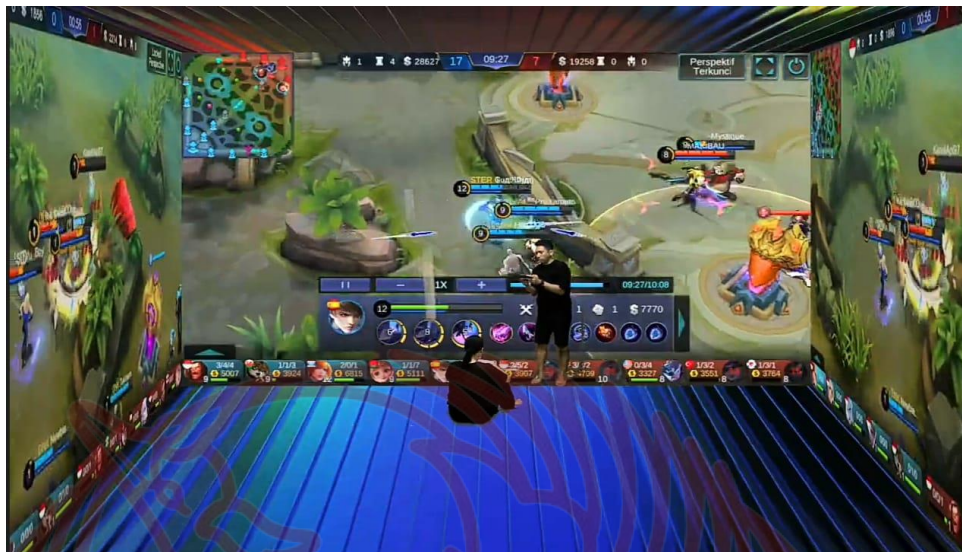


Gambar 19. Dokumen dan arsip dari S6 terhubung dengan S7 dan S8, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Berdasarkan pemahaman Hafifi (Hafifi 2024, 128), dokumen dan arsip merupakan bagian dari suatu kesatuan yang merepresentasikan pengalaman dan interpretasi individu terhadap kehidupan masyarakat, dalam hal ini pengkarya sangat leluasa memberikan akses berdaya kepada setiap klien. Pemahaman tentang penelitian artistik menyangkut rasa ingin tahu yang mendalam untuk lebih mengenali kemampuan dan keterampilan diri sendiri (Guntur 2016, 19) dalam kerja kolaboratif. Terakhir, dalam ciri dokumen dan arsip, jelas terapi imajinasi ibarat kerja kolaboratif untuk menghasilkan laboratorium guna memahami “peta jiwa” masing-masing.

Fathurrahman dalam Hafifi (Hafifi 2024, 130) menambahkan bahwa dokumen dan arsip dalam konteks kerja kreatif bersifat maju mundur. Di mana arsip dibekukan melalui teknologi digital dan diakses secara terbuka, ibarat dunia tanpa memori, tanpa kepastian apa pun dan tanpa identitas kolektif, yang berubah menjadi kolaboratif. Pengkarya juga meyakini bahwa dari arsip S6 yang diiriskan dengan arsip digital yang tersebar di internet, dipadukan dengan arsip S7 dan S8, ditransformasikan menjadi sebuah dokumen dalam konsep terapi imajinasi.

Hafifi (Hafifi 2024, 130) juga menegaskan bahwa kerja antara dokumen dan arsip dapat berubah fungsinya menjadi dokumen dan sifatnya menjadi sangat terbuka karena pengolahan, pendistribusian, dan sirkulasi berbasis digital. Ketika fungsi sebuah dokumen dibekukan dalam teknologi digital, maka statusnya kembali menjadi arsip, di mana pengkarya memahaminya sebagai sebuah kerja yang saling susul-menyusul antara dokumen dan arsip, terutama dalam *practice-led research*. Pemahaman tersebut menjadi sesuatu yang bernilai karena ada sesuatu yang lepas dalam diri pengkarya. Arsip masing-masing klien yang disisipkan justru memiliki makna ketika pengkarya mengeksplorasi visual dengan konsep hiperrealitas.



Gambar 20. Dokumen dan arsip *game-game* S10 terhubung dengan S9, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Sømhovd dalam Hafifi menjelaskan bahwa dokumen merupakan salah satu upaya demonstrasi untuk melakukan proses kreatif, kolektif, dan kolaboratif guna menemukan berbagai strategi (Sunarto et al. 2023, 180), dalam menempatkan arsip di dalamnya sebagai temuan makna. Misalnya, arsip *game* S10 sebagai pilihan anaknya yang kerap kali disaksikan dalam kehidupan sehari-hari. Posisi S10 sebagai penonton dari dalam rumahnya menjadi arsip yang langsung difoto dan disimpan dalam telepon genggamnya, yang selanjutnya dikirimkan kepada pengkarya untuk dieksplorasi sebagai dokumen dalam memberi dan menerima pengetahuan.

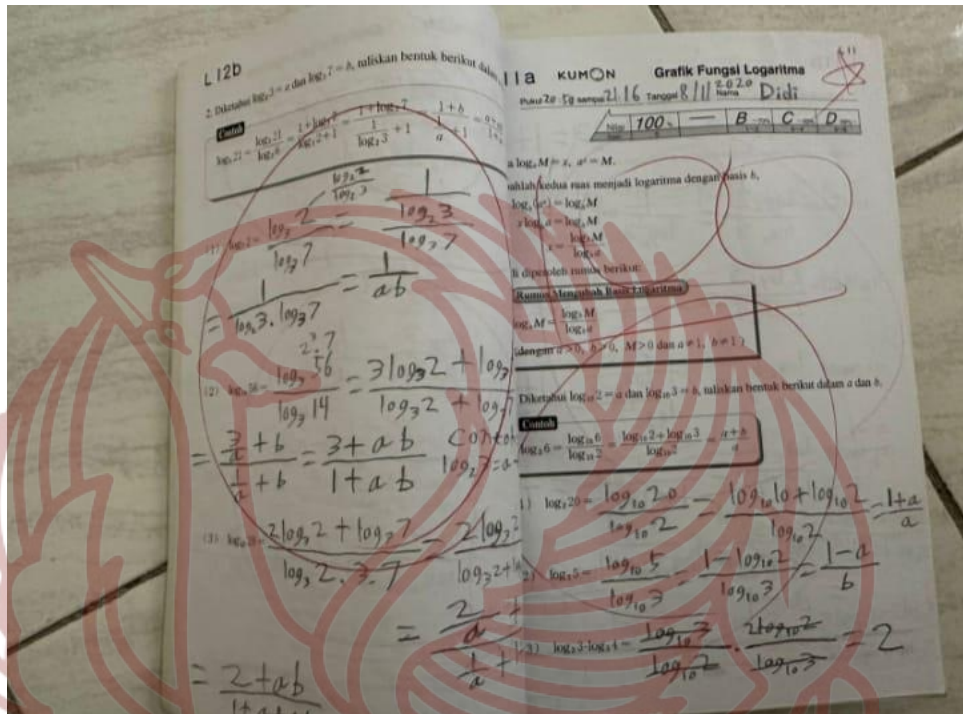
Arsip S10 yang selanjutnya dicari, ditelusuri, dan dieksplorasi antarklien dalam setiap paparan dan tindakan, yang selanjutnya sangat relevan dengan arsip S9 untuk kepentingan

yang hampir serupa. Di sini ciri khas dokumen dan arsip berperan untuk saling mengeksplorasi hal-hal nyata yang dihadirkan dalam visual yang memuat historiografi pengalaman yang dibawanya. Persepsi psikologi dalam DKV makin jelas dalam mengoperasikan objek ke dalam subjek, atau sebaliknya (Couto and Alizamar 2016, 18), untuk memosisikan kesetaraan yang dimaksudkan sejak awal.

Padanan dalam lab kolaboratif dieksplorasi melalui paparan dan tindakan, karena pengkarya menyadari bahwa setiap tidak memiliki kompleksitas pengalaman. Sementara setiap klien telah melalui sesuatu yang begitu kompleks, di mana pengalaman jiwa telah menjadi arsip mereka. "Peta jiwa" dalam hal ini seperti cara bagi pengkarya untuk memicu klien bagaimana membuat dokumen mereka sendiri tentang perkembangan psikologis klien.

"Peta jiwa" ditentukan merujuk pada *design thinking*, dipersiapkan sebagai investasi penuh di masa dengan pertimbangan yang ketat dan tepat sesuai kebutuhan spesifik (Pressman 2018, 52), terkait dengan setiap klien. Hal ini dipicu secara langsung dari dramaturgi yang diposisikan sebegitu pentingnya dalam karya ini; sebagai navigator pemikiran yang berakar dan menjalar (Hafifi 2023, 91) dan sekiranya mengalami kebutuhan dalam kerjanya. Dramaturgi pun, bisa sangat leluasa menavigasi *practice-led research* ini dipersiapkan cara-cara

mengatasi ketika kebutuhan dan kebekuan terjadi atas pertimbangan *design thinking*.



Gambar 21. Dokumen dan arsip hasil mata pelajaran S5, April 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Niels W. Lund melihat definisi umum dokumen sebagai hasil dari upaya menginformasikan, menginstruksikan, mengajarkan, mendemonstrasikan, dan menghasilkan suatu metode penciptaan dalam bentuk dokumen (Sunarto et al. 2023, 180). Merujuk pada gambar di atas, karya subjek S10 semasa kecil sebagai arsip yang tersimpan hingga kini, dengan menempatkannya sebagai dokumen dalam pemahaman Lund, mengeksplorasi konsep hiperrealitas. Menurut Piliang, dalam pandangan Baudrillard, bukan tidak mungkin memberikan

peluang pemaknaan yang berbeda-beda atas segala macam imajinasi yang bercampur dengan hal-hal nyata (Piliang 1999, 15), sebagai produk budaya yang dapat menjadi terapi bagi jiwa.

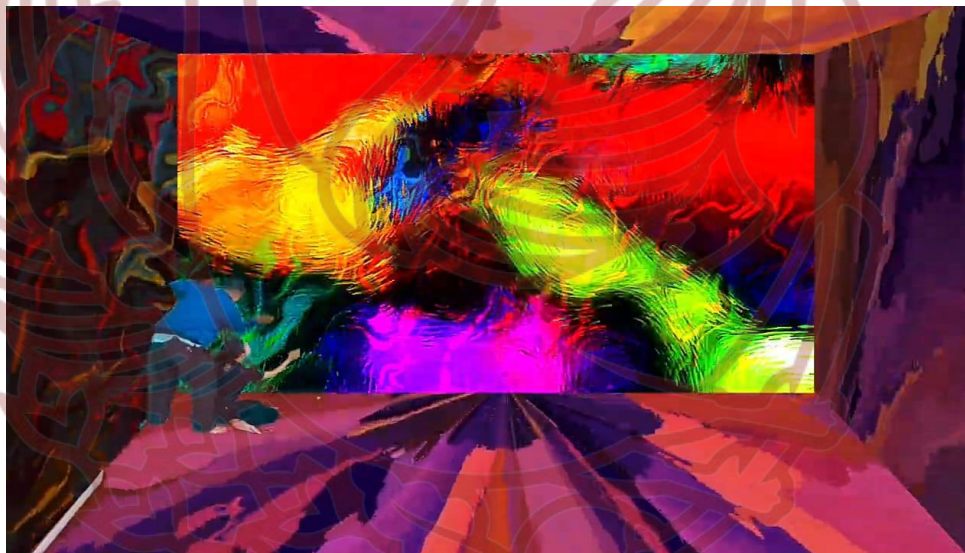
Hafifi (Hafifi 2020, 360), juga menegaskan bahwa dokumen dan arsip secara keseluruhan memperluas pemahaman yang senantiasa digerakkan oleh hasrat dan progresivitas, seperti ditentukan oleh harapan di masa depan. Pengkarya menganalisis bahwa masa depan ditujukan bagi kehidupan setiap masyarakat dalam mencapai kedudukan yang setara. Oleh karena itu, kepercayaan kolaboratif telah tertanam sejak awal untuk mencapai tujuan memperluas aktualisasi diri ke jaringan yang lebih terbuka tanpa ketergantungan sama sekali pada obat-obatan dalam konteks psikiatri.

2. Konsep Hiperrealitas

Konsep karya juga digunakan sebagai ciri atau sifat karya, untuk meneguhkan kerja tumpang tindih, teknik tempel dan tumpuk dalam terapi imajinasi. Kerja semacam ini pun dalam ciri hiperrealitas yang diajukan Baudrillard, saling bertabrakan atau berbenturan satu sama lainnya (Aziz 2001, 15), untuk merebut posisi setiap klien dalam mengaktivasi diri di lingkungan bermasyarakat. Secara umum, ciri ini sangat mudah dapat dimaknai sebagai tujuan keberartian menerobos trauma itu sendiri di tengah hiruk pikuk sosial masyarakat, yang sering

kali juktaposisi atau tunggang langgang, mengabaikan segala macam prinsip moral, norma, dan etika dalam kehidupan, di mana antara satu dengan lainnya saling berkelanjutan dan terus terhubung setiap cirinya, yang sedari awal dihubungkan kemungkinannya dalam dramaturgi; memunculkan pemikiran analitis terbuka, kreatif, dan leluasa memasuki ruang-ruang yang belum terpikirkan sebelumnya (Hafifi 2023, 61).

a. Simulacrum



Gambar 22. Objek klien S1 yang dilebur dengan imajinasi S2, dan S3, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Menurut Baudrillard, simulacrum merupakan suatu objek realitas yang telah menyatu dengan imajinasi seseorang sehingga sulit untuk mengidentifikasinya (Piliang 1999, 305), antara realitas dan imajinasi yang dimaksud. Bagi klien, ciri ini terwujud dalam kembalinya keterasingan perasaan dan dampak yang selama ini

dirasakan. Meskipun sangat disadari pula akan ciri peleburan ini, antara apa yang saat ini diharapkan dengan imajinasi sebelumnya belum tentu sepenuhnya merupakan bagian dari validasi, melainkan merupakan upaya untuk memosisikan diri sebagai seseorang yang selamanya bebas.

Menurut Baudrillard, imajinasi juga menyimpan keinginan sejati seseorang yang sangat mungkin merupakan kebenaran (Baudrillard 1994, 35). Jadi simulacrum dalam hal ini seperti membenarkan apa yang tersembunyi dalam diri setiap klien, memvalidasi bahwa perilaku sosial yang telah menimbulkan luka yang belum sembuh bagi mereka adalah tindakan terburuk sepanjang masa, di mana realitas ini juga dapat memuat sistem pertandaan menjelaskan hubungan antara penanda dan petanda, atau antara tanda dengan menunjuk pada realitas tersebut, yang menghasilkan makna yang eksplisit, langsung, dan pasti (Handriyotopo et al. 2018, 16). Simulacrum yang ditempel dan ditumpuk sedemikian rupa sesuai dengan keinginan S1, S2, dan S3 merupakan perwujudan kebenaran yang dimilikinya.

Dokumen dan arsip dalam konteks simulacrum juga bekerja dengan cara saling bertukar posisi, karena setiap klien juga dapat saling bertukar pilihan arsip dan cara memperlakukannya secara individual, dalam karya dokumen visual tanpa acuan yang jelas.

Sebab simulakrum tidak memiliki acuan (Piliang 1999, 306), sehingga pengkarya dalam terapi imajinasi ini menduplikasi apa yang diinginkan setiap klien. Jadi tidak tampak mana karya realitas, mana karya komputerisasi, karena imajinasi setiap klien dapat dipahami sebagai refleksi yang harus segera dipenuhi untuk melayani atau mengoptimalkan kemampuan kognitif, meminimalisir delusi dan halusinasi, yang memperkuat imajinasi positif bagi klien.

b. Simulasi



Gambar 23. Salah satu simulasi yang dikerjakan pengkarya berdasar imajinasi S5 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Menurut Baudrillard, simulasi merupakan penciptaan suatu bentuk yang tidak memiliki acuan terhadap realitas, hanya berdasar pada keterampilan dan kemampuan dalam membayangkan sesuatu (Piliang 1999, 20), agar tampak nyata,

khususnya dalam laboratorium terapi imajinasi. Pengkarya menciptakan dari imajinasi masing-masing klien untuk menjelaskan kepada khalayak yang lebih luas bahwa klien memiliki kemampuan yang sama dengan yang lainnya, yang harus terbebas dari beban perundungan. Simulasi merupakan penciptaan suatu model realitas tanpa realitas yang sesungguhnya, juga berhubungan setiap elemen-elemen tanda yang maknanya cenderung disepakati secara sosial (Handriyotopo et al., 2018, 177).

Ciri ini terlihat pada suatu gambar yang lebih tampak dari objek yang sesungguhnya, seperti yang terlihat dari simulasi kerja sama antara klien S4 dan S5. Menurut Baudrillard, simulasi ini ditekankan sebagai suatu proses penciptaan objek melalui simulasi yang berdasar pada acuan yang tidak nyata (Baudrillard 1994, 36), karena setiap klien dalam menyampaikan suatu gagasan visual, semacam menunjuk pada suatu "peta jiwa", yang juga tidak kasat mata dan sulit untuk diabstraksikan. Maka ciri ini juga menjadi panduan bagi pengkarya untuk memberikan petunjuk bagi "peta jiwa" masing-masing klien, agar dapat dijelaskan kepada khalayak yang lebih luas.

Dalam hal ini, sebagai klien dan kolaborator, objek dalam hal ini disebut arsip, sebagai representasi diri untuk melepaskan dari tekanan lingkungan yang buruk. Dokumen dan arsip dalam

konteks simulasi juga merupakan turunan dari model imajinasi sebagai terapi bagi setiap klien, tanpa dipertanyakan secara rinci oleh pengkarya dan tim. Sebab simulasi merupakan data yang disimpan oleh setiap individu untuk dikelola atau diproduksi (Piliang 1999, 304), yang membuat pengkarya tidak berpikir jauh dari jangkauan. Padahal, ciri ini merupakan proses representasi objek, yakni arsip yang disisipkan ke dalam visual sebagai pengganti arsip klien lain yang tumpang tindih.

c. Representasi



Gambar 24. Objek sebagai representasi dalam konsep hiperrealitas, April 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Menurut Baudrillard, representasi dalam konteks hiperrealitas merupakan tanda yang berfungsi sebagai presentasi suatu realitas (Baudrillard 1994, 37), di mana semua objek atau visual yang disampaikan atau diajukan klien dari imajinasi yang

dimaksudkan, secara tidak langsung telah merepresentasikan kembali realitas tersebut dalam bentuk yang lain. Semua bentuk arsip dari S6, yang terhubung dengan S7, dan S8, berfungsi sebagai tanda. Tanda yang diangkat dari imajinasi, dalam konteks terapi imajinasi, merupakan upaya realitas kolaboratif antara pengkarya dan tim dengan klien, dari sana pula dengan sendirinya realitas tersebut juga saling memiliki hubungan antara penanda dan petanda, yang di dalamnya beroperasi makna yang tidak eksplisit, tidak langsung dan tidak pasti (Handriyotopo et al. 2018, 176), yang dibawa ke dalam terapi imajinasi.

Menurut Baudrillard, representasi sebagai tanda menjadi lebih bernilai daripada objek (Baudrillard 1994, 37), yang dilihat oleh setiap klien, dilihat sebagai objek yang telah diolah oleh pengkarya untuk menjadi tanda dari imajinasinya. Tanda inilah yang memerlukan pertimbangan banyak hal, yang terkait dengan persepsi psikologi. Hal ini karena tanda yang diolah dari pilihan visual setiap klien yang saling berhubungan sangat penting dalam setiap paparan dan tindakan.

Dokumen dan arsip dalam konteks representasi juga merupakan kelanjutan yang terus terhubung dari satu ciri ke ciri yang lain, yang berawal dari simulacrum, bergeser ke ciri simulasi, yang bergeser ke representasi. Sebab representasi merupakan hasil

reproduksi yang menghasilkan respons dari yang lain (Piliang 1999, 306), dapat dimaknai sebagai tanda perubahan emosi bagi setiap klien. Tanda-tanda yang muncul dalam kerja kolaboratif setiap paparan dan tindakan juga dapat dianggap sebagai hubungan kolaboratif bagaimana hasrat pengkarya menempatkan setara dalam penciptaan terapi imajinasi.

d. Citra



Gambar 25. Imajinasi S10 yang diwujudkan melalui citra visual, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Menurut Baudrillard, citra dalam konteks hiperrealitas, merupakan sesuatu yang dilihat oleh panca indra yang tidak memiliki eksistensi objek yang divisualisasikan (Piliang 1999, 13), hanya menghasilkan realitas yang berbeda bagi klien. Misalnya, dari arsip yang muncul dari S9 dan S10, juga menghasilkan tanda-tanda dari koneksi psikologisnya masing-masing, sedangkan dalam

situasi tertentu memiliki citra, yang dapat memperkuat rasa percaya diri klien. Jadi peran persepsi psikologi dalam DKV, bagaimana imajinasi yang disampaikan oleh setiap klien, dapat dilihat dari tanda yang dimaksudkan juga diikuti oleh citra yang lebih konkret dari apa yang diimajinasikannya, dengan sendirinya menciptakan makna-makna lapisan berbeda, perlahan-lahan terbentuk ketika penanda mengandung berbagai aspek psikologis, seperti perasaan, emosi atau keyakinan (Handriyotopo et al. 2018, 177), menjadi data yang dibawa ke dalam terapi imajinasi.

Menurut Baudrillard, citra yang saling berhubungan dengan hal-hal lain memiliki hasil yang juga melampaui imajinasi (Baudrillard 1994, 38), untuk memberikan kemungkinan situasi yang berbeda dari sebelumnya. Lebih tepatnya, tanda ini bagi pengkarya dapat lebih pasti dalam pengembangannya, juga ditingkatkan dalam citra yang dimaksudkan. Indikasi itu terjadi pada setiap paparan dan tindakan, perubahan pada semua indra, terutama mata dan bibir menjadi lebih reaktif terhadap citra yang dihasilkan.

Dokumen dan arsip juga berada dalam konteks citra, keduanya dapat saling tumpang tindih sebagai akibat dari upaya pengkarya untuk melepaskan keadaan diskomunikasi dalam interaksi sosial masa lalu. Sebab citra memiliki ruang untuk

menciptakan keadaannya sendiri yang cukup menakjubkan akibat kerja komputerisasi (Piliang 1999, 306), yang hakikatnya menjadi pertimbangan bagi pengkarya dalam membentuk tanda itu sendiri. Termasuk di dalamnya, bagaimana memanipulasi bentuk arsip yang berfungsi sebagai tanda ciri-ciri lainnya, juga dengan mempertimbangkan segala macam cerita dan narasi masing-masing klien dalam kehidupan sosialnya, yang ditanggapi dalam hal ini untuk masa yang akan datang.

e. Tanda, Penanda, dan Petanda



Gambar 26. Salah satu tindakan kolaborator untuk S1, S2, dan S3, April 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Menurut Baudrillard, tanda, penanda, dan petanda, dalam konteks hiperrealitas, tanda-tanda yang tidak terkait dengan realitas, melainkan pola-pola penanda, yang terkait dengan tanda-tanda lainnya, di mana dalam hubungan mereka menemukan makna (Piliang 1999, 21) di antara klien-klien yang terklasifikasi.

Misalnya, S1, S2, dan S3, masing-masing memasukkan saran dan masukan imajinasi dalam pikiran mereka, bagaimana ini diproses menjadi tanda dalam semiotika dan komunikasi. Hubungan tanda di antara klien, secara langsung bagi pengkarya, telah memberikan makna pada setiap gambar yang diberikan.

Menurut Baudrillard, dari setiap tanda yang terhubung, diproduksi makna, juga mengandung penanda (bentuk) dan petanda (makna) (Baudrillard 1994, 12), di mana pengkarya setiap objek yang ditunjuk oleh klien; baik itu objek keseharian, realitas kebiasaan, atau dokumen dan arsip, ditentukan oleh kondisi jiwa setiap klien. Maka pertukaran nama yang terus-menerus antara subjek, yang juga saling memproduksi di dalam subjek itu sendiri, pada hakikatnya mempertaruhkan penanda dan petandanya masing-masing.

Tanda, penanda, dan petanda, dalam hal ini, merupakan semacam kelanjutan dari citra yang muncul, representasi berlebih; menjadi lebih bernilai bagi klien untuk menjadi tanda dari imajinasinya yang diekspresikan. Tumpang tindih yang dimaksud dalam hiperrealitas, di satu pihak membentuk proses yang terus-menerus antara ciri, di pihak lain, tetap tidak dapat berdiri sendiri dalam penajaran yang dimaksud. Oleh karena itu, keputusan untuk mengklasifikasikan klien dalam terapi imajinasi, sebagai

respons terhadap pemahaman hiperrealitas yang terjadi dalam kehidupan sosial, yang kemudian diciptakan kembali oleh komputerisasi; 2D, 3D, teks, grafik, audio, dan sebagainya, di mana sistem ini dalam wujud terapi imajinasi ini secara komunikasi visual terjadi saling kelindan representasikan satu dengan lainnya (Handriyotop et al. 2018, 177), sehingga terapi imajinasi ini dengan tumpuk tempel bersifat metaforis.

Dokumen dan arsip dalam konteks tanda, penanda, dan petanda, menjadi kondisi bagi eksploitasi arsip, yang kemudian secara terus-menerus menyediakan penanda realitas yang melampaui dirinya sendiri, karena telah menjadi penanda realitas aslinya. Pada dasarnya tanda, penanda, dan petanda merupakan refleksi diri seseorang terhadap imajinasi yang disampaikan (Piliang 1999, 302) melalui pengkarya. Ketiga ciri ini juga sangat erat kaitannya dengan ciri berikutnya, dalam membentuk psikologi klien, yang harus terus berkembang dari setiap paparan dan tindakan.

f. Kode

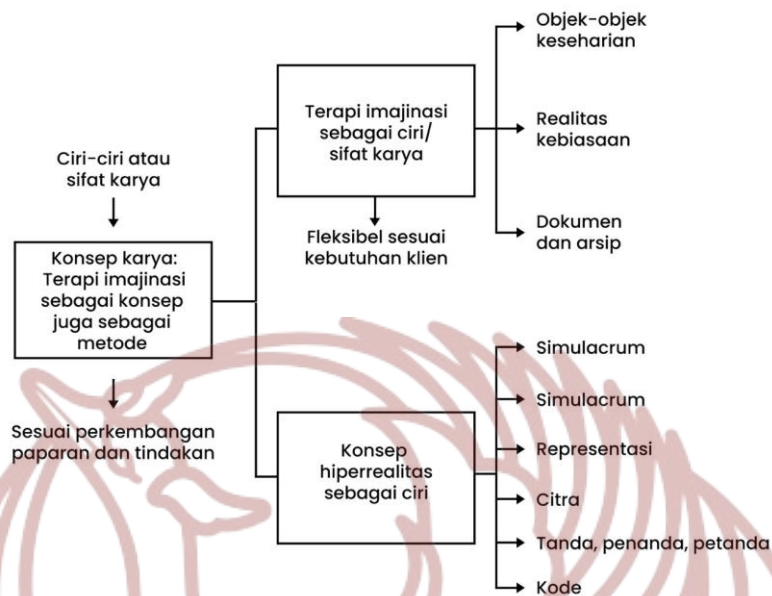


Gambar 27. Salah satu bentuk kode dalam konteks hiperealitas, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

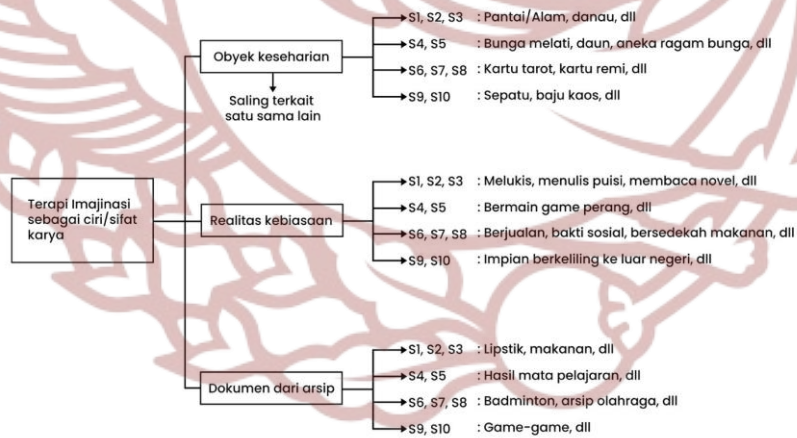
Menurut Baudrillard, kode dalam konteks hiperrealitas merupakan strategi dalam memadukan tanda-tanda yang dibawa ke dari realitas sosial untuk saling memberikan tujuan dari objek yang diimajinasikan (Piliang 1999, 17) oleh masing-masing klien. Imajinasi klien yang dikomunikasikan dengan pengkarya dan tim, tidak dapat dipisahkan dari dampak psikologis yang sedang berlangsung. Posisi ini, katakanlah, merugikan diri sendiri, karena dominasi tanda-tanda dan kode masa lalu dari lingkungan sosial, sehingga memunculkan tanda dan kode yang diasosiasikan dengan masa lalu, meskipun beberapa di antaranya juga merupakan resistensi terhadap perilaku sosial yang menyebabkan skizofrenia.

Menurut Baudrillard, kode bekerja secara asosiatif dengan lingkungan sosial yang memengaruhi dan membentuk atau berdampak, katakanlah sebab akibat dari situasi dan kondisi individu (Baudrillard 1994, 13), sehingga hal yang paling ditekankan dalam ciri keseluruhan, kode adalah semacam kesimpulan dari semua ciri yang saling berhubungan. Kode yang diciptakan oleh pengkarya dalam menggabungkan tanda-tanda interklasifikasi klien dalam pola pantai/alam, nirmana, interaktivitas, dan *game*, yang disebut S4 dan S5, memiliki ikatan yang kuat untuk keluar dari trauma mereka. Seperti yang diungkapkan oleh salah satu penyintas, masa lalu yang tidak dapat dipisahkan dari masa kini (Purwanti 2021, 111) selalu menjadi titik perhatian pengkarya dan tim tentang bagaimana visual dieksplorasi dari imajinasi, melalui kode ini, semacam bagaimana setiap klien melengkapi semua jenis perasaan yang dapat dilihat dalam paparan dan tindakan di lab kolaboratif di menit-menit terakhir sesi terapi imajinasi.

Seluruh uraian ciri-ciri atau sifat karya beserta maknanya dapat diabstraksikan dalam bentuk bagan sebagai berikut.



Gambar 28. Bagan konsep karya: terapi imajinasi, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)



Gambar 29. Bagan terapi imajinasi sebagai ciri/sifat karya, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)



Gambar 30. Bagan konsep hiperrealitas sebagai ciri, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Keterangan:

- Relasi kerja secara terus menerus
- ↔ Relasi kerja secara keterkaitan
- Suatu hal menunjukkan penjelasan

B. Unsur-unsur Karya Seni

Berdasarkan ciri-ciri atau sifat-sifat karya dan makna di atas, maka unsur yang paling potensial dalam mengaktifkan kemampuan kognitif, meminimalisir delusi dan halusinasi klien, unsur yang paling relevan adalah kerja kolaboratif, atau dapat disebut kolaboratif-kolektif. Istilah ini merujuk pada *devised theater*, teater yang dirancang bersama-sama, berdasarkan tulisan Delong dkk. (Delong et al. 2015, 2), yang mana dasar penciptaannya adalah kumpulan ide, dengan ciri utama karya yang

dirancang adalah metodologinya, atau bagaimana karya tersebut diwujudkan. Tidak ada posisi antara subjek dan objek, yang mana posisi mereka cukup berimbang, saling memberikan masukan bagi pengembangan terapi imajinasi sebagai sebuah lab, sehingga unsur-unsur dalam karya tersebut mengandung unsur kolaboratif.

Hal terpenting adalah posisi klien, yang dalam ini adalah subjek, benar-benar diletakkan dalam segala macam gagasan dari interpretasi visual pengkarya yang dirancang bersama-sama. Menurut Oddey, hal utama dalam perancangan ini adalah bagaimana metodologinya, kerja kolaboratif cenderung didorong, tidak hanya secara kolektif yang cenderung digagas oleh satu orang dalam pelaksanaannya sebagai *domain of voice* dalam finalisasi gagasan, tetapi suara-suara perancangan ini digarap bersama-sama (Hafifi 2024, 9) untuk menemukan gagasan yang lebih bermanfaat bagi klien dan mengeksplorasi motivasi. Waktu yang dialokasikan untuk terapi imajinasi dihabiskan untuk mendengarkan komentar masing-masing klien dalam paparan dan tindakan, merevisi visual sesuai saran, dan tanpa memutuskan posisi kerja yang tegas, padahal antara pengkarya dan tim yang terdiri dari *performer* sekaligus peneliti, di mana posisi mereka juga berhak memberikan sesuatu bersama.

Terapi imajinasi yang dirancang mengambil pendekatan sangat holistik dalam posisi yang setara, antara klien, pengkarya, dan tim tanpa harus memiliki posisi yang tegas. Upaya yang dikerjakan adalah

bagaimana konsep karya, terapi imajinasi atau seperti apa jadinya di akhir visual yang akan dimasukkan dalam lab kolaboratif ini. Delong dkk. mengatakan: *Co-designing* merupakan upaya menghasilkan karya seni yang bernilai dan bermakna, senantiasa menghargai cara-cara kreatif dalam mengungkapkan kebenaran yang sederhana, dan mendesain untuk menghadirkan perspektif yang multifaset, juga mengacu pada genre (Delong et al. 2015, 2), yang dalam praktiknya juga menciptakan kebebasan dan spontanitas bagi klien layaknya seorang pengkarya.

Unsur kolaboratif ini dibuat sebagai upaya yang longgar, padahal masing-masing personal dalam merancang konsep karya terapi imajinasi juga fleksibel dalam banyak hal; dapat dijadikan sebagai metode penciptaan, konsep, ciri atau sifat suatu karya tertentu, atau hal-hal lain yang dapat dikembangkan. Oleh karena itu, semua kolaborator terpanggil untuk menggantikan unsur-unsur karya secara umum, seperti fasilitator, sutradara, peneliti, produser, dan kurator/dramaturg, juga ditempatkan pada posisi yang setara, untuk memberikan keyakinan kepada klien. Dalam praktiknya, jika merujuk pada pengertian yang lebih umum dari Hafifi (Hafifi 2024, 13), sebuah karya yang dirancang bersama berfokus pada bagaimana karya tersebut dibuat dan bagaimana produk tersebut bermanfaat bagi sasaran yang tepat.

Delong dkk. juga menegaskan bahwa karya yang dirancang bersama lebih ditentukan oleh bagaimana proses perluasan gagasan yang

diciptakan dan eksplorasi motivasi (Delong et al. 2015, 5). Dalam hal ini motivasi utama menempatkan klien pada keberanian untuk mengungkapkan hal-hal yang terpendam dalam dirinya. Bagaimana klien muncul dan berelasi secara simbiosis antara reaksinya terhadap visual yang ditampilkan atau tindakan yang dikerjakan *performer*; menghasilkan respons positif untuk menemukan “peta jiwa” yang lebih stabil.

Pada hakikatnya, kolaborator sebagai unsur kolaboratif bereaksi terhadap interpretasi visual yang dibuat oleh pengkarya, membawa pengalaman dan imajinasi klien, untuk membawa perspektif mereka berdasarkan kehidupan masing-masing. Kemudian, ketika masing-masing klien diberi akses ke kekuatan untuk menemukan imajinasi yang terus tumbuh di setiap sesi paparan dan tindakan, mereka perlahan-lahan membentuk gagasan yang lebih imajinatif dan memperkuat sisi psikologis masing-masing klien yang telah retak. Terapi imajinasi yang dirancang secara kolaboratif pada dasarnya adalah fragmen persepsi psikologi pengkarya dan tim terhadap masing-masing klien, tentang terapi imajinasi yang digabungkan bersama untuk menghasilkan lab kolaboratif—juga sebagian jejaringnya dioperasikan oleh dramaturgi; pegangan kuat secara literatur, kemampuan, keterampilan, keluasan, metode, praktik, pemikiran, rencana, visi, misi, dan navigasi (Hafifi 2023, 91).

BAB III

METODE PENCIPTAAN SENI

A. Bahan/Materi Penciptaan

Hafifi (Hafifi 2024, 154) menjelaskan bahwa materi penciptaan adalah setiap objek dalam suatu karya yang kuantitasnya diukur dan dipertimbangkan dalam suatu skala. Kuantitas tersebut juga dipertimbangkan dengan teknik pengumpulan, pengolahan, penataan, dan pengemasan. Karya mengacu pada desain, konstruksi, dan struktur terencana, yang merupakan serangkaian metode penciptaan, setelah pengkarya memiliki gagasan, objek penciptaan, dan bentuk penciptaan.

Dalam kaitannya dengan “Terapi Imajinasi Orang-orang Pilihan”, materi penciptaan dibagi menjadi empat. Pertama, materi terapi imajinasi yang terkait dengan fungsi umum objek-objek keseharian, realitas kebiasaan, serta dokumen dan arsip masing-masing klien; kedua, materi audiovisual yang terkait dengan fungsi audiovisual secara umum berdasarkan klasifikasi subjek; ketiga, materi klasifikasi subjek yang terkait dengan alasan dan pertimbangan pengelompokan subjek secara lebih rinci. Materi keempat, yaitu materi lab kolaboratif, terkait dengan rincian bentuk lab yang dituju.

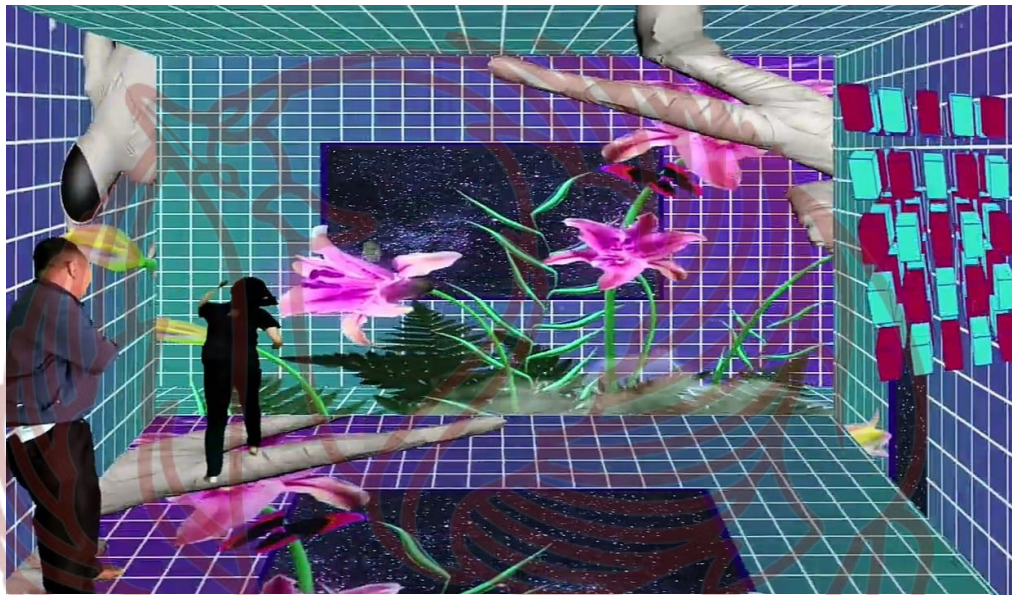
Semua materi tersebut digarap secara penuh dengan kerja kolaboratif untuk mempresentasikan secara lengkap setiap klien yang hadir dalam lab kolaboratif. Ada keluasaan pemikiran yang terbangun sejak paparan dan tindakan untuk mengetahui bagaimana klien mempersepsikan dirinya sendiri akhir-akhir ini. Terutama ketika melakukan aktivitas bersama dalam upaya membentuk diri, mengacu pada Delong et al. (Delong et al. 2015, 5), kolaboratif dapat saling menghasilkan dalam pengembangan diri masing-masing.

Hafifi (Hafifi 2024, 159) juga menambahkan bahwa materi penciptaan erat kaitannya dengan modal budaya. Hal ini berhubungan secara sosial dalam suatu sistem pertukaran, menghadirkan diri dalam pembentukan sosial. Pengkarya dalam hal ini, memicu klien untuk menciptakan perspektif lain di masa kini dan memotivasi untuk terus berkembang, serta memungkinkan klien dalam pusran trauma menemukan hal yang berbeda dalam kaitannya dengan terapi imajinasi.

Semua materi tersebut berfungsi sebagai kerja kolaboratif untuk menghilangkan batas subjek dan objek guna mengembalikan keharmonisan antara diri dan lingkungan (Hasneli 2014, 12) untuk membantu menciptakan, dalam diri, perasaan atau pendapat tentang karakter setiap klien. Ini semua juga tak lepas, digerakkan oleh dramaturgi sehingga pengkarya begitu leluasa dan meyakini setiap langkah maupun keputusannya. Sehubungan dengan perbaikan,

penggabungan, kesadaran, ketidaksadaran, membangkitkan gagasan, percobaan alternatif, dan kesiapan mempertimbangkan konteks dan teks apa pun yang terjadi (Hafifi 2023, 100).

1. Materi Terapi Imajinasi



Gambar 31. Salah satu materi terapi imajinasi yang diangkat dari keseharian, 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Materi terapi imajinasi yang diangkat dari objek keseharian, realitas kebiasaan, serta dokumen dan arsip S1, berfungsi sebagai memori afektif; menggunakan ingatan sebelumnya atau detail berbagai situasi untuk membantu menciptakan kembali emosi masa lalu sebagai pengembangan untuk berdamai dengan situasi tersebut. Emosi yang berbeda pada dasarnya lebih berani daripada emosi masa lalu.

Fungsi ini sejalan dengan S2 dan S3, yang diciptakan kembali untuk bergerak ke masa kini dan belajar sesuai dengan keyakinan di masa kini. Emosi afektif ini ditambahkan ke komponen-komponennya

oleh pengkarya, sebagai kerja kolaboratif. Tujuannya adalah untuk tetap berbeda dan berkembang di saat-saat ketidakberdayaan agar lebih kuat daripada emosi yang dirasakan sebelumnya.

Fungsi bahan ini juga terkait dengan cara S4 dan S5 memainkan emosi afektif; hidup apa adanya dalam keadaan imajinasi yang tumbuh dan berkembang di masa kini. Pilihan objek-objek ini, dipahami oleh pengkarya dan tim, adalah bahwa mereka sendiri mencari alternatif dalam memasuki situasi yang telah dialami (Yusuf 2012, 55) melalui kerja kolaboratif. Apa pun yang ingin dikerjakan oleh masing-masing klien dibiarkan keluar sendiri tanpa ada batasan, sehingga mereka memiliki akses yang berdaya penuh.

Akses berdaya ini merupakan kata kunci yang berfungsi dalam materi yang dipresentasikan oleh S6, S7, dan S8, dengan mempertimbangkan karakter, emosi para karakter, dan reaksi global terhadap kerja kolaboratif ini, yang dirasa sesuai dengan apa yang diinginkan saat ini. Ketika mereka memutuskan untuk terlibat dalam proyek terapi imajinasi, persyaratan utamanya adalah tentang akses berdaya terhadap hasil visual. Hal ini penting untuk mengembangkan berbagai karakter dan gagasan yang terus membuka pintu bagi perkembangan psikologis klien.

Pandangan yang hampir mirip dengan materi S9 dan S10, ketika pengkarya dan tim diposisikan harus menyadari bahwa klien berada

dalam situasi yang sama dengan individu pada umumnya. Setiap klien memiliki hak untuk sepenuhnya menggunakan keterampilan dan kemampuan yang dimiliki untuk membebaskan diri dari cerita masa lalu. Pengkarya juga berfungsi dalam materi ini dengan cara yang mencegah diri mereka untuk sekadar mengidentifikasi klien dengan karakter yang cenderung distereotipkan oleh masyarakat pada umumnya.

2. Materi Audiovisual



Gambar 32. Salah satu materi terapi dikerjakan dengan tumpang tindih, 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Materi audiovisual erat kaitannya dengan fungsi materi terapi imajinasi; di mana klien harus menciptakan imajinasi yang dapat diyakini sebagai asosiasi diri, serta dipercaya oleh pengkarya dan tim agar semuanya sama-sama terikat satu sama lainnya. Pengkarya menggunakan teknik tumpang tindih, teknik susun dan tempel, serta

teknik larut, untuk membuat klien yakin dengan segala tindakannya di masa kini. Materi ini bersifat global, semakin mendekati imajinasi sehingga mereka yakin bahwa itulah realitas yang sesungguhnya.

Ketiga teknik yang digunakan dalam materi audiovisual tersebut juga saling bersinggungan dengan fungsinya masing-masing berdasarkan klasifikasi; di mana S1, S2, dan S3, untuk mendorong perubahan psikologis agar lebih positif dari sebelumnya. Perilaku sosial dirusak oleh setiap klien dengan membayangkan materi audiovisual yang dirancang dengan tujuan memengaruhi mereka untuk masuk ke dalam emosi pemberdayaan yang lebih baik. Pemberdayaan ini senantiasa sepenuhnya digerakkan oleh pengkarya untuk memperoleh hak sosialnya, dalam merebut kebahagiaan jiwa (Rakhmat 2021, 34) melalui imajinasi visual refleksi dari masa lalunya.

Fungsi materi audiovisual di atas, juga bersinggungan dengan S4 dan S5, tetap lebih melankolis dengan realitas yang telah terjadi, juga mimpi buruk harus dirasakan kembali dengan konsep hiperrealitas, rasa sakit tersebut diharapkan dapat diminimalisir berdasarkan suara keseharian atau suara-suara yang disukai satu sama lain seperti lagu atau musik. Hal ini memberikan tantangan berharga bagi pengkarya dan tim untuk memaksimalkan kelebihan masing-masing individu yang sering kali tersembunyi (Nugroho 2018, 23) untuk dieksplorasi. Di sinilah peran kolaboratif dalam mengambil suara yang tidak lebih

dominan dibanding yang lain (Delong et al. 2015, 6), untuk memperoleh posisi yang setara.

Latar belakang seperti gambar-gambar di atas yang saling tumpang tindih, saling menempel, dan saling melarutkan, dalam konsep hiperrealitas juga merupakan bagian dari fungsi materi audiovisual S6, S7, S8, S9, dan S10 yang kurang lebih serupa. Alur cerita yang telah dilalui hendak dibenamkan lewat imajinasi yang disampaikan kepada pengkarya. Sehingga dengan sendirinya, audiovisual itu dihadirkan sebagai upaya manipulasi memori emosional; jeritan dan suara-suara mengganggu lainnya di masa lalu yang didistorsi dengan suara-suara kesukaan di masa kini melalui musik/lagu untuk menentukan bagaimana klien berhak memiliki kekuatannya sendiri, ditambah suara realitas dari paparan dan tindakan yang berlangsung selama ini.

3. Materi Klasifikasi Subjek



Gambar 33. Salah satu materi klasifikasi subjek dalam terapi imajinasi, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Materi ini sudah disinggung pada dua materi sebelumnya yang sebenarnya saling berkaitan, hanya saja masing-masing klien diklasifikasikan menurut kondisi emosional masing-masing klien untuk berperan sebagai klien dalam mendesain bersama. S1, S2, dan S3 kerap kali menggunakan emosi dan insting yang mendalam dalam peparan dan tindakan dalam setiap paparan dan tindakan yang tidak terduga dalam menyampaikan imajinasi visualnya. Ketidakpastian ini menjadikan reaksi alamiah pengkarya dan tim sebagai pertimbangan paling signifikan untuk mengklasifikasi mereka, mengingatkan pada pernyataan (Fakhriyani 2019, 9) tentang banyaknya orang yang mengalami gangguan jiwa akibat penolakan terhadap tindakan yang

anehnya disebut demikian, namun dalam kasus ini diakomodir untuk menganggapnya bukan sesuatu yang bermasalah.

Klasifikasi lainnya, yaitu S4 dan S5 didasarkan pada keunikan mendesain yang kerap kali memunculkan imajinasi detail yang unik: bagaimana objek bergerak, bagaimana objek muncul dan menghilang, serta bagaimana objek datang dan pergi dengan cara yang mengejutkan. Hal ini sangat khas dari semangat kolaboratif dalam bekerja sama menjalankan pola kebersamaan (Delong et al. 2015, 7). Prinsip ini merupakan prinsip yang paling kuat di antara klien-klien lainnya, sehingga layak untuk diklasifikasikan dengan tujuan agar lebih efektif dalam memulihkan kemampuan kognitif, meminimalisir delusi, dan halusinasi.

Sedangkan klasifikasi S6, S7, dan S8 didasarkan pada pemikiran eksperimental dan inovasi yang dikemukakan, dalam berpikir dan bertindak agar lebih baik dari sebelumnya. Pengkarya dan tim akhirnya merasa lebih mudah untuk menciptakan emosi dan reaksi nyata terhadap visual, karena sudah tersedia melalui pikiran dan tindakan klasifikasi ini. Oleh karena itu, membiarkan setiap klien dan mengandalkan sepenuhnya untuk terus mengembangkan gagasan imajinasi, dipahami sebagai cara terapi imajinasi yang lebih efektif daripada terapi visual lainnya.

Alasan yang tidak kalah unik dalam materi klasifikasi S9 dan S10, yakni berdasarkan kesiapan sebelumnya dalam sesi paparan dan tindakan, di mana klien ini terlebih dahulu membuat catatan tentang ke mana visual akan berkembang selanjutnya. Hal ini juga menjadi sesuatu yang istimewa, untuk menemukan jalan pemulihan bagi dirinya sendiri. Terutama dalam menceritakan dirinya lebih kuat daripada beberapa klien lainnya.

Sebut saja *self-journey*, yang mengambil segala bentuk kejadian dari kehidupan masing-masing dan lebih berani menuangkannya ke dalam visual yang dirancang bersama sebagai terapi imajinasi. Awalnya, hal itu menjadi rumit saat dikonfirmasi dengan keluarga klien, yang juga tumpang tindih atas kebenaran narasi. Tanpa memihak pada apa yang benar, pengkarya dan tim menganggap klasifikasi autobiografi ini lebih fungsional terhadap realitas masa lalu yang menyebabkannya menjadi lebih rumit, yang membentuk imajinasi ini sebagai gaya terapi imajinasi yang khas sekaligus memberikan semangat kebenaran pada apa yang diyakini sebagai narasinya sendiri.

4. Materi Lab Kolaboratif



Gambar 34. Salah satu bagian dari materi lab kolaboratif, April 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Berdasarkan subbab wujud penciptaan; “peta jiwa” dengan metode terapi imajinasi sebagai lab kolaboratif yang diwujudkan, dibuat dengan LED (*Light Emitting Diode*) atau LCD (*Liquid Crystal Display*), berisi akumulasi materi terapi imajinasi, materi audiovisual, dan materi klasifikasi subjek, semacam “peta jiwa” terkini dari setiap klien yang memenuhi kriteria penciptaan ini. Dalam konteks ini sebagai sebuah akhir, yang sejatinya merupakan awal dari sebuah hubungan yang harus terus dijalin di masa depan, untuk menjadi sadar bahwa pengkarya dan tim adalah bagian dari sebuah keluarga yang terus terhubung. Materi ini merupakan akhir dan awal dari kerja kolaboratif yang dapat mengubah konsep keberlanjutan dari hasil perancangan ini.

Konsep keberlanjutan juga terkait dengan isu-isu moral, emosional, atau sosial yang terjadi dalam setiap sesi, yang dibangun oleh cerita setiap klien tentang pertanyaan yang benar-benar memicu akses berdaya. Kerja kolaboratif menurut (Delong et al. 2015, 7) terletak pada pembahasan terapi imajinasi yang sepenuhnya dirancang tentang bagaimana memikirkan aktivitas yang efisien dan efektif. Proses yang lebih eksploratif dalam setiap sesinya tanpa memikirkan subjek awal, apakah itu pengkarya atau klien—yang sangat berbeda dengan kebanyakan penelitian. Materi lab kolaboratif ini menjadi sejumlah akumulasi kekuatan masing-masing individu yang setara antara klien dan tim, sebut saja *performer* yang bersama-sama berada dalam satu lab.

Apa yang mungkin terjadi diimajinasikan oleh penonton di luar lab kolaboratif ini, *performer* tersebut juga diyakini sebagai klien, dan sebaliknya, jika *performer* tersebut hadir di lab, klien tersebut juga dapat ditentukan sebagai *performer* atau pengkarya. Hal yang pasti dalam materi lab kolaboratif ini adalah pemanfaatan kesederhanaan dari ketiga materi sebelumnya dalam membangkitkan emosi individu, memunculkan berbagai perspektif, dan menciptakan ruang yang holistik dan lebih kreatif di masa depan.

B. Metode Pengolahan Bahan/Materi Penciptaan

Hafifi (Hafifi 2024, 262) menjelaskan bahwa materi penciptaan yang terkumpul memerlukan langkah-langkah lanjutan dengan menanyakan bagaimana cara mengolah materi tersebut, yang harus diperhatikan sebelum melanjutkan ke tahap *finishing*. Pengkarya berpendapat bahwa mengacu pada pernyataan tersebut, metode pengolahan materi penciptaan juga dapat dipahami sebagai metode penciptaan yang spesifik, di samping metode penciptaan global, yaitu *practice-led research*. Metode penciptaan yang spesifik ini, yaitu terapi imajinasi; terkait bagaimana mengkativasi fungsi otak fisik, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik (Kopelowicz, Liberman, and Wallace 2003, 25), untuk lebih memahami pola pikir dan komunikasi klien dalam menunjukkan identitas diri dan refleksi (J. Pardede et al. 2020, 10) sebagai strategi rekonsiliasi trauma dan perubahan psikologis dalam setiap klien.

1. Terapi Imajinasi melalui Bahan/Materi: Aktivasi Kemampuan Kognitif



Gambar 35. Salah satu visual difungsikan aktivasi kemampuan kognitif, 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Berdasarkan subbab sebelumnya, terapi imajinasi juga dapat dipahami sebagai suatu metode penciptaan; upaya untuk memberikan relaksasi atau kedamaian jiwa bagi yang melihatnya dengan menghadirkan visual yang dikelola dari kumpulan imajinasi. Imajinasi berkaitan dengan masing-masing klien pilihan, atau mereka yang disebut sebagai orang-orang pilihan dalam suatu pergumulan yang lebih positif, di mana objek-objek keseharian, realitas kebiasaan, maupun dokumen dan arsip, dapat mengaktifkan kemampuan kognitif. Dalam hal ini, sebagai suatu upaya untuk merespons sejumlah terapi yang juga menimbulkan ketidakstabilan, karena belum mampu masuk secara holistik ke

dalam kognisi (J.A. Pardede and Ramadia 2021, 12), yang dikhawatirkan dapat memperpanjang trauma.

Terapi imajinasi dalam penciptaan ini, sebagai suatu metode yang mengolah materi untuk menginternalisasikan segala macam gagasan dari masing-masing klien, untuk kemudian dituangkan, didiskusikan, dan dirancang bersama-sama dengan pengkarya dan tim. Sebab menurut Hafifi (Hafifi 2024, 268) penciptaan bukan lagi kumpulan kekuatan yang berinteraksi dengan kekuatan lain atau memengaruhi pemulihan dimensi jiwa yang hilang dalam paradigma representasional, melainkan penciptaan yang lebih mampu menghasilkan metodologi bagi target yang benar-benar membutuhkannya, untuk memahami realitas terburuk dari resistensi obat (Ding, Li, and Liu 2018, 25), yang membuat kognisi klien semakin buruk.

2. Terapi Imajinasi melalui Bahan/Materi: Meminimalisir Delusi



Gambar 36. Visual yang diwujudkan bertolak dari hasil karya klien, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Terapi imajinasi sebagai metode penciptaan yang spesifik dalam kaitannya dengan pengolahan materi; suatu upaya yang lebih berfokus pada terapi terhadap pengalaman hidup, penyerahan diri pada hal-hal yang rentan, dapat belajar memahami makna hidup dalam arti yang lebih luas, dan mengendalikan diri atas sejumlah delusi yang mengganggu. Metode ini lebih berfokus pada pemenuhan rangsangan visual bagi klien untuk menghentikan delusi, keberanian untuk menghentikan hal-hal yang bertentangan dengan realitas, dan lebih menyadari psikologi setiap klien. Kesadaran akan bahaya delusi hingga keselamatan diri sendiri dan keluarga terdekat yang mencintai dan merawatnya dengan tulus.

Terapi imajinasi sebagai metode penciptaan, terapi seni yang melibatkan kondisi psikologis terkini setiap klien, yang memengaruhinya melalui visual, serta kekuatan dalam mengekspresikan dirinya (Permatasari, Marat, and Suparman 2017, 11). Persepsi diri menjadi sasaran utama dalam terapi imajinasi, yaitu kebebasan berekspresi, sehingga gangguan seperti delusi diyakini dapat diatasi (Murtono et al. 2022, 6). Kebutuhan untuk memunculkan emosi yang kuat dan stabil dalam terapi imajinasi sebagai metode penciptaan, menjadi prioritas untuk bernegosiasi dengan alam bawah sadar, seperti datangnya delusi.

3. Terapi Imajinasi melalui Bahan/Materi: Menimalisir Halusinasi



Gambar 37. Visual bertolak dari hasrat klien berkomunitas airsoft gun, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Terapi imajinasi sebagai metode penciptaan secara spesifik dalam hal meminimalisir halusinasi, erat kaitannya dengan tujuan

meminimalisir delusi, yang juga dapat dinegosiasikan secara psikologis. Visual dalam setiap paparan dan tindakan di setiap sesi selalu dinegosiasikan secara terus-menerus dengan klien, sebagai bagian dari upaya meminimalisir hal tersebut. Jika dalam ruang sosialnya klien diberikan lebih banyak kebebasan untuk mengekspresikan dirinya, maka pengkarya menganalisis bahwa klien juga menemukan harga diri, yang sejalan dengan pernyataan Hafifi (Hafifi 2024, 272) di balik ekspresi ketidakpuasan terhadap diri sendiri akibat masa lalu sebenarnya juga mengandung semangat untuk mengubah diri sendiri, dan metode ini seperti memberikan akses yang selama ini sulit didapatkan.

4. Terapi Imajinasi melalui Bahan/Materi: Akses Berdaya



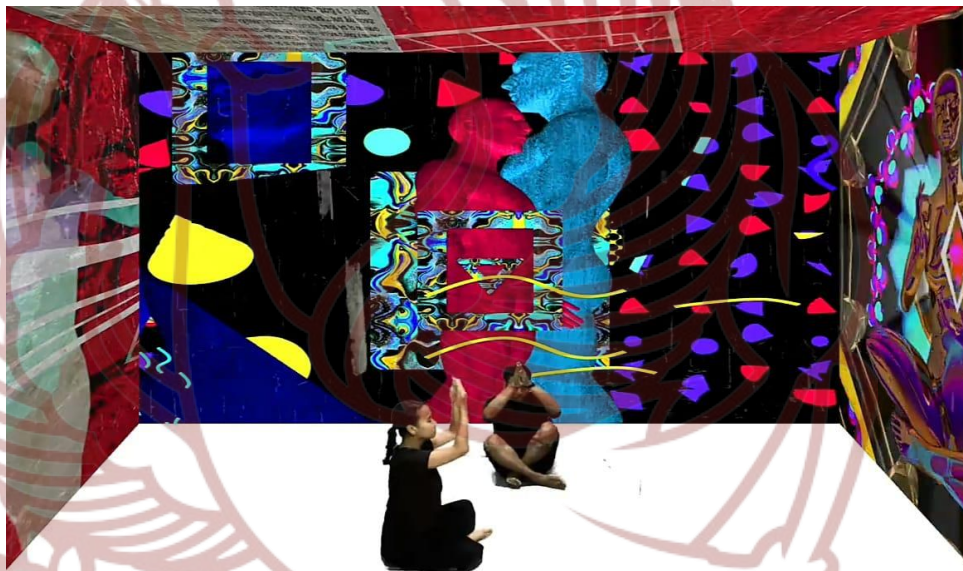
Gambar 38. Objek dalam media sosial diangkat dari kesukaan klien, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Terapi imajinasi sebagai metode penciptaan secara spesifik yang berfungsi untuk akses berdaya sebagai dorongan hidup (Cook and Macaulay 1997, 61), berkaitan dengan; ekspresi diri yang mampu mengembalikan rasa nyaman dan melindungi diri dari rasa sakit (Hafifi 2024, 312), sebagaimana yang dialami klien dalam merebut kembali ruang sosialnya. Kelangsungan hidup yang harus menghadapi segala permasalahan di masa lalu, dikonfigurasi dengan metode ini dalam bentuk kolaboratif. Hal ini menjadi sangat bernilai secara sadar bagaimana mendapatkan hak untuk menyampaikan pendapat dalam ruang sosial (Lolombulan, Gunatirin, and Dianovinina 2020, 19), meskipun dapat dikatakan dalam lingkup yang kecil.

Lingkup yang kecil ini dalam konteks klien, bukanlah soal seberapa luas lingkungannya, melainkan bagaimana subjektivitas diri melalui imajinasi, dipahami sebagai sistem tanda dan kode sosial yang secara sinkronis menghasilkan makna (Baudrillard 1994, 31) yang merupakan akses berdaya yang paling konkret. Di mana selama ini, akses berdaya cenderung bersifat manipulatif, karena pada realitasnya suara setiap klien tidak dapat terakomodasi dengan baik. Terapi imajinasi berupaya semaksimal mungkin untuk memberikan akses berdaya atas kemampuan yang dimiliki (Cook and Macaulay 1997, 20) pada sugesti dan masukan, untuk

semakin menemukan diri yang terkunci akibat minimnya ruang sosial untuk memahami tentang akses berdaya, sehingga tidak memiliki sikap mandiri dalam menyikapi banyak hal (Asnani 2020, 22) sebagai fasilitasi jiwa sekaligus pembubaran ego akibat rasa sakit.

5. Terapi Imajinasi melalui Bahan/Materi: Akses Setara



Gambar 39. Visual diimajinasikan oleh klien dalam upaya memenuhi, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Terapi imajinasi sebagai metode penciptaan secara spesifik, khususnya dalam konteks setara, sangat erat kaitannya dengan akses berdaya di atas, yang menurut Bauman: setiap individu memiliki kekuatan dan kemampuan yang sama, sehingga keunggulan hanyalah omong kosong (Bauman 2005, 62). Di mana dalam setiap sesi paparan dan tindakan, bagaimana pengkarya dan tim sepenuhnya menghayati, meyakini, dan memercayai segala

bentuk imajinasi klien, merupakan cara yang paling mendekati untuk mengembalikan kemampuan kognitif, meminimalisir delusi dan halusinasi. Akses yang setara ini sejak awal mengedepankan komunikasi etis dalam berhadapan dengan masing-masing klien sebagai prinsip dasar dalam kerja kolaboratif (Ramadhan 2023, 3) dengan mengeliminasi segala intensi penciptaan visual yang terkait dengan terapi seni, melainkan akses yang setara tanpa membedakan posisi pengkarya dan tim dengan klien, yang menjadikan posisinya sebagai individu bernilai dalam melakukan sesuatu yang bermanfaat.

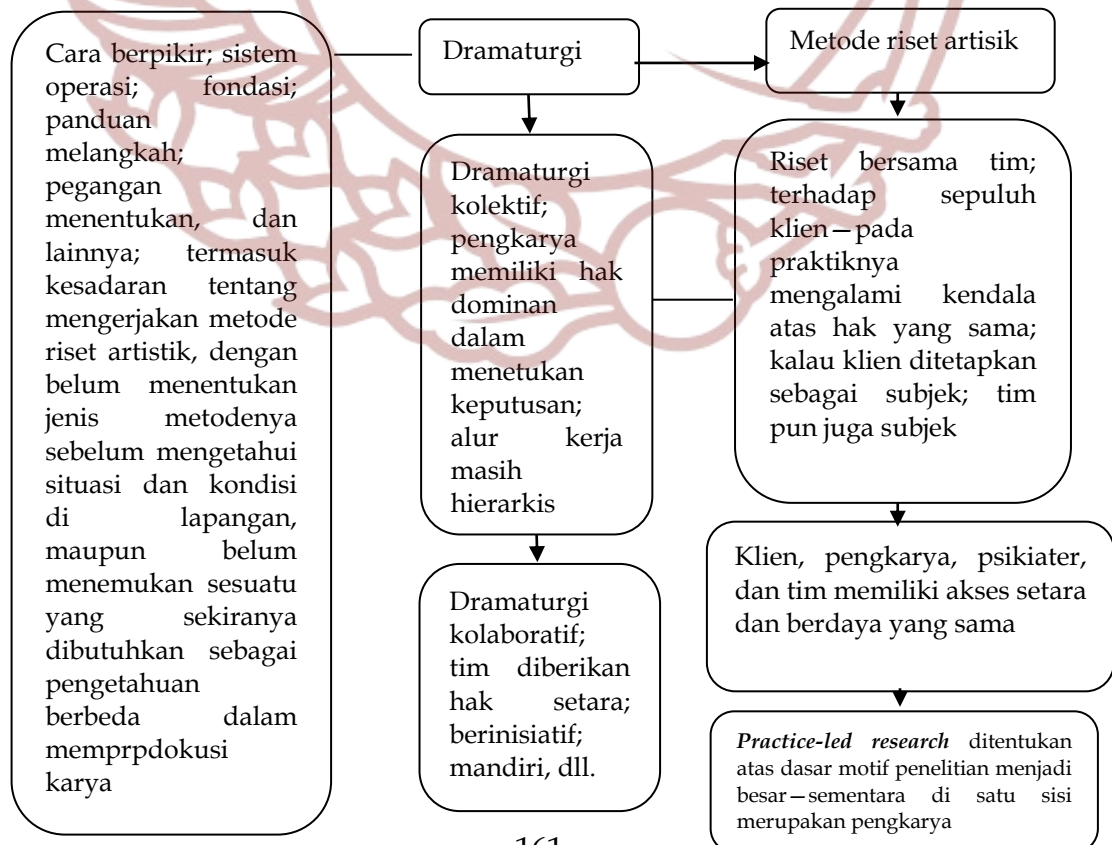
C. Practice-Led Research dalam Terapi Imajinasi



Gambar 40. Salah satu sesi paparan dan tindakan dengan S4, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Hafifi (Hafifi 2024, 325) menjelaskan bahwa metode penelitian artistik sebagai salah satu metode penciptaan secara umum sangat memengaruhi tujuan pengkarya untuk berkomitmen terhadap sesuatu. Sebagaimana ditegaskan oleh Niedderer dan Roworth-Stokes adalah *critical inquiry*, yaitu praktik yang dikerjakan oleh pengkarya melalui refleksi diri (Guntur 2016, 18). Di mana salah satunya adalah *practice-led research*, yang dijelaskan oleh Nimkulrat sebagai penelitian melalui penciptaan, penelitian yang mengarah pada penciptaan, penelitian yang berorientasi pada penciptaan, dan penelitian yang berorientasi studio (Guntur 2016, 21), ditentukan setelah menentukan atau mempraktikkan dramaturgi kolaboratif dengan tim terlebih dahulu.

Flowchart antara dramaturgi ke *practice as research*



Menurut Haseman, *practice-led research* merupakan penelitian yang dimulai sejak penciptaan untuk mengetahui lebih jauh tentang gap atau kebolongan dalam penelitian, di mana pertanyaan, masalah, tantangan diidentifikasi, dan dibentuk oleh kebutuhan penciptaan dan praktisi; kedua (Hafifi 2024, 324), strategi penelitian dikerjakan melalui penciptaan, terutama dengan menggunakan metodologi seperti layaknya akademis dan metodologi tertentu yang sudah dikenal oleh praktisi (Guntur 2016, 21). Pengkarya melihat dalam penelitian tentang klien sering kali kurang mendapatkan akses berdaya dan setara sebagaimana disebutkan di atas, yang membuat *practice-led research*, unsur kolaboratif sangatlah signifikan. Terutama kajian yang belum banyak diketahui oleh banyak orang di lingkungannya, asalkan saling menguntungkan guna memberikan pemahaman yang lebih terbuka dan luas dengan berbagai institusi, terutama dengan institusi yang memang sudah diketahui secara luas dan saling menguntungkan (Smith 2009, 28).

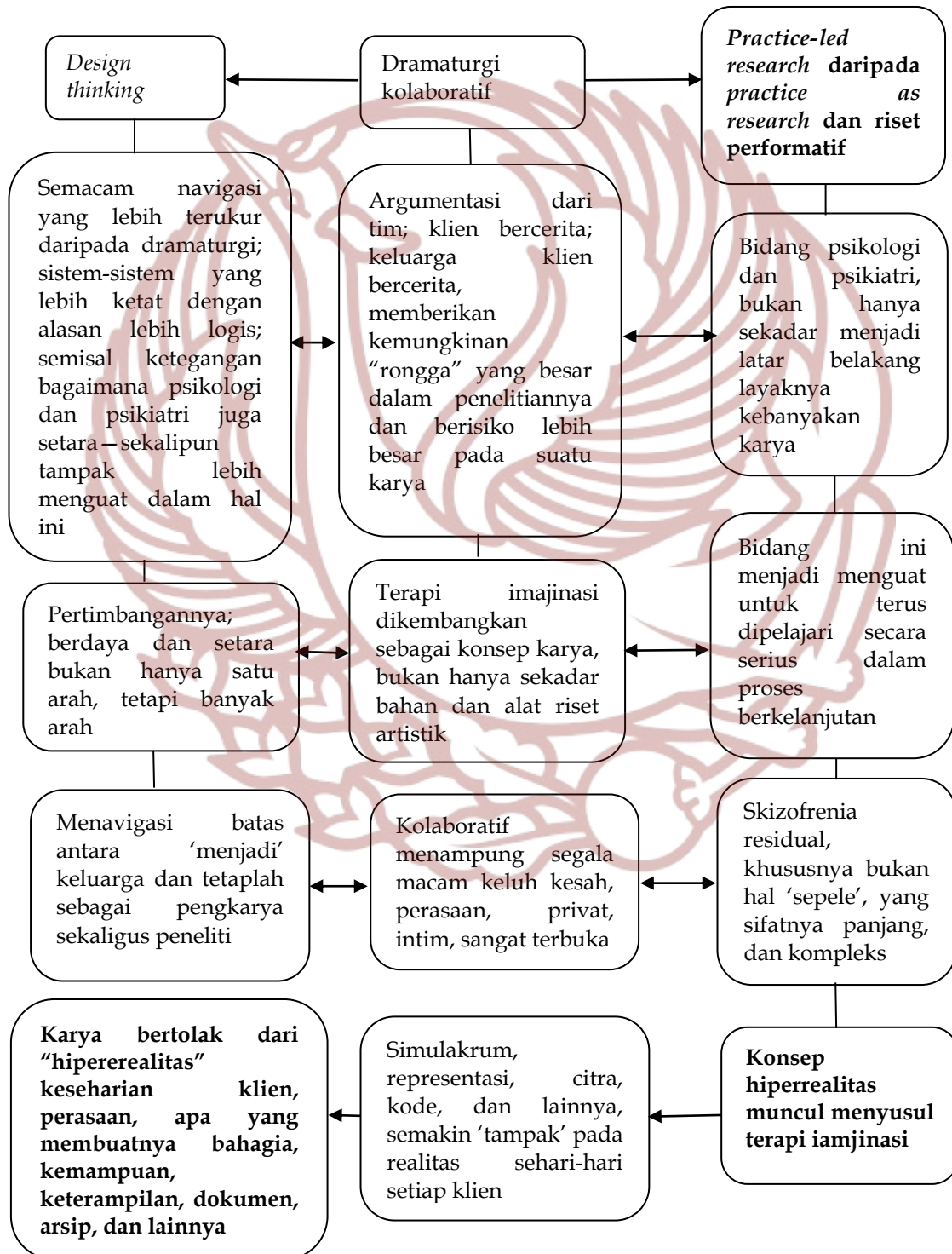
Poin penting mengenai karya seni yang dirancang secara dramaturgi kolaboratif, selanjutnya disertai dengan *design thinking* agar lebih memiliki sistem yang tersruktur, karena sangat relevan dengan metode *practice-led research*, yang menjadi fokus utama untuk berkolaborasi dengan bidang lain (Smith 2009, 29). Pengkarya sejatinya seorang praktisi dalam *practice-led research*, bergeser perlahan-lahan layaknya peneliti murni melalui kolaborasi dengan peneliti lain yang

muncul dari disiplin penelitian tradisional dan konvensional untuk mengomunikasikan pengetahuan dan teori berbeda yang berasal dari praktik mereka (Hafifi 2024, 326). Metode ini juga tumpang tindih dalam penelitian artistik lainnya, seperti yang dijelaskan bahwa tumpang tindih dalam upaya pengetahuan heterodoks adalah hal yang umum untuk menghasilkan keluaran penelitian yang dapat ditelusuri kembali kepada kebolongan penelitian sebelumnya (Smith 2009, 29), dan proyeksi praktisi yang berbeda dalam penelitian dilanjutkan dengan menulis hasil penelitian seperti seorang akademisi, menjadi perpanjangan dari penelitian (Hafifi 2024, 326).

Berdasarkan pemahaman di atas, secara khusus, *practice-led research* dalam terapi imajinasi, sebagai metode untuk membuat atau memproses materi yang menghasilkan hasil penelitian yang lebih terbuka tentang praktik yang dikerjakan. Tepatnya laporan perkembangan psikologis spesifik setiap klien, yang sebelumnya dilihat tidak pernah tertulis, di mana dramaturgi kolaboratif mendorong untuk demikian atas dasar sistem-sistem dari *design thinking*. Sasaran utama dalam *practice-led research* memiliki beban akademis yang lebih besar daripada penelitian berbasis penciptaan lainnya (Hafifi 2024, 327) dalam mengomunikasikan, jika sejak awal langsung ditunjukkan bagaimana mengaktifkan kemampuan kognitif setiap klien sebagai fondasi yang cukup utama di samping meminimalisir delusi dan halusinasi, dalam perkembangannya

secara perlahan konsep baudrillard dianggap sangat relevan dengan kompkesitas dari masalah setiap klien.

Flowchart dari dramaturgi ke *practice as research* ke temuan konsep hiperrealitas



Pengkarya sangat menyadari bahwa *practice-led research* dalam terapi imajinasi tidak berakhir di lab kolaboratif. Di mana laporan perkembangan penelitian setiap klien dapat terus diperbarui yang ditempatkan dalam subbab pada bentuk karya seni, sebelum bab penutup, karena memiliki peluang yang terus bergerak dinamis. Hal ini sangat berbeda dengan penelitian artistik lainnya dalam bentuk laporan metodologi, di mana tidak ada yang berakhir, karena pada prinsipnya kolaboratif menciptakan ikatan yang lebih panjang (Delong et al. 2015, 8).

Hal lain yang bersifat konseptual, bahwa kerja kolaboratif yang berasal dari lintas bidang, sangat ditentukan oleh antusiasme para kolaborator dalam melihat perbedaan ilmu pengetahuan, khususnya psikologi dan psikiatri sebagai modal berharga dalam melahirkan ilmu pengetahuan. Tidak kalah pentingnya, juga harus dilandasi oleh bekal yang memadai tentang terapi seni. Khususnya, dengan terlebih dahulu menumbuhkan rasa empati kepada klien, kemudian menciptakan rasa empati dari klien terhadap orang-orang di sekitarnya yang menciptakan akses berdaya dan setara dengan sungguh-sungguh.

D. Dramaturgi, *Design Thinking*, dan *Practice-Led Research*

dalam Terapi Imajinasi

Sejak awal, pengkarya berlatar belakang DKV tidak serta merta menentukan bidang psikologi dan psikiatri sebagai titik temu dalam berkarya. Sejak saat itu, setidaknya untuk memasuki bidang yang luas, diperlukan kesiapan jiwa, karakter, dan sikap untuk menerima apa pun yang terjadi. Maka dalam hal ini, pengkarya harus menyadari pentingnya dramaturgi sebagai pedoman atau landasan dasar untuk melangkah maju, karena sejatinya menurut Hafifi, dramaturgi tidak hanya terbatas pada narasi dan pengalaman visual yang dimiliki oleh seniman, melainkan serangkaian tindakan dan akumulasi pemikiran dalam kaitannya dengan filsafat, sosiologi, psikologi, dan lain-lain, dalam cara melihat 'dunia' yang lebih kompleks dan lebih luas (Hafifi 2024, 301).

Dalam konteks sosial, Goffman juga telah menarik ke arah yang lebih riil dalam kaitannya dengan interaksi sosial dengan bagian-bagian yang terjadi dalam suatu siklus yang berulang (Goffman 1959, 98), yang dilanjutkan oleh Hafifi, hal semacam itu telah melampaui pemahaman dramaturgi konvensional yang masih terfokus pada narasi dan cerita dalam naskah, yang berubah fungsi atau dikembangkan sebagai basis berkarya (Hafifi 2023, 81). Berkarya dalam hal ini, memasuki ranah yang berbeda dari sebelumnya, dengan meletakkan dramaturgi; pegangannya

meletakkan kata kunci keterbukaan atau fleksibilitas, pengembangan, dan eksperimentasi. Eksperimentasi ini juga terkait dengan *trial and error*, dalam menghadapi setiap klien, kaitannya dengan *swing mood* atau yang lainnya, jika tidak menggunakan dramaturgi tidak menimbulkan sikap untuk meneruskan proses kreatif.

Kreativitas yang berkaitan dengan gagasan, berorientasi pada masalah, dan menemukan solusi yang efisien, juga tidak akan terjadi tanpa dramaturgi. Dramaturgi dalam konteks dramaturgi baru bukanlah sesuatu yang secara langsung bersifat konkret, melainkan suatu abstraksi atau bangunan yang masih berada dalam pikiran (Hafifi 2023, 81), sebagaimana Goffman menghubungkan ruang-ruang belakang dan depan manusia dalam struktur sosialnya, ada yang terungkap dan ada pula yang tidak terungkap (Goffman 1959, 21). Hanya saja, disadari bahwa setiap pengkarya memiliki dramaturgi atau tidak, tergantung pada turunan kaidah-kaidah dasar yang dimilikinya; dengan mengembangkan kata-kata kunci yang juga tidak stabil.

Dari sini kemudian dramaturgi ditentukan, kalau misalnya terapi seni menjadi dasar atau fondasinya, maka bagaimana *design thinking* dramaturginya, terutama yang berkaitan dengan empati antarsubjek yang terlibat, dalam hal ini menyebut klien dan kolaborator. Kunci dari dramaturgi yang digunakan adalah fleksibilitas, maka *design thinking* bisa terus bergeser dari satu hal ke hal yang lain. Menurut Pressman, dasar ini

lebih sistematis, lebih rasional, bisa ditentukan, karena memang sudah berada di luar kepala, untuk menjadi sebuah proses yang menghasilkan solusi yang efektif dan inovatif (Pressman 2018, 71).

Pengkarya makin percaya diri untuk berani mengutak-atik banyak hal, atas dasar dramaturgi terapi; yang diletakkan atau ditempatkan bukan pada fokus penyembuhan, melainkan memberikan rute alternatif bagi segala permasalahan terkait terapi bagi klien. Khususnya terapi seni, yang menuntut adanya *design thinking*; merekam isu, konflik, dan hambatan yang relevan secara detail terkait masalah yang ditunjuk (Pressman 2018, 43) untuk memperoleh perspektif historis, dan berbagai preseden dari setiap peristiwa yang dialami klien. Hal ini makin memperluas pengkarya menjadi lebih bebas dan bersemangat dalam menghasilkan prototipe, juga bersemangat untuk diuji.

Menurut Pressman, *design thinking* memberikan pengetahuan konkret secara langsung (Pressman 2018, 28), sebagai turunan dari dramaturgi terapi, sehingga sangat pasti bertemu dengan psikiater dan psikolog. Meskipun *trial and error* juga terjadi di tengah jalan, dari dalam diri, hal itu telah dipikirkan secara matang melalui dramaturgi tersebut. *Trial and error* yang terjadi pada setiap klien, sejatinya telah terjadi dalam diri pengkarya dalam menghadapi pengetahuan yang belum dikuasai secara utuh, juga menemukan gejala yang berbeda dari sebelumnya, sehingga pengkarya semakin yakin, *trial and error* bukanlah sesuatu yang

yang 'asing' sebagai metode pendekatan, karena hal itu telah dialami, menjadi *prototipe* tersendiri dalam memutuskan sesuatu, terutama ketika memutuskan *practice-led research* sebagai metodologi karya.

Menurut Smith, *practice-led research*, sebuah metode untuk mendapatkan pengetahuan bersama dalam menginformasikan hasil investigasi dengan menempatkan sebuah praktik (Smith 2009, 39), yang belum pernah dilakukan sebelumnya. Pengkarya lebih banyak menggunakan imajinasi, dalam metode penelitian artistik selama ini, yang ternyata *design thinking* yang diturunkan dari dramaturgi, memudahkan untuk menghasilkan pandangan yang jelas, teratur, dan terperinci tentang masalah klien dari berbagai perspektif. Terutama *trial and error*, yang telah berlangsung lama dalam kehidupan klien sebagai cara pendekatan dan perawatan terhadap diri sendiri, membuat pengkarya harus siap untuk ini, karena dramaturgi seperti membuat fondasinya dalam mensintesiskan banyak hal.

Praktis dalam penerapannya, *practice-led research*, penelitian yang longgar dan cair dalam menghasilkan hasil penelitian selalu diimbangi oleh sebuah praktik, yaitu penciptaan (Smith 2009, 40). Metode penelitian artistik semacam ini menjadi lebih mudah karena diletakkan pada serangkaian fondasi yang jelas, dramaturgi yang tidak kaku atau tetap sebagai aturan baku, menjadikan *design thinking* tidak hanya berfungsi sebagai simulasi, tetapi juga lebih terbuka di dalamnya. Setiap temuan,

seperti *trial and error* dalam menghadapi klien, telah tersusun dalam sebuah dramaturgi yang memiliki sejumlah sub-bagan abstrak, sehingga dapat lebih referensial diaplikasikan secara langsung.

Maka *practice-led research*, dipahami oleh pengkarya sebagai sebuah metode penelitian artistik yang bersumber dari dramaturgi yang bukan sebuah konvensi atau algoritme; bukan sebuah catatan dan aturan yang tunggal, benar, dan mutlak; membuat turunannya agar terbuka terhadap semua temuan yang terjadi di lapangan. Di antaranya, mengkaji permasalahan klien ini, tidak berakhir dengan sebuah analisis tertentu, di mana *design thinking* mencoba mengerjakannya sebagai sebuah langkah konkret atau nyata, bukan apa yang diimajinasikan, tetapi lebih pada tindakannya terhadap pikiran-pikiran yang dipertimbangkan. *Practice-led research* dalam hal ini merupakan sebuah metode penelitian artistik yang sifatnya lebih konstruktif, bersumber dari *disruptive* dramaturgi, di mana *design thinking* mencoba mengakomodasi semua itu, untuk diwujudkan secara lebih konkret, melalui kerja-kerja penelitian, yang poin-poinnya dapat diabstraksikan melalui tabel berikut.

Tabel 1. Hubungan antara Dramaturgi, *Design Thinking*, dan *Practice-Led Research*

Elemen	Fungsi dalam Penciptaan	Keterkaitan
Dramaturgi	Fondasi; untuk memasuki bidang yang luas, diperlukan kesiapan jiwa, karakter, dan	Menurunkan <i>design thinking</i> yang lebih terbuka, juga longgar,

	<p>sikap untuk menerima apa pun yang terjadi; pentingnya dramaturgi sebagai pedoman atau landasan dasar untuk melangkah maju; tidak hanya terbatas pada narasi dan pengalaman visual yang dimiliki oleh seniman, melainkan serangkaian tindakan dan akumulasi pemikiran dalam kaitannya dengan filsafat, sosiologi, psikologi, dan lain-lain, dalam cara melihat 'dunia' yang lebih kompleks dan lebih luas; interaksi sosial dengan bagian-bagian yang terjadi dalam suatu siklus yang berulang, dan furgi dikembangkan; kata kunci keterbukaan atau fleksibilitas, pengembangan, dan eksperimentasi; melainkan suatu abstraksi atau bangunan yang masih berada dalam pikiran.</p>	<p>dan cair.</p>
<p><i>Design thinking</i></p>	<p>Turunan dari dramaturgi; terutama yang berkaitan dengan empati antarsubjek yang terlibat, dalam hal ini menyebut klien dan kolaborator; bisa terus bergeser dari satu hal ke hal yang lain; lebih sistematis, lebih rasional, bisa ditentukan, karena memang sudah berada di luar kepala, untuk menjadi sebuah proses yang menghasilkan solusi yang efektif dan inovatif; makin percaya diri untuk berani mengutak-atik banyak hal, atas dasar dramaturgi terapi; merekam isu, konflik, dan</p>	<p>Sebagai sikap atau langkah dalam konteks perwujudan, terkait strategi untuk mengambil keputusan – di antaranya <i>practice-led research</i>.</p>

	<p>hambatan yang relevan secara detail terkait masalah; perspektif historis, dan berbagai preseden dari setiap peristiwa yang dialami klien.</p>	
<p><i>Practice-Led research</i></p>	<p>Metode untuk mendapatkan pengetahuan bersama dalam menginformasikan hasil investigasi dengan menempatkan sebuah praktik; sangat berkaitan erat dengan <i>design thinking</i> dan dramaturgi; untuk menghasilkan pandangan yang jelas, teratur, dan terperinci tentang masalah klien dari berbagai perspektif. Terutama <i>trial and error</i>, metode pendekatan dan perawatan; penelitian yang longgar dan cair dalam menghasilkan hasil penelitian selalu diimbangi oleh sebuah praktik; bersumber dari dramaturgi yang bukan sebuah konvensi atau algoritme; bukan sebuah catatan dan aturan yang tunggal, benar, dan mutlak; membuat turunannya agar terbuka terhadap semua temuan yang terjadi di lapangan; sifatnya lebih konstruktif, bersumber dari <i>disruptive</i> dramaturgi.</p>	<p>Perwujudan dari penentuan sebuah dramaturgi yang mesti dimiliki terlebih dahulu.</p>

E. Tantangan, Hambatan, dan Cara Mengatasi



Gambar 41. Kolaborasi antara S5 dengan pengkarya dalam membuat visual, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Hafifi (Hafifi 2024, 345) menjelaskan bahwa metode penciptaan dari sekumpulan materi yang dikerjakan oleh pengkarya sebagai hak yang berdiri sendiri atau bagian dari suatu percobaan, terkait dengan tantangan, hambatan, dan cara mengatasinya bersinggungan dengan penyelesaian karya; langkah-langkah yang terkait dengan penentuan objek menjadi satu karya tunggal berdasarkan metode penciptaan yang diterapkan secara kolaboratif dengan praktik kerja dramaturgi. Berdasarkan pemahaman tersebut, tantangan dalam penyelesaian karya terletak pada bagaimana dramaturgi diterapkan, yang dalam DKV dapat

disebut sebagai dramaturgi media visual yang karyanya terkait dengan desain tujuan, indeks dan aransemen, penonjolan grafis utama, pewarnaan dan tekstur, serta elemen-elemen dasar (Hafifi et al. 2021, 3), dalam hal ini dramaturgi kolaboratif menjadi kebutuhan utama. Namun dalam praktiknya, akses berdaya dan setara sering kali ditempatkan pada posisi yang luput, membuat sesama kolaborator seolah-olah mengistirahatkan aktivitas kreatifnya dalam menghasilkan gagasan.

Materi yang tersedia semuanya berasal dari masing-masing klien. Bukan berarti kolaborator lain kemudian mengalihkan karyanya kepada kolektivitas, tanpa melakukan inisiatif lebih dalam untuk melihat kerja kolaboratif tersebut dan kemudian begitu saja meletakkan dominasinya pada masing-masing klien. Tantangan ketersediaan material kreatif yang dipilih dan diimajinasikan oleh masing-masing klien semestinya tidak menghentikan langkah kolaborator lain, layaknya seorang pengkarya yang hanya menunggu order dalam menyusun jaringan objek, selain bersikap kompromi atau negosiasi atas kehendak klien yang seketika terjadi di luar dugaan.

Dramaturgi kolaboratif dalam konteks akses berdaya dan setara, memiliki hambatan dalam pemahaman, yang berkelindan dengan perasaan iba, justru merupakan problem psikologis krusial dalam menundukkan diri dan memadukan diri dengan klien yang berbeda. Tantangan ini menjadi kendala dalam menyelesaikan karya untuk

menempatkan terapi imajinasi sebagai metode penciptaan yang spesifik, menjadi problem utama dalam bidang seni, untuk terus berkompromi dan bernegosiasi dengan setiap klien maupun tim yang terlibat. Sering ditemukan pengkarya atau pengkaji seni yang berlatar belakang kampus seni juga belum tentu arif dan sangat antusias terhadap bidang lain sebagaimana psikologi dan psikiatri, yang justru mengabaikan semua data yang diinformasikan, membuat suatu kompromi dan negosiasi tersendiri di luar permintaan-permintaan setiap klien di luar nalar.

Kolaborator yang berlatar belakang seni, seperti tari dan teater dalam hal ini, tidak memiliki perasaan yang berfokus pada apa yang tengah dihadapi sebagai suatu kebutuhan, sehingga sifatnya hanya kolektif, hanya berpartisipasi dalam konteks kehendak. Persoalan ini krusial untuk menegosiasikan pemahaman; dalam menggerakkan dramaturgi kolaboratif, sehingga sifatnya tidak hanya menunggu order dari kreator dan berdampak pada psikologi masing-masing klien. Hal ini rentan untuk segera diselesaikan demi kesamaan pemahaman tentang dramaturgi kolaboratif daripada dramaturgi kolektif di luar akses berdaya dan setara yang lebih diutamakan khususnya bagi klien.

Antusiasme menjadi hilangnya inisiasi kreatif. Hilangnya inisiasi tersebut menyebabkan mentalitas buruk bagi pertumbuhan dan perkembangan individu. Tak ayal, akhirnya mengabaikan banyak hal yang mesti dibutuhkan dalam kerja kolaboratif.

Pertama, bagaimana mengatasinya di tengah paparan dan tindakan dalam menegosiasikan pemahaman dramaturgi kolaboratif dan kolektif dalam konteks akses berdaya dan setara yang bisa dikontrol egois dan agresivitas pengkarya dan klien (Bauman 2005, 43). Poinnya adalah setiap kolaborator memiliki hak yang sama dan setara untuk mengelaborasi argumennya kepada klien, tanpa menyinggung perasaan klien. Setiap materi yang disampaikan oleh klien tidak sepenuhnya merupakan satu-satunya kebenaran atas dasar menyinggung perasaan mereka, atas pertimbangan psikologis yang dapat berakibat buruk secara emosional, yang menyebabkan hasil PANSS jauh dari apa yang diharapkan, dan bagaimana berdebat dengan klien—juga dikawatirkan SWLS jauh dari harapan, maka diperlukan metode khusus tanpa harus menyinggung perasaan mereka dengan pendekatan persepsi psikologi dalam DKV yang lebih dalam.

Kedua, hal yang paling mendasar adalah bagaimana memperbaiki mentalitas kolektif, yang tidak bisa terlibat dalam agenda proyeksi metodologis dan paradigma refleksi diri dibuka. Refleksi diri yang dimaksud antara kolaborator lebih pada tujuan mengapa mereka terlibat dalam agenda humanis ini untuk saling mengerti dan memahaminya, apa yang memengaruhinya, dan apa yang menjadi dasar, serta kebutuhan mana yang berbeda dengan kolektif. Persoalan besarnya adalah membongkar kebiasaan paradigma seniman dan pengkaji seni berbasis

kampus seni, lebih fokus menghasilkan suatu produk daripada suatu metodologi bagi masyarakat yang jelas-jelas membutuhkannya, yang selama ini menjadi persoalan bersama, untuk itu mesti mencari simpul-simpul atau origin terkait lembaga seni yang berkolaborasi, yang dapat dirangkum dalam tabel berikut, di mana realitas ini jauh lebih menyulitkan sikap kompromi dan negosiasi daripada dengan setiap klien atas kemunculan *mood swing* maupun kehendaknya yang mesti dipenuhi.

Tabel 2. Rangkuman Dramaturgi Kolektif dan Dramaturgi Kolaboratif “Terapi Imajinasi Orang-Orang Pilihan”

X	DRAMATURGI KOLEKTIF	DRAMATURGI KOLABORATIF
Fungsi	Memobilisasi pengkarya di bidangnya masing-masing maupun di luar seni secara sukarela, tanpa ada kepentingan pribadi, dan hanya berniat untuk bersimpati, bukan membangun empati bersama yang bukan merupakan motivasi utama; masih mengandalkan satu suara dominan untuk melakukan kerja kolektif; sering kali hanya berfungsi sebagai pendukung suara yang paling dominan di dalamnya dengan cara memberikan ruang eksistensi individu tertentu.	Pekerjaan dilaksanakan tanpa dominasi suara tertentu, yang berimbang dan setara, serta tanpa dikendalikan oleh satu suara yang paling dominan; kebebasan berbicara menjadi potensi terbesar, karena memiliki hak yang sama atas dasar tujuan memulihkan kemampuan kognitif, atau meminimalkan delusi dan halusinas bagi klien, juga mengaktifasi lebih pulih dari sebelumnya antarkolaborator di luar klien.
Proyeksi	Segala macam materi kreatif hanya diletakkan pada tujuan untuk mengaktifasi klien; bagaimana klien terlarut dengan perasaan bahagianya, sehingga yang muncul hanya keterlibatan dan kehadiran saja; sangat sedikit inisiatif untuk berbuat sesuatu; membuntuti eksistensi individu dan memberi kesempatan pada individu lain	Mengembangkan setiap individu agar memiliki potensi untuk berbicara secara setara; mampu bekerja sama secara kolaboratif dalam jangka panjang untuk melakukan sesuatu yang dianggap berguna; lebih metodologis karena menemukan sesuatu dan melakukannya dengan motif tindakan lebih penting daripada berpikir produk tertentu dalam

	untuk berkreasi dan berinovasi.	sebuah praktik.
Psikologi	Psikologi klien dalam kerja kolektif memang diyakini terus berkembang positif, namun hal itu menyebabkan para kolaborator yang bukan hanya bersifat kolektif, tetapi kolaboratif itu sendiri terganggu oleh minimnya inisiasi karena terlalu banyak menunggu perintah dari pengkarya, termasuk berinisiatif untuk mengeksplorasi segala macam materi penciptaan; kerja kolektif memiliki pekerjaan sampingan lain yang menyebabkan psikologi mereka juga ikut bercabang, sehingga sifatnya tidak semua berskala prioritas, hal ini dikarenakan mereka memiliki skala prioritas tertentu.	Psikologi antarkolaborator bertemu secara positif dalam tujuan dan temuan bersama dengan fokus umum; lebih terfokus pada pengerjaan satu hal sehingga pengembangan psikologi terpusat pada satu agenda yang terus bergerak, karena membutuhkan kolaborator yang tidak memiliki agenda cabang lain.
Akses berdaya	Di satu sisi, klien merasa berdaya dan memiliki akses setara secara penuh, namun di sisi lain, para kolaborator yang melaksanakannya tidak bekerja secara kolektif, mereka hanyalah individu-individu yang hanya terlibat secara kolektif dengan menunggu banyak hal, baik order maupun segala macam hal, untuk mendapatkan manfaat dari pemberdayaan objek sasaran utama.	Akses berdaya dimiliki oleh beberapa kolaborator; dengan mengutamakan prinsip-prinsip moral, norma, dan etika dalam berargumentasi, dan mengartikulasikan gagasan, dari semua jenis materi penciptaan yang sudah tersedia dari klien; sehingga inisiatif dan empati muncul secara berdampingan dan bersamaan.
Akses setara	Hanya berlaku secara tunggal; terletak pada masing-masing klien yang dituju, karena empati tidak tumbuh, yang ada hanya simpati terhadap kehadiran proyek ini atau agenda metodologis ini; lebih diinisiasi sebagai sebuah wacana, tetapi dalam implementasinya juga terasa ada suara yang dominan atau terdominasi, karena ilmu pengetahuan seni pada	Akses terhadap kesetaraan tanpa diskriminasi; setiap orang memiliki hak untuk menyampaikan argumen dan masukan bagi pertumbuhan dan perkembangan mereka bersama, di mana klien juga merasakan ruang sosialnya semakin teraktivasi; ketika diaktifkan secara serius dengan aktivitas atau agenda yang ketat dan kesetaraan ini sangat mempercepat pemulihan

	lemabaganya juga tidak berjalan secara setara.	kemampuan kognitif, maupun meminimalisir delusi dan halusinasi.
Dokumen dan arsip	Berupa data visual paparan dan tindakan yang dikerjakan secara kolektif, dengan fokus utama klien adalah seluruh imajinasi yang diperhitungkan, yang kemudian tetap berlandaskan pada dominasi suara tertentu; Terakhir, dalam lab kolaboratif, dramaturgi <i>reality of momentum</i> yang hanya pengkarya mengetahui kapan tumpang tindih di bagian mana, kapan tumpang tindih dengan waktu tindakan dan klien di lab pada bagian mana; tanpa berkomunikasi terlebih dahulu.	Data visual dari sesi paparan dan tindakan yang dikerjakan secara kolaboratif, meski menggunakan dramaturgi <i>reality of momentum</i> , tetap dapat diprediksi dengan momentum apa, dan pada saat tindakan apa, karena intensitas paparan dan tindakan cukup rapat dan cukup lama dalam sesinya, karena hanya berfokus pada satu agenda, terutama hubungan antara pengkarya dan tim; ikatan kemanusiaan lebih kuat dan menyatu, meski pengkarya menggunakan momentum apa pun, mereka tetap dapat saling mengenal karena semua sudah dipertimbangkan; semua sudah dipikirkan dan diperkirakan karena mereka lebih mengenal "peta jiwa" masing-masing individu.

Berdasarkan perbedaan antara dramaturgi kolektif dan kolaboratif, praktik penyelesaian dikerjakan dengan membuat turunan dari dramaturgi kolaboratif ini, dengan menyiapkan banyak data visual dari sesi paparan dan tindakan, menggunakan dramaturgi *reality of momentum* berdasarkan dokumen dan arsip yang ada. Tantra menjelaskan bahwa DKV mengkomunikasikan pesan atau informasi kepada komunikan (penerima pesan) secara visual, baik melalui gambar, tanda, maupun warna. Tanpa menggunakan narasi teks tertulis (verbal) pun, diharapkan komunikan dapat menerima pesan atau informasi yang ingin

disampaikan hanya dengan melihat tampilan visual media pembawa pesan (Hafifi et al. 2021, 8). Dramaturgi *reality of momentum*, menjadi pilihan yang tepat untuk melihat kejadian-kejadian yang tidak terduga dalam lab kolaboratif, menjadi pilihan yang relevan bagi sekumpulan data DKV yang sudah tersedia.

Dramaturgi *reality of momentum* merupakan pendekatan berkarya yang menekankan eksplorasi dan pemahaman terhadap materi yang tersedia sebagai pusat proses kreatif. Sepanjang metode kerja pengkarya, terdapat fokus berulang pada penelitian arsip tentang 'kehidupan' memori momentum, yang selalu dibawa ke dalam peristiwa (Anwari 2025, 15). Semua kolaborator yang terlibat memberikan kontribusi pada interpretasi, telah membentuk istilah budaya mereka sendiri yang terkait dengan metode penciptaan yang sudah ditentukan. Dramaturgi ini bertujuan untuk menangkap realitas peristiwa tak terduga dalam lab kolaboratif yang dikendalikan oleh pengkarya melalui suatu aplikasi, yang kemudian bisa bergeser peristiwanya menjadi bentuk lainnya (sebagai karya melihat momentum, waktu, di mana bersinggungan dan berhubungan dengan kecerdasan pengkarya atau sesuatu yang dapat ditangkap melalui perasaan).

Hal pertama yang harus disadari, sebelum menjalankan dramaturgi *reality of momentum* secara kreatif dalam lab kolaboratif, pengkarya umumnya bekerja sebagai dramaturg terlebih dahulu (di mana dalam hal

ini dengan psikiater) dalam menganalisis perkembangan psikologis klien atas kerja kolaboratif dan apa yang terjadi dalam diri mereka sendiri. Bila memang demikian, yang mungkin tidak secara umum disadari, Hal itu menunjukkan adanya upaya klien mengamati banyak hal, termasuk menyelidiki secara serius, kreatif, melalui kerja kolaboratif (Anwari 2025, 16).

Momentum di sini juga mencakup kecerdasan intuitif pengkarya ketika berada dalam situasi nyata yang tengah berlangsung, di mana dituntut untuk membaca, menanggapi, lalu mengelola aliran energi dan peristiwa yang muncul (Anwari 2025, 18). Dalam proses ini, pengkarya berperan sebagai analis aliran waktu (merujuk pada masa lalu, sejarah narasi di balik waktu, dan merekam perjalanan karya yang telah dibangun secara kolaboratif), untuk memperlihatkan suatu fakta yang sebelumnya tidak disadari. Dramaturgi ini juga mencakup beberapa kerja yang dikerjakan seperti: paparan dan tindakan, aktivitas, dokumen dan arsip, serta kerja-kerja lab.

Kesemuanya itu, jika dikaji secara serius, mengandung berbagai metodologi yang merujuk pada banyak ranah teoretis di luar seni sebagai subjek itu sendiri, dan bagaimana memandang hal-hal tersebut sejalan dengan komitmen etis penelitian yang melibatkan budaya, masyarakat, dan lingkungan (Hafifi et al. 2021, 11). *Reality of momentum*, sebagai sebuah dramaturgi yang kemudian dibawa oleh pengkarya ke dalam lab, disertai

dengan tekad untuk menelusuri ketidakstabilan produktif antara realitas yang sedang berlangsung antar dokumen dan arsip. Ada semacam melihat kerja dramaturgi turunan ini, sebagai sebuah peristiwa yang telah terjadi di depan mata pengkarya, yang kemudian dipelajari dengan melibatkan kolaborator untuk saling menyerap impuls-impuls indrawi dari lingkungannya, untuk kemudian diolah menjadi impresi yang lebih sublim (yang kemudian diendapkan, disublimasikan lagi, memikirkan kembali impresi yang kemudian diendapkan, ditelusuri oleh daya nalar, daya logika, entah dari subjektif ke objektif, entah kontekstual dan sebagainya) (Anwari 2025, 20). Impresi itulah yang akhirnya diaktualisasikan menjadi sebuah citra hiperrealitas dalam lab kolaboratif untuk meyakini hipotesis; interaktivitas antarkline sangat memulihkan kemampuan kognitif, meminimalisir delusi dan halusinasi.

BAB IV

BENTUK KARYA SENI

A. Objek Material

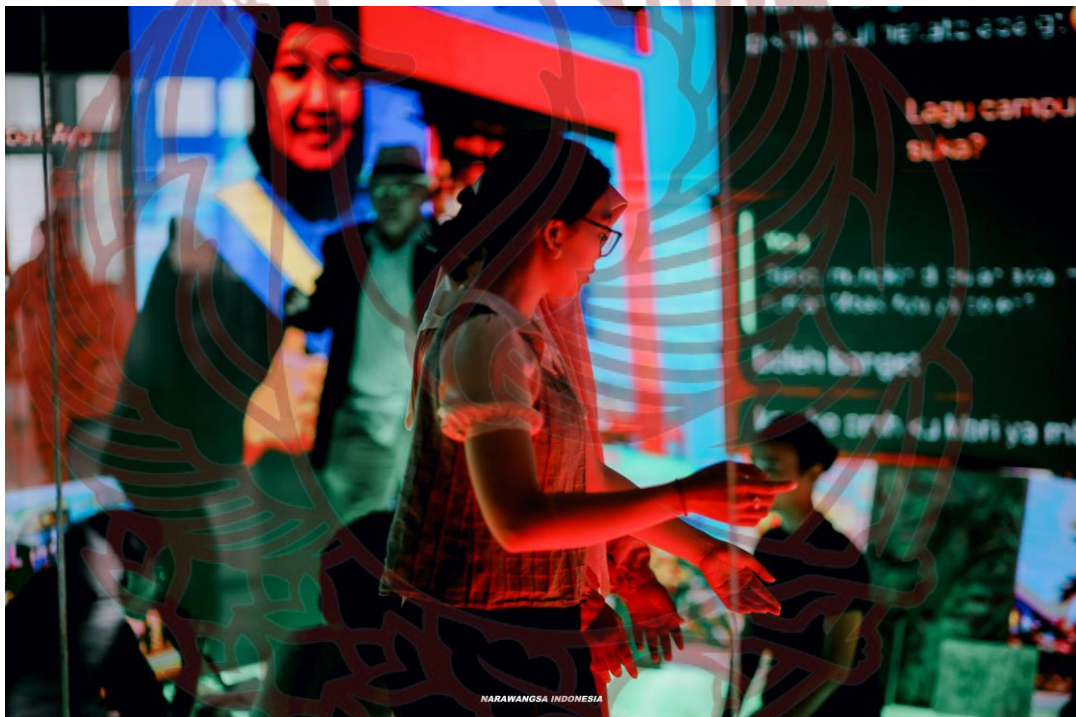
Hafifi (Hafifi 2024, 363) menjelaskan: Material dalam penciptaan karya seni merupakan bahan-bahan yang dihadirkan dengan tujuan tertentu dan memungkinkan terjadinya interaksi yang saling memengaruhi antara pengkarya dan penonton. Merujuk pada pemahaman tersebut, dalam konteks kolaborasi antara pengkarya dan tim dengan klien, keduanya juga dapat saling memengaruhi. Lebih dari itu, jika akses yang diberdayakan dan kesetaraan terus didorong atau diutamakan, maka semua tanda dari klien mengenai pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, dan lain-lain dapat secara perlahan difasilitasi oleh rangsangan positif di lingkungannya (Mueser and Jeste 2011, 49), yang sangat menumbuhkan rasa saling empati satu sama lain, khususnya di saat mengalami gejala kekambuhan secara keseluruhan; kehilangan motivasi dan minat, emosi yang datar, diikuti dengan ekspresi wajah yang flat, dan seketika merasa tak memiliki kemampuan apa pun.

Objek material berupa karya seni secara keseluruhan dapat disebut sebagai dokumen dan arsip, yang terus tumbuh dan berkembang dalam setiap sesi paparan dan tindakan yang kemudian disimpan sebagai arsip

digital dalam bentuk beberapa folder yang dimasukkan ke dalam satu aplikasi untuk kebutuhan lab kolaboratif, terutama untuk berupaya mengatasi gejala kognitif dan afektif melalui visual dari dalam diri; seketika merasa tidak mampu memperoleh informasi dari pengkarya dan tim, maupun berada pada situasi yang cemas pada saat sesi dan paparan. Jika pada bab sebelumnya telah dijelaskan dokumen dan arsip, mulai dari objek-objek keseharian, realitas kebiasaan, juga merujuk pada pemahaman terapi yang konsisten, maka sangat mungkin pengaruh pola pikir dapat dikerjakan dengan mengomunikasikan apa yang sangat dekat (J. Pardede et al. 2020, 9). Jadi dokumen dan arsip yang berupa data visual sepenuhnya merupakan bentuk visualisasi dan presentasi karya, berupaya bagaimana caranya visual itu mengatasi dari gejala kekambuhan setiap klien; mengalami kesulitan untuk mengaktivasi emosi yang paling dalam diri mereka masing-masing, dan menyerah pada situasi sosial, serta bermalas-malasan.

Sømhovd menjelaskan: Dokumen dan arsip dalam sebuah karya bersifat kompleks, mengandung berbagai perspektif dan cara penempatannya (Hafifi 2024, 367), yang dalam hal ini berfungsi sebagai bentuk visualisasi dan presentasi dalam proses pengembangan diri klien atas dirinya sendiri. Hal ini sejalan pengertian akses berdaya menurut Cook dan Macaulay, menggunakan sumber daya atas diri sendiri (Cook and Macaulay 1997, 29) yang tidak jauh dari subjek/objek. Sekaligus juga

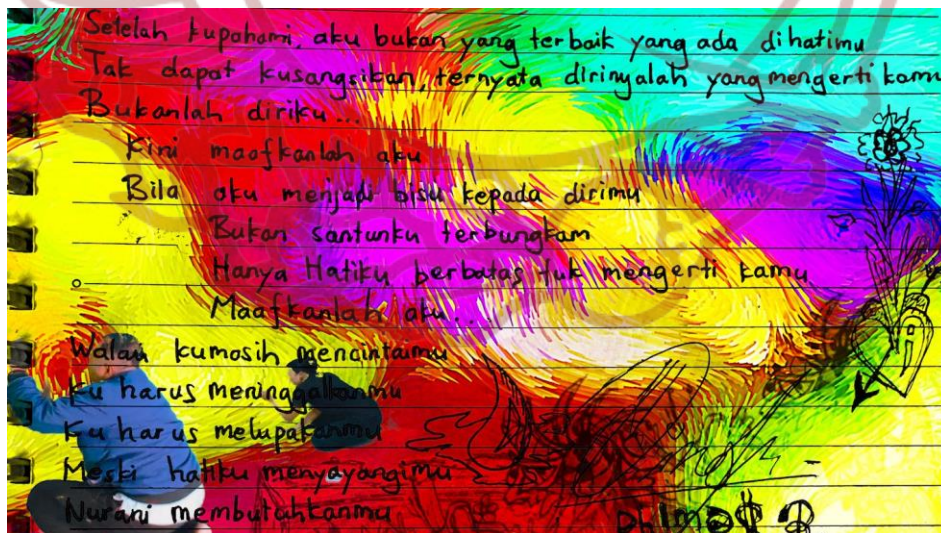
sejalan dengan konsep kesetaraan; dengan memberikan kesempatan dan peluang kepada individu dalam situasi dan kondisi apa pun (Bauman 2005, 71), sebagai upaya pengkarya dan tim memberikan ruang untuk selalu memastikan interaksi sosial mencapai tujuannya secara optimal, agar ke depannya lebih produktif melalui dokumen dan arsip mereka sendiri, sekaligus melepaskan diri dari perasaan disakiti oleh orang lain.



Gambar 42. *Chatan* antara pengkarya dengan S2, tentang upaya berdaya diri, Mei 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Percakapan semacam itu ketika ditempatkan sebagai materi visualisasi atau presentasi karya sebagai upaya pemberian akses pada hal-hal yang sederhana menjadi sesuatu yang berdaya. Klien sendiri semakin memiliki kesempatan untuk mengomunikasikan diri dalam perkembangan psikologisnya. Hal ini timbul ketika diolah menjadi visual

yang dapat menciptakan atau mendorong partisipasi yang lebih aktif dari sebelumnya, untuk terus didorong agar bersemangat untuk memberikan masukan terhadap visualisasi yang dikerjakan dan inisiatif lebih besar, serta tetap stabil melangsungkan kerja kolaboratif yang mendadak kehilangan semangatnya. Berawal dari pertanyaan sederhana, yang mengandung atau memunculkan persepsi sekadar obrolan umum, yang pada hakikatnya mengembangkan potensi klien untuk meningkatkan kemampuan dan rasa percaya diri agar tetap mandiri. Dalam konteks ini, hal-hal yang terkait dengan pemanfaatan terhapus dengan sendirinya, meskipun pada beberapa klien, ada yang seolah-olah memanfaatkan kesempatan, yang semakin terjalin baik mengingat akses berdaya juga bersinggungan tentang penerapan kesetaraan.



Gambar 43. Objek material berupa puisi-puisi yang ditulis oleh S1, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Pertimbangan mendasar yang selalu dipegang teguh oleh pengkarya dan tim, saat terus memupuk kemampuan dan keterampilan

klien, seperti puisi di atas yang dipadukan dengan imajinasi klien lain, agar tidak terjadi hal-hal yang tidak diinginkan (J.A. Pardede and Ramadia 2021, 12) sebagai cara mengatasi gejala lainnya dalam menentukan kerja kolaboratif ini sebagiannya dari skala prioritas, juga lebih tenang saat menghadapi stress dan mengontrol pikiran dan perilaku. Hal ini sendiri berdampak pada peningkatan kapasitas dan kemandirian klien dalam mengembangkan diri. Secara perlahan, pemahaman bagaimana mencintai diri sendiri lebih penting daripada membiarkan diri terjerumus dalam segala macam delusi dan halusinasi yang terus hadir dalam kehidupan.



Gambar 44. Tokoh kesukaan S3 yang dimasukkan ke dalam visual, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

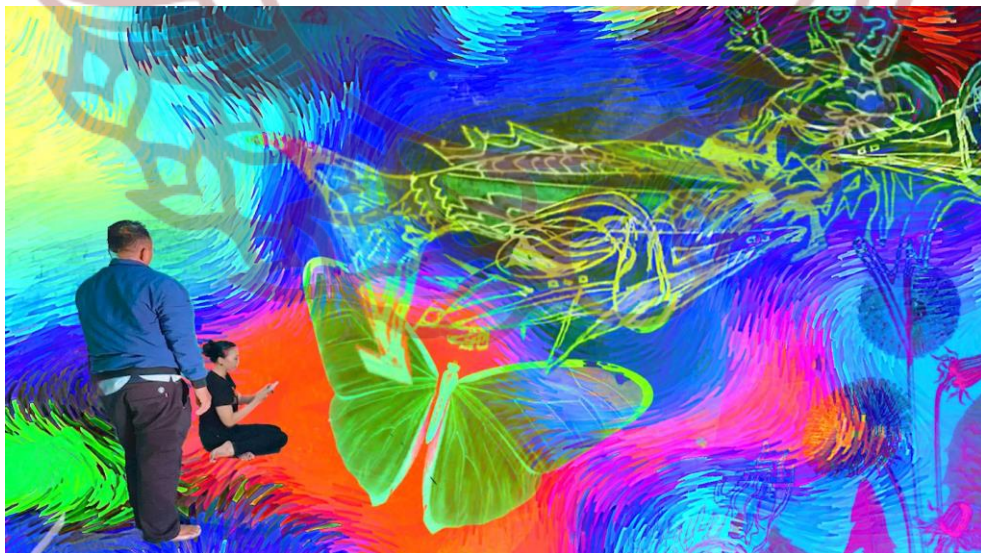
Upaya memasukkan data-data kreatif dari setiap klien, khususnya hasil suntingan seperti gambar di atas sebagai bagian dari terapi imajinasi,

adalah untuk menciptakan kerja kolaboratif yang saling berimbang. Cook dan Macaulay (Cook and Macaulay 1997, 30), konsep setara secara otomatis dapat mengurangi perasaan inferior pada masing-masing individu untuk membangkitkan diri agar memiliki semangat berubah dari sebelumnya. Oleh karena itu, pengkarya dan tim berupaya keras agar akses berdaya dan setara juga memuat keinginan, harapan, dan cita-cita, atas kehidupan yang layak sebagaimana yang diimpikan oleh masing-masing klien, untuk dipererat ulang keintiman yang berlangsung selama ini dengan pengkarya dan tim, yang seketika kendor tanpa motivasi apa pun.

Jika merujuk pada pernyataan tentang pemahaman terapi seni dapat dikerjakan melalui proses kreatif dalam menemukan jati diri pada masing-masing klien (Permatasari, Marat, and Suparman 2017, 11), akses berdaya dan setara juga diyakini tidak berasal dari sesuatu yang jauh dari masing-masing klien. Keyakinan ini juga dilandasi oleh tindakan yang lebih konkret, karena bagaimanapun juga, kerja yang terkomputerisasi merupakan basis utama dari terapi imajinasi. Akses berdaya dan setara ini, sebagaimana Bauman (Bauman 2005, 42) memandang setiap individu sebagai subjek yang dapat menentukan hidup dengan membebaskannya sebebaskan-bebasnya tanpa intervensi dari individu lain atas segala macam perbedaan, membuat pengkarya dan tim mengaitkan segala macam arsip individu sebagai bagian dari cara melakukannya, untuk mendorong

inisiatif, mengekspresikan ketidaksetujuan, memimalisir kemalasan dalam mengembangkan keterampilan, dan aktivasi ulang perasaan bahagia.

Olsen dalam Sømhovd (Sømhovd 2011, 38) dengan tegas menyatakan: Segala sesuatu yang dikerjakan dalam kreativitas seseorang merupakan dokumen pengalamannya. Dalam hal ini, pengkarya dan tim sejak awal menganalisis cara membebaskan seseorang dari kendali atas apa pun juga dapat menjadi bagian dari terapi imajinasi yang lebih banyak datangnya dari dalam dirinya sendiri; yang sering kali merasa kesulitan dalam berpikir, hilangnya daya, dan mudah lelah dari dalam diri. Klien memiliki hak untuk memiliki kebebasan atas gagasan, keputusan, dan tindakan imajinatif mereka dalam kerja kolaboratif yang merupakan bagian dari terapi imajinasi.



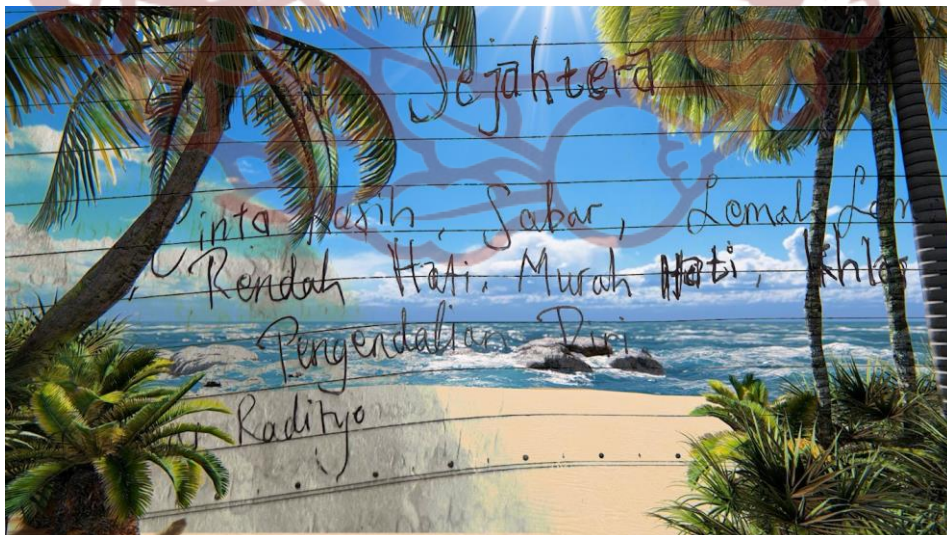
Gambar 45. Imajinasi berasal dari S4 diupayakan menjadi visual terapi seni, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Akses berdaya yang dimaksud oleh Cook dan Macaulay (Cook and Macaulay 1997, 26) lebih diarahkan pada kehidupan ruang sosialnya yang mengacu pada bagaimana menerapkan etika, moral, dan norma dengan baik. Dalam hal ini, pengkarya juga menerima segala sesuatu yang muncul dari setiap klien, tanpa menyadari beberapa tuntutan dari dirinya yang harus dipenuhi agar perkembangan psikologisnya terus positif dari hari ke hari, dengan berkeluh kesah atas gangguan tidurnya, rasa sakit terhadap tubuhnya atau perubahan berat badan yang membuat mereka tidak nyaman, dan mengalami diare terus menerus. Maka dorongan untuk berwewenang, eksplorasi kreativitas, komunikasi yang efisien, cara-cara berinovasi, dan upaya untuk keluar dari berbagai permasalahan sehari-hari dengan lebih tenang, ditampung melalui imajinasinya sendiri yang dielaborasi dengan kemampuan DKV pengkarya.



Gambar 46. Kreativitas oleh S3 menjadi bagian terapi imajinasi, September 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Hasil kreativitas yang terlihat sederhana pun, bukan berarti kemudian tidak terasosiasi dengan elaborasi pengkarya, justru mengupayakan semaksimal mungkin dapat memberikan perubahan yang lebih berarti atas gejala yang kambuh maupun rasa sakit lainnya; kekakuan otot atau merespons dengan gerak tubuh yang tidak terkendali, dan merasa kesulitan dalam menjaga keseimbangan dan koordinasi tubuh. Kerja kolaboratif pun pada posisi yang lain menjadi tindakan konkret dalam terapi imajinasi, yang semuanya menjadi arsip terdokumentasikan dalam bentuk visual. Konsep berdaya tentang wewenang, rasa percaya diri dan kemampuan, keyakinan, kesempatan, tanggung jawab dan dukungan (Cook and Macaulay 1997, 15) selalu terus ditanamkan pada diri pengkarya dan tim untuk menghasilkan tujuan yang lebih optimal dari terapi seni sebelumnya.



Gambar 47. Catatan pendek dari S1 dipadukan dengan imajinasi S3, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

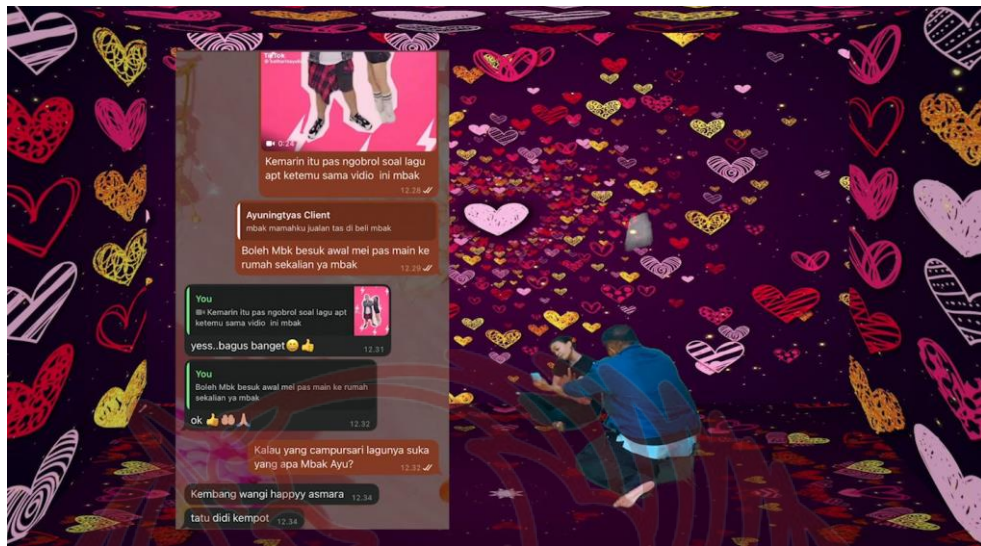
Catatan pendek seperti kutipan yang dibawa klien, seperti mendengarkan kata-kata bijak nasihat filosofis atau motivasi, dipahami sebagai suatu kerangka holistik dari terapi imajinasi, saat tertentu diambil dari gangguan sensorik terhadap mereka tanpa memiliki perasaan, tanpa mencium bau apa pun, dan tak merespons sama sekali ketika disentuh. Realitas yang dikerjakan secara kolaborasi diwujudkan dengan menggabungkan beberapa imajinasi antarklien yang tergolong cara-cara sederhana untuk mencoba mengembalikan kemampuan kognitif, meminimalisir delusi, atau halusinasi. Keraguan diri selama ini dapat tumbuh menjadi analisis lain melalui eksplorasi terhadap apa yang dikerjakan dalam realitas kebiasaan.

Menurut Bauman, gangguan-gangguan, ketidakkonsistenan, kejutan-kejutan merupakan kondisi yang lazim terjadi setiap hari (Bauman 2005, 2), yang juga dimiliki oleh setiap klien tanpa diskriminasi, dengan menghimpun energi lain dalam mengatur suhu tubuhnya yang cenderung berlebihan (pada tingkat terpanas dan terdingin). Setiap tindakan dari klien yang dilontarkan tidak pernah diberi tekanan atau melalui suatu komentar secara langsung, melainkan langsung diwujudkan dengan bagian-bagian materiil lainnya. Kemudian diperjelas oleh klien sendiri apabila dalam perkembangan visualnya dianggap tidak relevan dengan imajinasinya sendiri.



Gambar 48. Aktivitas bersama antara pengkarya dan tim dengan S1, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Hal praktis dapat dikerjakan dengan mengambil arsip dari beberapa tindakan kolaboratif, seperti gambar di atas saat berada di supermarket, di mana klien sedang memilih camilan kesukaannya dieksplorasi ke dalam imajinasi terapi visual, sembari mendengarkan rasa sakit lainnya; mengalami hipertensi, atau terganggu pada kondisi jantungnya. Dapat dikatakan ini adalah sesuatu yang ringan tanpa beban secara visual di balik gejala dan sakit yang dirasakannya seketika, dengan kemampuan dan keterampilan pengkarya dalam DKV, ditambah tim yang mempertimbangkan fluiditas terhadap siapa pun, semakin banyak sesi paparan dan tindakan, semakin mereka saling memahami. Bahkan cara ini dapat menghapus memori lama secara perlahan, di mana lingkungan baru dengan akses berdaya dan setara belum pernah dirasakan sebelumnya.

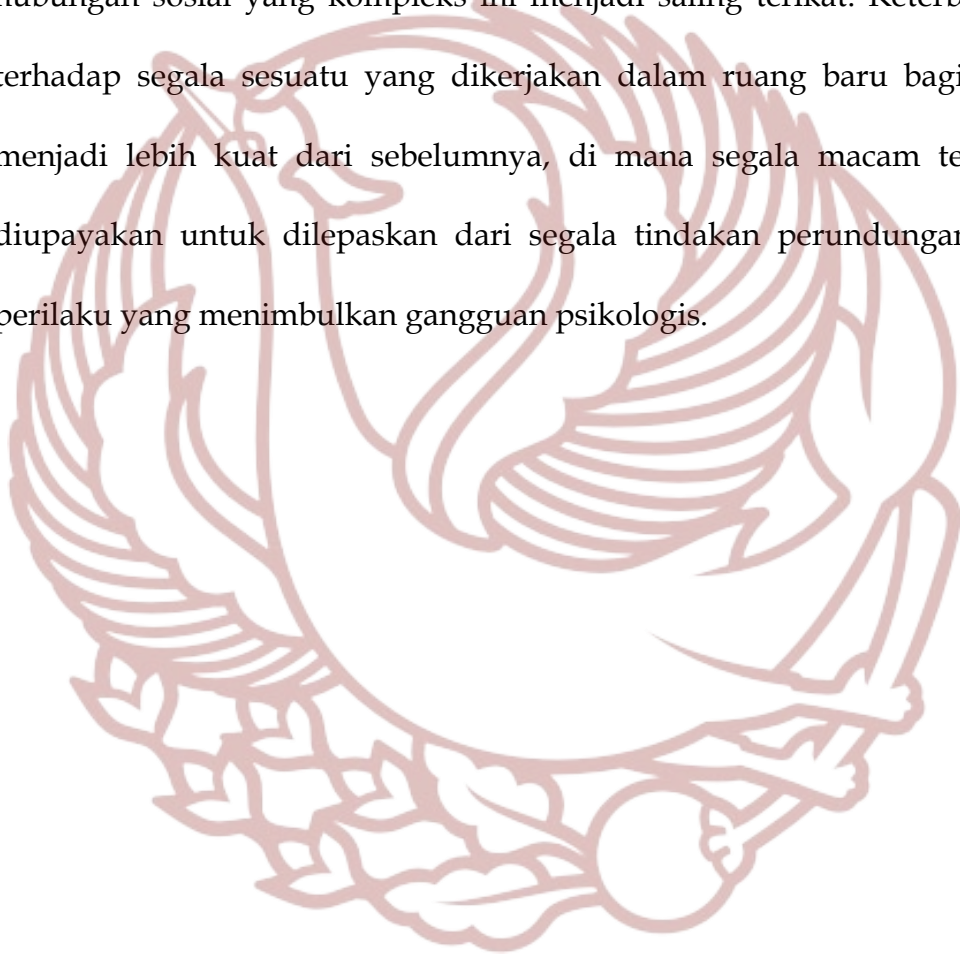


Gambar 49. *Chatan* untuk mengonfirmasi ulang hasil visual, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Percakapan melalui media sosial sebagai paparan dan tindakan lanjutan, sebagai arsip untuk dielaborasi menjadi visual terapi imajinasi, termasuk cerita mereka atas rasa sakit di kepalanya, yang kemudian mengonsumsi obat sebanyak-banyaknya. Bahkan melalui media sosial sangat terbuka tentang cerita disfungsi ereksi atau libido mereka yang rendah. Hal ini dengan sendirinya menemukan atau menciptakan diri yang berubah menjadi kuat dalam memenuhi kebutuhan psikologis dan emosional, dari aktivitas yang dikerjakan (Ramadhan 2023, 14).

Pengkarya dan tim dalam hal ini, melepaskan diri dari belenggu rasa bersalah atas kreativitas untuk memiliki ikatan yang mendasari hubungan timbal balik antarindividu, dengan sendirinya hubungan ini pun membuka rasa sakit lainnya; mendadak migrain, mengalami tekanan darah yang naik turun, kesulitan bernafas pada situasi tertentu, mengalami hiperventilasi, dan ada juga yang mengalami batuk tak

terduga secara terus menerus pada saat sesi paaran dan tindakan. Kesempatan untuk memberi makna pada diri sendiri yang semakin dikerjakan dalam setiap sesi paparan dan tindakan (Lolombulan, Gunatirin, and Dianovinina 2020, 18) dalam membuat seluruh jaringan hubungan sosial yang kompleks ini menjadi saling terikat. Keterbukaan terhadap segala sesuatu yang dikerjakan dalam ruang baru bagi klien menjadi lebih kuat dari sebelumnya, di mana segala macam tekanan diupayakan untuk dilepaskan dari segala tindakan perundungan atau perilaku yang menimbulkan gangguan psikologis.





Gambar 50. Hasil AI dari pose S1 dengan hiperrealitas Baudrillard, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Pose yang terlihat mudah dengan eksplorasi AI (*Artificial Intelligence*) seperti gambar di atas, namun dapat dielaborasi menjadi

visual yang ingin dipahami sesuatu yang terlihat sulit sebenarnya tidak sulit, bahkan yang terlihat mustahil pun, diupayakan untuk diwujudkan secara hiperrealitas, dibawa ke realitas semu namun seolah-olah dalam keadaan yang dihadapi (Baudrillard 1994, 38), melalui S1 yang cenderung memiliki persepsi yang besar terhadap lingkungan atas suara-suara tukang warung dianggap menakutkan dirinya. Hiperrealitas dari persepsi ini kemudian dibawa ke dalam terapi imajinasi yang dapat mengakhiri tekanan yang mendorong klien menjauh darinya. Sebuah ruang baru dan berbeda bagi klien ini, yang harus terus dipertahankan secara kolaboratif untuk mendedikasikan diri kepada diri mereka sendiri secara lebih positif.



Gambar 51. Foto S2 dan S3 menonton visual pada sesi paparan dan tindakan, 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Arsip sebagai objek material dibawa dari kegiatan sesi paparan dan tindakan seperti gambar di atas, sebagai tindakan penentuan realitas dalam terapi imajinasi, sehingga klien merasa menggunakan

kebebasannya yang selama ini belum difasilitasi – termasuk hubungannya dengan realitas yang dihadapi berhubungan langsung dengan hiperrealitas seperti; kecenderungan S2 dan S3, yang sangat sensitif terhadap suara tertentu sehingga menjadi hiper tingkah lakunya. Perasaan semacam ini dalam pengembangan terapi imajinasi menjadi titik orientasi yang diperlukan untuk menemukan ruang yang sesuai dan menetap di sana, sehingga menjadi lebih bernilai (Murtono et al. 2022, 7). Hal ini dapat diartikan klien telah dituntun oleh imajinasi dan penentuan dirinya sendiri serta bebas membangun jalan hidupnya, berdasarkan berbagai rangsangan di lingkungannya, khususnya dalam kerja kolaboratif ini.



Gambar 52. Paparan dan tindakan sebagai arsip yang dikelola, September 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Segala macam arsip menjadi titik tumbuh dalam pengolahan dan pemberian makna, sebagaimana disebutkan dalam penciptaan ini, yang

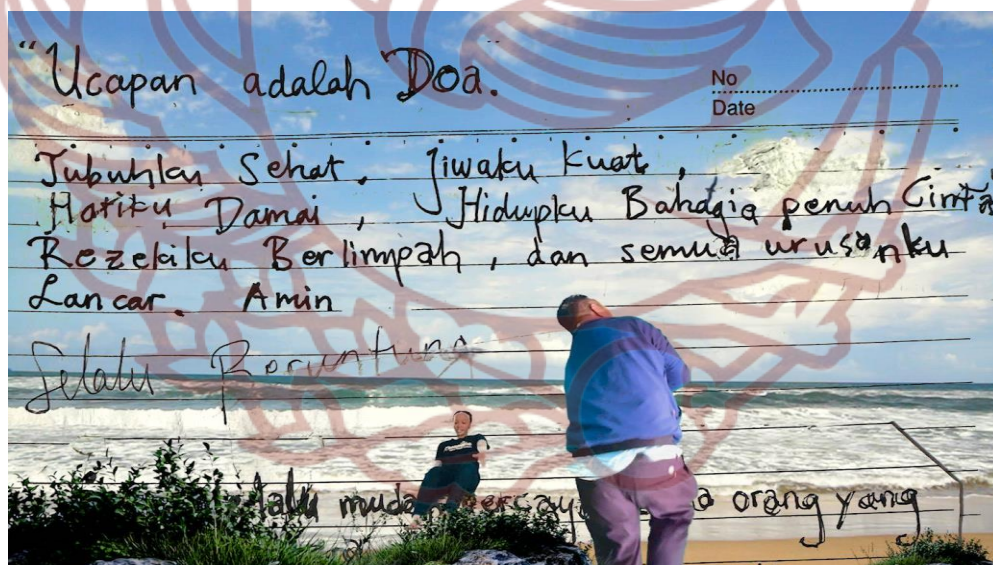
disebut sebagai dokumen (Sømhovd 2011, 36) tentang perilaku pengkarya yang mengubah kebekuan arsip dalam konteks kreatif, bertolak dari hiperrealitas klien seperti S4 dan S5; memiliki kecenderungan melihat bayangan atau objek yang tidak ada, seperti melihat seseorang yang tidak ada di ruangan. Awalnya sebagai gambar, mungkin tidak memiliki makna sama sekali, atau mungkin memiliki makna yang jauh dari tujuan yang dimaksudkan. Cara memperlakukannya sesuai tujuan, seperti gambar di atas dengan menyatukan hiperrealitas dari cerita setiap klien, dengan menyatukan arsip-arsip semakin mengarahkannya ke tujuan yang dimaksudkan sejak awal.



Gambar 53. Salah satu teknik tumpang tindih antarobjek material, September 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Teknik tumpang tindih, teknik tempel tumpuk, atau teknik larut, semakin lama gambar yang tertumpuk menjadi fokus satu gambar,

digunakan dalam kerja kolaboratif atas dasar banyak objek material dari diri klien yang diperlukan suatu pergerakan yang tepat sasaran perlahan-lahan. Paparan dan tindakan dalam kerja kolaboratif ini, semacam mempermudah apa yang sedang diimajinasikan, menjadi suatu proses kreatif, yang tujuannya menjadi terai imajinasi. Secara mendasar, tindakan seperti sirkular, dari awal bergerak maju yang kemudian berulang pada titik awal begitu juga seterusnya; memadukan hiperrealitas yang dialami klien (S6, S7, dan S8) memiliki kecenderungan bahwa lingkungan di sekitarnya bergerak hendak menerkam dirinya, seperti langit-langit, dinding, dan lantai yang bergerak) dan hiperrealitas sebagai konsep.

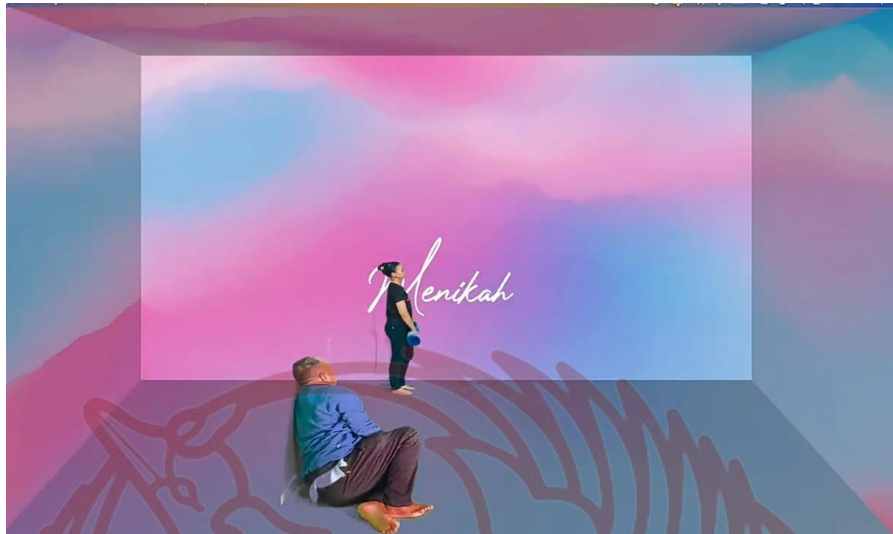


Gambar 54. Salah satu visual bertolak dari catatan motivasi di atas kertas, Mei 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Arsip seperti tulisan di kertas klien yang dipadukan dengan tindakan dari tim, dengan pengerjaan komputerisasi 2D atau 3D, sebagai strategi untuk memberikan rasa percaya diri guna melindungi diri sendiri;

atas hiperrealitas yang terjadi seperti yang dialami S9 dan S10, kecenderungan mengalami sensasi sensorik atas tubuhnya—seperti berada di padang savana yang hangat ataupun berada di tempat yang paling terpanas di dunia. Delusi dan halusinasi sering kali tampak mendominasi dan mengawasi setiap klien, sehingga membuat situasi menjadi sulit.

Pekerjaan yang tumpang tindih dalam menggabungkan antarklien, meskipun hanya secara visual, telah menciptakan kesinambungan emosional dengan seringnya menyebut nama setiap klien, yang membutuhkan kehadiran dan keterlibatan kolaborator untuk mengalihkan perasaan kecewa terhadap diri mereka sendiri (Asnani 2020, 9), yang dapat mengatur kohabitasi mereka dengan lebih baik dalam realitas sosial mereka, terutama dalam mengatasi munculnya delusi dan halusinasi tersebut. Artinya konsep hiperrealitas dasarnya bertolak dari pengalaman hiperrealitas masing-masing klien untuk mengalami suatu distorsi persepsi, di mana dengan terapi imajinasi hiperrealitas yang dialami semacam dipadukan dengan realitas visual yang hiper, tetapi bisa mempersepsikan dan menginterpretasikan informasi visual.



Gambar 55. Arsip oretan tangan S4 atas harapan terhadap sang anak, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Pengkarya melihat objek-objek material sebagai arsip, karena objek tersebut dibekukan dalam waktu yang lama sesuai dengan keinginan masing-masing klien. Setiap klien yang memiliki arsip berupa catatan harian tulisan tangan, lukisan, atau album foto, memberikan ruang yang paling mudah bagi pengkarya dan tim untuk memberikan akses berdaya dan setara, dengan dipadu pada hiperrealitas yang dialami oleh setiap klien; secara umum, berada dalam dunia yang berbeda atau dalam keadaan yang tidak nyata, tetapi realitasnya dialami. Ingatan juga bisa dikatakan arsip yang dimiliki dengan dayanya sendiri, hanya perlu dioperasikan dengan cara dan perlakuan agar menjadi visual.

Arsip milik klien yang semula difiksasi dalam satu posisi, melalui kerja dokumen, membuat arsip tersebut bergerak dan cair sebagai terapi imajinasi yang memberikan impresi bagi setiap klien. Cara memindahkan dan menaruhnya dalam posisi yang tidak stabil, tetapi tetap dikontrol

oleh klien, justru membuat kondisi psikologis menjadi lebih kondusif dari sebelumnya. Teknik ini juga sebagai upaya untuk menghentikan kerja delusi dan halusinasi, yang sejatinya juga tumpang tindih antara apa yang diimajinasikan dengan sesuatu yang lain.



Gambar 56. Visual juga bertolak dari arsip; gambar bunga melati S9, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Tindakan seperti mengelola arsip gambar, tulisan tangan, album foto, atau objek lainnya, memberikan pemahaman kepada setiap klien sebagai landasan dasar dalam mengelola jiwa melalui hal-hal kreatif. Hal-kreatif juga tidak dipandang sebagai sesuatu yang sulit, tetapi hal-hal yang remeh pun dapat diubah menjadi dokumen dan arsip, sebagai subjek kognitif (Hafifi 2024, 385) yang sangat sesuai dengan situasi klien mengenai kecenderungan atas diri yang dianggap tidak bermakna. Perasaan tersebut segera dipulihkan dan diperlukan rute pencerahan

yang inovatif dengan menggali dari arsip-arsip yang dimilikinya, serta berkolaboratif dengan pengkarya dan tim secara berkelanjutan dalam mengelola hiprerrealitas mereka menjadi treapi imajinasi, di antara lainnya; seketika mereka mengalami distorsi waktu dan ruang, seperti merasa bahwa waktu berjalan sangat lambat atau sangat cepat pada momen-momen yang membuat mereka kalut.



Gambar 57. Arsip instalasi cahaya disimpan oleh S8, direspons kolaborator, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Maka objek-objek material yang sebagian besar dapat dipahami sebagai dokumen dan arsip itu diproduksi atas dasar dorongan klien untuk membangun dirinya secara endemik dan tidak dapat disembuhkan dengan waktu yang tidak ditentukan, untuk mengalami perubahan jiwa yang mendalam hingga menjadi tujuan sejati setiap klien: yakni, akhir hidupnya lebih baik tanpa ketergantungan obat yang juga tidak mudah. Pola dan konfigurasi diri yang belum diperoleh tentu tidak mudah bagi

pengkarya dalam menerapkan terapi seni. Meskipun terapi seni mencoba mengomunikasikan berbagai realitas kondisi klien (Sirojudin and Pratiwi 2020, 70), dengan mengubah sifatnya sebagai terapi visual interaktif, lambat laun ditemukan kerja lab kolaboratif merupakan cara kerja yang paling relevan dan efektif dari akumulasi hiperrealitas mereka; secara umum menganggap bayangan di sekitarnya adalah rekan mereka sendiri untuk saling berkomunikasi.

Lab kolaboratif sebagaimana dijelaskan pada bab sebelumnya, dalam perkembangannya dibentuk dari dokumen dan arsip yang diangkat dari beberapa objek material. Dalam sesi paparan dan tindakan, klien selalu memiliki konsep yang terus berkembang untuk memasukkan imajinasinya dalam visual, sehingga memungkinkan ruang tersebut digunakan untuk melewati, melintasi, menutupi - atau menaklukkan rasa sakit yang berkepanjangan. Padahal, segala macam hal yang pernah dialami klien merupakan penyebabnya, yang kini tengah diupayakan oleh multimedia interaktif ini untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

Ruang yang diciptakan oleh pengkarya dan tim bersifat fleksibel bagi setiap klien, sehingga memberi mereka waktu untuk berkembang dengan memanfaatkan kecerdikan, imajinasi, dan nalar mereka dalam sebuah kerja kolaboratif. Gagasan kolaboratif tersebut bukanlah sebuah rancangan awal, melainkan sekadar dimunculkan sebagai multimedia interaktif, yang dengan sendirinya dalam sesi paparan dan tindakan,

pengalaman dengan tanda-tanda secara umum, mulai dari ekspresi wajah, perawatan diri yang kurang baik, dan performa sosial yang kurang baik pula (Putri, Amnan, and Maharani 2022, 66), yang dinilai berkembang karena adanya dorongan yang terus-menerus bagi klien untuk memanfaatkan segala macam objek material yang mereka sukai. Hasrat tersebut pula yang menjadi dasar pemenuhan keinginan mereka untuk melakukan kerja *practice-led research* semakin termotivasi.

B. Bentuk Visualisasi Karya

Hafifi (Hafifi 2024, 391) menjelaskan bahwa dokumen dan arsip yang meliputi teks dan media: konsep, teori, dan disiplin ilmu lain seperti psikologi, mendapatkan ruang baru sebagai sebuah asumsi, di mana dalam hal ini pengkarya mempersepsikan tubuh juga dapat disebut sebagai dokumen yang berbeda dengan ontologi ungkapan individu sebelumnya. Bentuk visualisasi mengacu pada pemahaman ini, sebuah lab kolaboratif dalam bentuk ruang sebagaimana dijelaskan wujud penciptaan, untuk mengintegrasikan sosial melalui kolaborasi dengan pengkarya dan tim. Seperti ruang eksplorasi dalam menghilangkan 'kehancuran', 'kerapuhan', dan 'rasa sakit' untuk menjadi jaringan sosial yang utuh.

Jaringan yang diharapkan oleh Samsara (Samsara 2018, 201) adalah semua orang dengan masalah kesehatan jiwa melakukan hal-hal bermanfaat yang disukai dengan menyebarkan empati bersama. Bentuk visualisasi karya yang telah sering disebutkan, diawali dengan sesi paparan dan tindakan dengan sepuluh klien atas gejala dan rasa sakitnya yang muncul tidak terduga, di mana kerja kolaboratif dimaksudkan untuk membebaskan diri dari kondisi yang telah dialami. Bauman (Bauman 2005, 18) mengatakan: Membebaskan berarti terbebas dari belenggu yang menghalangi atau menggagalkan gerakan; termasuk delusi dan halusinasi. Di mana setiap klien harus merasa bebas untuk bergerak atau bertindak tanpa terhalang oleh apa pun.

Sejak awal telah dikatakan: Terapi imajinasi dalam penciptaan ini merupakan istilah yang sangat fleksibel; awalnya dirancang sebagai metode penciptaan yang spesifik, kemudian dalam perkembangannya diperlakukan sebagai sebuah konsep, juga menjadi ciri atau sifat dari konsep itu sendiri, dan juga menjadi bentuk visualisasi karya yang sebagian besar menggunakan konsep hiperrealitas. Konsep ini juga dikerjakan secara kolaboratif, juga menganut prinsip keseimbangan. Keseimbangan menurut Delong dkk. (Delong et al. 2015, 8) dapat dibangun dan dipertahankan dengan memenuhi tindakan masing-masing kolaborator, di mana pengkarya memangkas imajinasi dengan tindakan yang lebih konkret dalam visual.

Tindakan yang dimaksud lebih bersifat praktis sesuai dengan kemampuan dan keterampilan pengkarya di bidang DKV, maupun kolaborator lain dari bidang tari dan teater, yang bertindak sesuai dengan interpretasi pendekatan yang diperoleh. Kerja kolaboratif tetap dipahami sebagai sesuatu yang utuh, meskipun di dalamnya terdapat hambatan dan tantangan, yang juga segera menemukan cara untuk mengatasinya. Namun, dorongan terapi imajinasi dalam pembuatan "peta jiwa" menyangkut kesenangan dan kebahagiaan; maksudnya, baik yang benar-benar dialami atau hanya diimajinasikan sebelumnya dalam hiperrealitas; yang paling sering diceritakan setiap klien adalah adanya suara alam, melihat sesuatu muncul dari balik dinding, berterbangan di langit-langit, atas kekuatan telekinetik, telah diwujudkan dalam bentuk visual hingga batas kemampuan bertindak, dan terutama kemampuan bertindak secara wajar - dengan peluang keberhasilan untuk penciptaan ini sangatlah besar.

Bentuk visualisasi karya tersebut mengandung dua hal; pertama, yaitu dekonstruksi trauma; kedua, representasi akses berdaya dan setara melalui dokumen dan arsip, atas dasar membebaskan diri dari hilangnya kesempatan untuk kebebasan. Perampasan kebebasan yang selama ini menyebabkan kondisi klien, diberikan jalan yang paling leluasa untuk menghimpun keberanian dan tekad berjuang bersama (Bauman 2005, 20) melalui visual terapi imajinasi. Tubuh masing-masing klien, pengkarya

dan tim, dalam prinsip dokumen yang dikemukakan oleh Sømhovd (Sømhovd 2011, 30), sebagai produk budaya yang menggunakan sumber dayanya sendiri untuk memenuhi kebutuhannya sendiri'; atau diyakini sangat puitis ketika menggambarkan kebahagiaan yang endemik pada aktivitas yang tidak ada dalam realitas.

Menurut Hafifi (Hafifi 2024, 277), dekonstruksi trauma dapat dipahami sebagai cara menganalisis teks dalam kaitannya dengan akumulasi pengalaman traumatis atas peristiwa tertentu, yang ditelusuri kembali tanpa harus melepaskan teks dari konteksnya. Pernyataan ini cukup relevan dengan cara pengkarya membentuk visualisasi; karena semua arsip dilepaskan dari jejak traumanya, dan hadir dalam berbagai visual melalui terapi imajinasi, yang erat kaitannya dengan representasi akses berdaya dan setara serta presentasi setiap klien; dalam menciptakan terapi imajinasi bagi diri sendiri untuk makna yang berbeda dari sebelumnya atas kompleksitas yang dialami, di mana SWSL menjadi instrumen tambahan dalam menganalisis perkembangan psikologis klien (Sutrisno 2023, 24).

PANSS yang dirujuk dari setiap sesi paparan dan tindakan, saling memberikan solusi bersama terhadap visual yang diresentasikan, dengan setiap tindakan klien menimbulkan keberatan terhadap eksplorasi visual tersebut, dan lainnya, tetapi di satu sisi hal ini sangat subjektif, karena masih dilihat dari perspektif seorang psikiater sebagai dramaturg/kurator

dalam karya ini. Oleh karena itu, SWLS serupa dengan lima pernyataan dasar: (1) dalam banyak hal, hidup saya mendekati ideal, (2) kondisi kehidupan saya sangat baik, (3) saya puas dengan hidup ini, (4) sejauh ini, saya telah memperoleh hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup, dan (5) Jika saya dapat hidup kembali, saya tidak akan mengubah apa pun (Sutrisno 2023, 28). Pernyataan ini, yang kemudian ditanggapi oleh setiap klien, adalah untuk mengidentifikasi setidaknyanya dalam kerja kolaboratif dan pertemuan dengan artis dan tim, terutama mengenai kepribadian masing-masing orang, hubungan sosial, dan kesehatan, sehingga akses yang diberdayakan ini berfungsi sebagaimana mestinya (Bauman 2005, 20), yang berasal dari dekonstruksi trauma dan lainnya.

1. Dekonstruksi Trauma



Gambar 58. Salah satu arsip yang didekonstruksi menjalani proses makna, Mei 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Istilah dekonstruksi secara umum tidak bisa dilepaskan dari pemikiran Derrida, sebagai strategi untuk menganalisis makna berbagai teks daripada menghancurkan teks itu sendiri dengan tujuan untuk mengungkap kontradiksi hierarkis dengan menghancurkan bentuk makna teks (Al-Fayyadl 2005, 80), yang membuat suatu peristiwa memerlukan deskripsi yang lebih bernilai bagi diri klien sendiri. Sejalan dengan itu, Bauman (Bauman 2005, 18) mengatakan dengan mengandalkan sumber daya sendiri atas penderitaan yang terjadi dan mencoba bertanggung jawab atas kegagalan yang terjadi, sebagaimana pengkarya mencoba memberi ruang untuk dianalisis atau dipahami sebagai sebuah teks agar dapat menjamin kebahagiaan. Derrida menunjukkan bahwa setiap satuan makna selalu mengisyaratkan adanya bipolar antara berbagai hal yang sebenarnya ambivalen (Al-Fayyadl 2005, 81), juga sering terlihat dalam kehidupan klien atas segala macam peristiwa yang terjadi untuk menemukan jati dirinya sebagai individu yang bebas.

Selama ini, menurut Bauman (Bauman 2005, 19), setiap individu cenderung tunduk kepada masyarakat dan ketundukan tersebut merupakan syarat pembebasan dirinya. Hal ini menimbulkan trauma berkepanjangan bagi setiap klien. Bentuk visualisasi dengan cara dekonstruksi trauma bertujuan untuk menghindarkan diri dari kumpulan kecemasan yang selama ini menderanya sehingga dapat

menemukan dirinya, mengembangkan kemampuan dan keterampilannya, serta bernalar dalam mengaktifkan segala macam arsip (Sunarto et al. 2023, 170).

Dekonstruksi menantang modus pemaknaan yang cenderung tersentralisasi (Al-Fayyadl 2005, 82), sehingga memberikan kesempatan bagi pengkarya untuk memotivasi setiap klien agar terus bergerak dan mencoba peruntungannya. Dalam hal ini, dapat dipahami sebagai sebuah keberuntungan untuk mengambil inisiatif atas perubahan nasib yang terjadi di masa depan dengan cara menggambarkannya melalui arsip-arsip yang dimilikinya. Pengkarya mendorong setiap klien sebagai individu yang reflektif dalam situasi apa pun untuk menelaah setiap langkah yang dipilihnya di masa depan, termasuk dalam kerja kolaboratif ini.

Berdasarkan pemahaman dekonstruksi di atas yang berlandaskan pada pemikiran Derrida dan pemahaman Hafifi tentang dekonstruksi trauma, maka pada titik ini dalam konteks bentuk visualisasi karya, strategi mengurai peristiwa psikologis dapat dipahami dengan menghadirkan segala macam arsip dengan mempertimbangkan bagaimana rasa sakit terbentuk dengan cara yang berbeda-beda dalam menemukan makna yang berbeda pula. Pengkarya menggunakan arsip masing-masing klien sebagai strategi untuk memengaruhi imajinasi atau pikiran yang muncul dengan cara menggabungkannya dengan

arsip klien lain untuk menyebarkannya ke banyak arah. Arah yang dituju dari teknik tumpang tindih, teknik tempel tumpuk, atau teknik melarutkan akan menghasilkan proses pemaknaan yang kolaboratif ini secara bersama-sama.

Proses pemaknaan ini bukan tentang hasil dari segala macam teknik, karena yang terbentuk bukanlah penanda tunggal, melainkan penanda yang majemuk dan ambigu. Semuanya dibiarkan untuk dieksplorasi secara cermat sepanjang paparan dan tindakan, yang saling memberikan imajinasinya masing-masing sehingga makin tidak berfungsi sebagai satu makna tunggal. Pengkarya percaya dengan cara ini, terapi imajinasi akan semakin menemukan peluang terdalam untuk memasuki “peta jiwa” untuk terus menjalani kehidupan sebagaimana mestinya.



Gambar 59. Visual dikerjakan kolaboratif dengan klien, September 2025

(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Dalam konteks dekonstruksi trauma, merujuk pada pemahaman Derrida tentang dekonstruksi, arsip sebagai teks digunakan sebagai arena *game* (Al-Fayyadl 2005, 79) yang dibangun dari sisa-sisa peristiwa yang menimpa mereka dengan cara membayangkannya bagi pengkarya, menghancurkannya kembali melalui kerja komputerisasi dengan objek lain, kemudian menyatukannya dengan pemahaman klien lain, yang kemudian disusun kembali, dan seterusnya dalam setiap paparan dan tindakan. Setiap arsip klien pada dasarnya memiliki cerita asal-usul dan alasan mengapa mereka disimpan hingga membeku di suatu tempat (Ramadhan 2024, 6). Dari arsip-arsip tersebut dapat membuka dan melepaskan hal-hal yang secara tidak langsung memiliki kekuatan atas kerangka kognitif yang sedang dieksplorasi.

Poin utama tentang proses pemaknaan dialami dengan mengabaikan semua hasil (Al-Fayyadl 2005, 82) untuk mencari tanda-tanda yang lebih terbuka. Oleh karena itu, dokumen dan arsip secara keseluruhan juga sebagian merupakan *game* dalam membingkai proses pengalaman setiap klien dengan pengkarya dan tim. Meskipun tujuan akhir diketahui oleh setiap klien, tampaknya diabaikan dalam pengalaman yang mengandung keberagaman, ambiguitas, dan kekuatan.

a. **Bahan/Materi Visual, Unsur-unsur, dan Ciri-ciri**

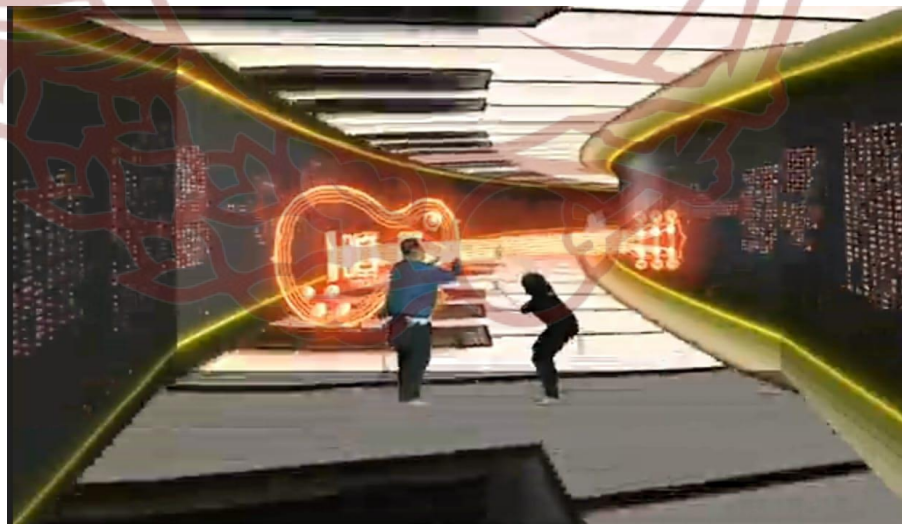


Gambar 60. Salah satu bahan/materi bertolak dari arsip, September 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Secara keseluruhan, terapi imajinasi telah banyak disebutkan pada bab-bab/sub bab sebelumnya, materinya didasarkan pada objek keseharian dan realitas kebiasaan, yang kemudian dapat disebut dokumen arsip dalam bentuk visual. Visual yang dipresentasikan sebagai proses paparan dan tindakan, yang kemudian dibawa ke lab kolaboratif, tidak memiliki makna tunggal, yang cenderung selalu dibongkar dengan banyak hal (Al-Fayyadl 2005, 83). Pembongkaran ini dimaksudkan untuk mengeksplorasi perasaan setiap klien atas keterlibatan kolaboratif mereka yang dapat mendorong,

membangkitkan semangat, dan mulai terbiasa untuk mengaktifkan semua daya kreatif yang dimiliki.

Unsur-unsur dalam visualisasi dekonstruksi trauma ini; pewarnaan yang cenderung memberikan impresi antara gelap dan terang, pemilihan garis yang cukup fleksibel, dapat dimaknai kemauan untuk terus bergerak maju; lalu visual yang tidak pernah selesai di satu titik; sebab hakikatnya hidup selalu bergerak ke depan yang seiring dengan desain visual yang memiliki keinginan untuk melakukan perbaikan. Unsur lainnya; visual yang secara langsung ditujukan kepada pembawa makna atas sumber daya yang dikelola secara individual sedang dieksplorasi secara kolaboratif.



Gambar 61. Visual lainnya difungsikan sebagai dekonstruksi trauma, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Sementara itu, ciri-ciri pemahaman dekonstruksi trauma dalam visualisasi karya; ambiguitas yang menurut Derrida

melahirkan nostalgia terhadap logos, yakni kebenaran yang utuh, lengkap, dan tunggal, tetapi nostalgia dibangun atas ketidakpastian akan kehadiran sesuatu yang “asing” (Al-Fayyadl 2005, 85). Sebagaimana visual sering kali cukup mengganggu kenyamanan, di sisi lain visual justru menuntun jiwa klien untuk terus melangkah melampaui momen pencapaian. Ketidakpastian ini dalam konteks tertentu justru dapat menentukan perasaan yang stabil, tidak lagi cemas terhadap pengalaman dan penderitaan yang dialami.

Ciri lain dari visual ini; dimensi paradoks, meskipun digolongkan antarklien berdasarkan kecenderungan dan keterikatan, sesungguhnya jika diwujudkan dalam penggolongan tertentu antara S1, S2, dan S3, atau S4, dan S5, termasuk S6, S7, dan S8, atau S9 dan S10, samar-samar di balik klasifikasi subjek itu juga terkandung di dalamnya persinggungan semua latar belakang trauma. Ciri ini juga terkait dengan ambiguitas, sebagaimana yang disebutkan Derrida tentang persinggungan antara yang satu dengan yang lain (jiwa/tubuh, baik/jahat, luar/dalam) dengan hal-hal lainnya (Al-Fayyadl 2005, 87). Penekanan ini dapat ditunjukkan dari semua tindakan kolaboratif yang terjadi dalam lab kolaboratif antarkolaborator, yang pada dasarnya tidak harus

sepenuhnya dalam satu tujuan, di balik itu juga terdapat paradoks tersendiri tentang agenda-agenda individu tertentu yang tentu saja dicurigai selalu disembunyikan satu sama lain.



Gambar 62. Salah satu ciri warna cenderung berada di antara, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Ciri lain dari visual yang berfungsi sebagai dekonstruksi trauma; merujuk pada strategi *game* yang lain, yakni perbedaan sebagai sesuatu yang hadir dan eksis, tetapi juga bukan sesuatu yang absen, yaitu *difference* (Al-Fayyadl 2005, 88) seperti pada gambar di atas, bermain antara ada dan tidak ada. Di satu sisi, gunung yang tampak hadir seperti gunung, tetapi di sisi lain, gunung tersebut juga absen karena seolah-olah tidak eksis dalam realitas. Bersama dengan hiperrealitas yang secara keseluruhan belum terpresentasikan secara utuh, tetapi juga sama sekali berada di luar realitas.



Gambar 63. Arsip pada saat sesi paparan dan tindakan bersama, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Ciri terakhir dalam fungsi dekonstruksi trauma; mengadopsi istilah lain dari Derrida, yaitu *pharmakon*, tentang bagaimana menelusuri serangkaian penanda dengan menciptakan logika 'liyan', di mana dalam hal ini pengkarya menciptakan ilusi dari klien - yang realitasnya juga kontradiktif. Namun, objek yang dihadirkan selalu ada dalam imajinasi klien secara terus-menerus, semacam hak individu untuk memilih dan menentukan apa yang ingin diwujudkan. Pengkarya melihat ini sebagai model kebahagiaan mereka sendiri dan gaya hidup yang sesuai dengan kehidupan sehari-hari, hanya ada di kepala mereka, sehingga diperlukan manifestasi yang lebih konkret dalam kaitannya dengan "peta jiwa" setiap klien, dan semua itu dapat dijelaskan lebih rinci melalui tabel berikut.

Tabel 3. Bahan/Materi Visual, Unsur-unsur, dan Ciri-ciri dari Terapi Imajinasi sebagai Dekonstruksi Trauma

BAHAN/ MATERI VISUAL	UNSUR-UNSUR	CIRI-CIRI
Objek-objek keseharian, realitas, kebiasaan, sebagiannya menjadi dokumen dan arsip dalam bentuk visualisasi "terapi imajinasi".	Pewarnaan yang cenderung memberikan impresi antara gelap dan terang; pemilihan garis yang cukup fleksibel; visual yang tidak pernah selesai di satu titik; desain visual yang cenderung tidak stabil; visual yang secara langsung ditujukan kepada pembawa makna atas sumber daya yang sifatnya biografis pada klien masing-masing.	Ambiguitas; visual sering kali cukup mengganggu kenyamanan, di sisi lain visual justru menuntun jiwa klien untuk terus melangkah melampaui momen pencapaian; mengandung dimensi paradoks, dimana antarklien atau antarkolaborator terkandung di dalamnya persinggungan semua latar belakang trauma; <i>difference</i> , bermain antara ada dan tidak ada; <i>pharmakon</i> , tentang bagaimana menelusuri serangkaian penanda dengan menciptakan logika 'liyan', di mana dalam hal ini pengkarya menciptakan ilusi dari klien - yang realitasnya juga kontradiktif satu sama lainnya.

b. Persepsi Psikologi dalam DKV

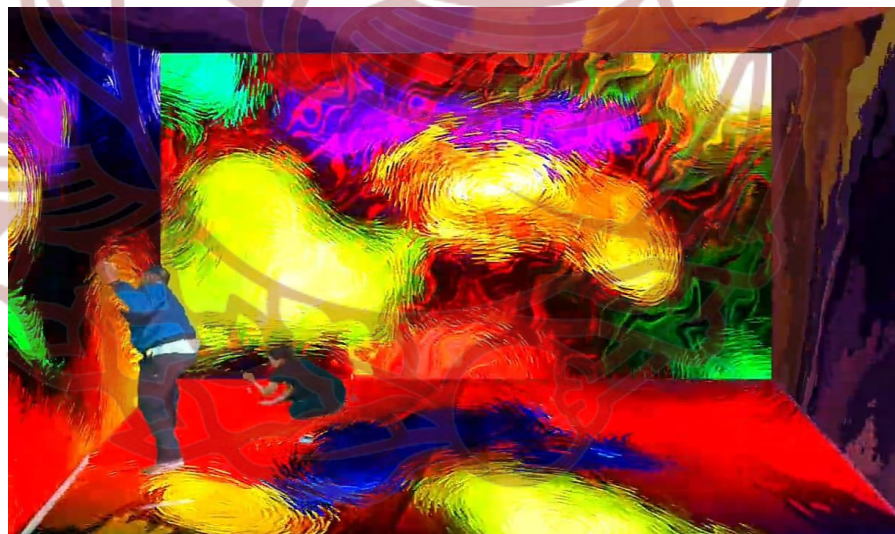


Gambar 64. Tindakan kolaborator membangun empati dengan klien, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Bentuk visualisasi karya, sebagai bagian dari dekonstruksi trauma berfungsi sebagai representasi persepsi psikologi dalam DKV sebagai teori konseptual, dengan menggunakan *constructivism*, sebagai upaya meletakkan dasar penciptaan visual berdasarkan persepsi subjek atau objek yang dikerjakan (Couto and Alizamar 2016, 89) dengan mengutamakan klien bagaimana memulai dari dalam diri sendiri, bagaimana kemauan berkolaborasi untuk menciptakan terapi imajinasi, dapat menjadi kekuatan yang lebih bernilai. Bauman (Bauman 2005, 24) menegaskan cara hidup setiap individu harus dimulai dengan belajar tentang konsekuensi menanamkan rasa percaya diri untuk melakukan sesuatu. Mengacu pada pernyataan tersebut, pengkarya juga mendorong tindakan kolaborator

untuk datang dari realitas kebiasaan yang nyaman dalam kehidupan sehari-hari.

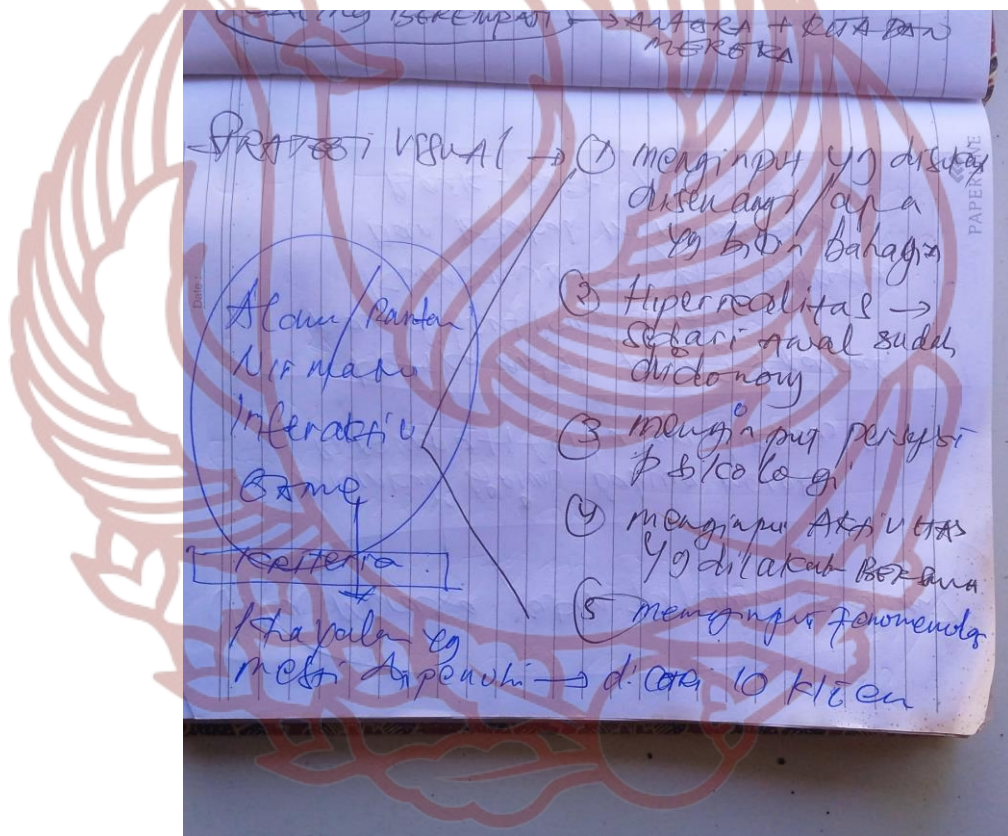
Tindakan menyapu, mengepel, dan mencuci sebagai bagian dari realitas kebiasaan S4, yang sudah familiar, begitu pula S5 yang diklasifikasikan ke dalam satu sesi terapi imajinasi di lab kolaboratif. Sesuatu yang dekat, menjadi konsepsi yang ringan untuk memicu kemampuan kognitif agar pulih secara perlahan. Tak ada satu pun klien yang didekati dengan cara yang tidak ceria, istilah seni pun menjadi lebih ringan dalam persepsi psikologi mereka.



Gambar 65. Tindakan kolaborator menggunakan persepsi psikologi, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Warna-warna seperti yang ditampilkan di atas dipadukan dengan tindakan kolaborator, dalam persepsi psikologi sebagai upaya untuk bergerak dari situasi yang semakin tidak pasti dengan liku-liku yang tajam dari sebelumnya. Dapat dikatakan:

Pengkarya memosisikan persinggungan warna tersebut berdasarkan sejarah ketidaksadaran masing-masing klien terhadap peristiwa yang terjadi. Klien juga sangat tanggap dengan semakin membebaskan deskripsi diri dan semakin membuka cara untuk memanfaatkan akses berdaya dan setara ini menjadi peluang yang baik bagi diri mereka sendiri.



Gambar 66. Bagan yang dikerjakan oleh salah satu kolaborator, Mei 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Bagan tulisan tangan di atas dipersepsikan secara psikologi sejak penelitian awal atau penelitian pendahuluan sebagai suatu rancangan. Setelah menentukan klien berdasarkan kriteria yang disepakati bersama, atas dasar

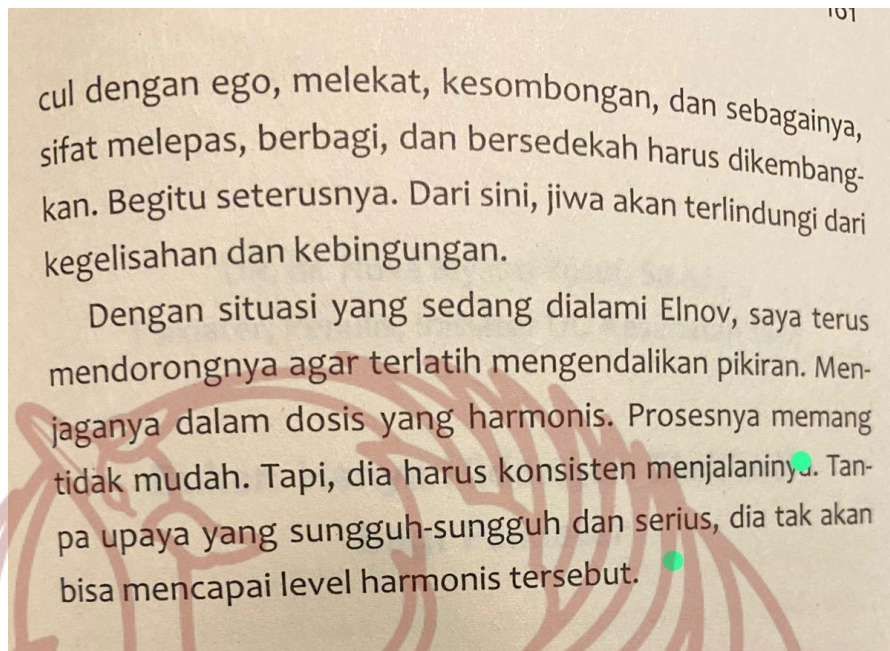
perasaan keterhubungan dengan klien dan pernyataan Bauman (Bauman 2005, 24), setiap individu yang dikaruniai sumber daya yang lebih sedikit, dengan demikian memiliki lebih sedikit pilihan, harus mengimbangi kelemahan individu dalam keterlibatan sebuah tindakan kolektif. Merujuk pada hambatan dan tantangan, dalam praktik penciptaan ini, kolektif masih memiliki 'lubang' dalam akses berdaya dan setara, karenanya digeser dengan kerja kolaboratif yang lebih terkait dengan kepentingan bersama mereka dalam menumbuhkan empati bersama.

Persepsi psikologi dalam DKV sangat relevan dengan akses berdaya dan setara yang dimiliki dari kerja kolaboratif ini, dapat menemukan lebih banyak sumber daya untuk stimulasi yang berkelanjutan di sekitarnya. Couto dan Alizamar menekankan bahwa seorang desainer visual dalam menempatkan perspektif psikologi, juga terkait dengan eksplorasi diri yang terus-menerus dinegosiasikan oleh banyak pihak (Couto and Alizamar 2016, 87) untuk mendapatkan hasil visual yang diinginkan. Pengkarya juga pada akhirnya menyediakan proposisi yang lebih besar dalam menempatkan biografi klien untuk melengkapi terapi imajinasi.



Gambar 67. Rekonstruksi sesi paparan dan tindakan, September 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Perkembangan dramaturgi kolektif menjadi dramaturgi kolaboratif juga sejalan dengan kerja dekonstruksi trauma, di mana kolaborasi ini tetap produktif secara sosial dalam praktiknya. Seolah tak pernah terjadi apa pun, tanpa adanya kecemasan dalam menghadapi seseorang yang baru dikenalnya. Sebab, menurut Derrida, kecemasan mencerminkan ambiguitas terpendam di bawah struktur metafisik kesadaran (Al-Fayyadl 2005, 89), dengan terciptanya sesi paparan dan tindakan layaknya sebuah tugas dan kebutuhan untuk mengatasinya yang bersifat individual, yakni masing-masing klien.



Gambar 68. Tulisan salah seorang penyintas menjadi sebuah buku, April 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Arsip seperti gambar-gambar di atas kemudian diolah menjadi dokumen berupa informasi melalui visual terapi imajinasi ini, dengan menempatkan setiap klien agar lebih mandiri dan berani memperjuangkan hasil yang lebih membahagiakan. Persepsi psikologi semacam ini, sebagian, juga mengandung dekonstruksi trauma terhadap hal-hal yang menjengkelkan, tidak mengenakkan, dan membuat perasaan bergejolak, seperti tulisan yang dipandang Derrida sebagai rekayasa manusia, hasil dari dorongan liar yang tidak murni (Al-Fayyadl 2005, 90), sebagaimana visual terapi imajinasi juga merupakan penciptaan setiap klien yang didorong oleh pengkarya dan tim untuk memberdayakan diri mereka sendiri.

Sekaligus menyamakan kehidupan mereka dengan orang lain, tanpa diskriminasi, yang dengan cara ini diharapkan dapat merangsang psikologi kognitif setiap klien, pada persepsi psikologi dalam DKV yang keseluruhannya dapat dirinci melalui tabel berikut.

Tabel 4. Persepsi Psikologi dalam DKV

MEDIA KARYA	FUNGSI	KETERANGAN
Visual terapi imajinasi	Sebagai bagian dari dekonstruksi trauma; upaya menemukan bagaimana terhadap klien daripada apa; pendorong tindakan kolaborator untuk datang dari realitas kebiasaan yang nyaman dalam kehidupan sehari-hari.	Tindakan menyapu, mengepel, mencuci, melukis, menyanyi, berkegiatan bakti sosial, berolahraga, wisata kuliner, jalan-jalan ke pantai/alam, dan sebagainya; sebagai sesuatu yang dekat dan menjadi konsepsi yang ringan untuk memicu kemampuan kognitif agar pulih secara perlahan.
	Sebagai upaya untuk bergerak dari situasi yang semakin tidak pasti; liku-liku yang tajam daripada sebelumnya; mendekonstruksi sejarah trauma melalui alam bawah sadarnya masing-masing klien; ruang yang terbuka untuk memanfaatkan akses berdaya dan setara ini menjadi peluang yang baik bagi diri mereka sendiri.	Warna-warna yang beragam dibawah dari selera nirmana setiap klien untuk terus dipadukan atau diaosiasikan dalam setiap sesi paparan dan tindakan.
	Setara dan berdaya menjadi kemutalakan, semacam jargon yang terus didengungkan, semacam "suara" dari lapisan bawah	-

	<p>Sebagai ikatan perasaan keterhubungan dengan klien maupun kolaborator; pemberi keyakinan terhadap klien atas akses berdaya dan setara yang sudah diberikan; ruang untuk menumbuhkan empati bersama.</p>	<p>Objek-objek yang terlihat tidak bernilai menjadi bernilai saat diasosiasikan ke dalam kerja DKV seperti bagan tulisan tangan; gambar tulisan penyintas, gambar sesi paparan dan tindakan, dan lain sebagainya.</p>
	<p>Sebagai kontrol perubahan kerja yang teroperasikan sesuai dengan kebutuhan yang mendesak di lapangan; ruang tumbuh kembang bersama dalam membuat jejaring kolaboratif yang lebih berguna ke depannya.</p>	<p>Jika pada praktiknya dianggap tidak relevan atau mengalami suatu kebuntuan atas tujuan yang diharapkan.</p>
	<p>Sebagai perspektif signifikan dalam menempatkan setiap klien agar lebih mandiri dan berani memperjuangkan hasil yang lebih membahagiakan; diharapkan dapat merangsang psikologi kognitif setiap klien dengan waktu yang lebih efisien.</p>	<p>Rute yang ditempuh dikerjakan dengan cara memberikan ruang yang cukup bagi komunikasi klien dan memastikan keluarga klien tidak terlalu dominan dalam bercerita dan berdebat yang secara tidak sadar melemahkan kemampuan kognitif klien dan menimbulkan delusi serta halusinasi.</p>

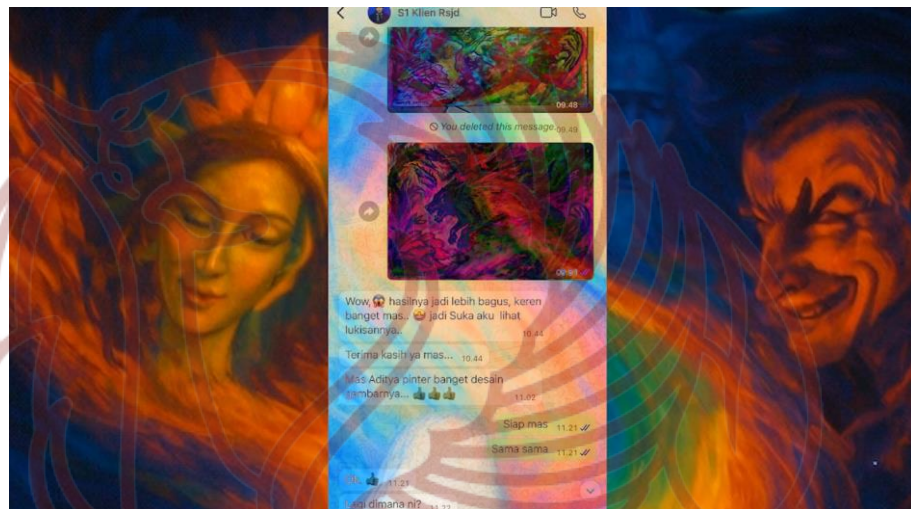
c. Vokabuler Ungkap dan Properti



Gambar 69. Terapi imajinasi sebagai properti, September 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Hafifi (Hafifi 2024, 390) menjelaskan bahwa vokabuler ungkap ekspresi merupakan penjabaran penciptaan yang berkaitan dengan pengungkapan hal-hal penting untuk dipertukarkan dalam reproduksi ilmu pengetahuan; khususnya yang berkaitan dengan kerangka berpikir pengkarya yang terhubung penuh dengan karya untuk mentransformasikan segala media yang terjadi. Mengacu pada pernyataan tersebut, pengkarya memahaminya dalam terapi imajinasi, yang ditransformasikan ke dalam dokumen dan arsip untuk diangkut ke lab kolaboratif, menjelaskan bagaimana konsep hiperrealitas dikerjakan melalui objek-objek keseharian, realitas kebiasaan, dan dokumen serta arsip itu sendiri yang menjadi

andalan vokabuler ungkap dan properti. Seperti gambar di atas, dimulai dari lagu kesukaan klien yang kemudian ditumpangtindihkan, ditempelkantumpukkan, atau dilarutkan dengan objek lain untuk menciptakan visual terapi imajinasi.



Gambar 70. *Chatan* WhatsApp dipadukan sebuah lukisan dari klien, Juni 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Objek-objek yang diolah menjadi visual terapi imajinasi, termasuk arsip-arsip biografi klien, diyakini memiliki kekuatan. Segala macam permasalahan yang telah dilalui juga menjadi dokumen melalui tubuh klien untuk diselaraskan, tetapi tidak akan membeku selama ada rangsangan eksternal di sekitarnya. Pembekuan yang dirujuk melalui objek atau arsip, kemudian dielaborasi oleh pengkarya dalam konsep hiperrealitas, dengan memanfaatkan simulakrumnya yang dapat dirujuk dari mana saja tanpa sumber yang memadai

(Piliang 1999, 308), juga menjadi arsip antarklien yang saling berhubungan satu sama lain.



Gambar 71. Objek yang dihadirkan sebagai imajinasi dari klien, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Konsep hubungan dalam konteks kolaboratif pada hakikatnya adalah juga bagaimana merancang imajinasi visual bersama, yang sangat menghubungkan satu sama lain di antara klien-klien yang sejenis. Akan tetapi, menurut Bauman, permasalahan masing-masing individu tidak membentuk suatu 'totalitas yang lebih besar daripada jumlah bagian-bagiannya' (Bauman 2005, 44), yang dimanfaatkan oleh pengkarya seolah-olah mereka adalah individu biasa yang serupa dengan individu lainnya. Setiap klien juga menjadi lebih percaya diri tentang permasalahan yang dihadapi untuk diimajinasikan secara kolaboratif, agar dapat merasakan nilai dari permasalahan yang dihadapi, dalam suatu simulakrum;

semacam daur ulang dengan berbagai fragmen kehidupan yang berbeda (Baudrillard 1994, 7).



Gambar 72. Ciri simulacrum yang bertolak dari lukisan klien, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Gambar di atas, juga menjadi vokabuler ungkap dan properti yang bercirikan simulakrum, telah terjadi peleburan arsip milik klien, dengan pengetahuan pengkarya DKV. Maka telah mengalami proses pembebasan satu sama lain, sebagaimana disebutkan Baudrillard tentang peleburan yang menghasilkan produktivitas dan bentuk kedua atau ketiga dari bentuk asli (Baudrillard 1994, 9). Transformasi bentuk asli ini membuat klien telah memproduksi dari model yang diimajinasikan, kemudian membuatnya yakin karya tersebut memiliki nilai dan apresiasi dari orang lain.



Gambar 73. Arsip yang diolah pengkarya dengan ciri simulasi, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Perasaan dihargai dan diapresiasi oleh pengkarya dan tim, meski hanya dihadirkan dari sesi paparan dan tindakan seperti gambar di atas, secara otomatis setiap klien seperti melakukan terapi imajinasi kepada orang lain. Seperti berpegang teguh pada prinsip pada 'tujuan bersama' dan 'kebaikan bersama', di mana hal itu membuat pengkarya dan tim semakin termotivasi oleh tujuan tersebut. Ciri simulasi, dalam karya visual terapi imajinasi semakin membebaskan diri dari acuan apa pun, karena simulasi juga dikerjakan tanpa harus menggunakan aturan yang memiliki standar; oleh karena itu ciri inilah yang paling relevan untuk dikerjakan oleh pengkarya yang basisnya adalah praktisi untuk banyak memperoleh literatur sendiri dalam membuat terapi imajinasi ini.



Gambar 74. Persinggungan objek antarklien, arsip puisi dan lainnya, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Persinggungan objek antarklien seperti pada gambar di atas, salah satu temuan bermanfaat yang diharapkan dan diinginkan untuk saling memberikan pengetahuan tentang arsip yang dimilikinya. Pengkarya dan tim tentu tidak memiliki hak untuk menolaknya, melainkan memberikan kesempatan kepada masing-masing klien untuk mengekspresikan harapan dan keinginannya. Teknik tumpang tindih, teknik tempel tumpuk, dan teknik larut antargambar merepresentasikan realitas setiap pengalaman sebagai kelanjutan dari ciri hiperrealitas (Baudrillard 1994, 30), sehingga tanda-tanda yang terjadi harus dipahami sebagai cara presentasi dalam bentuk yang berbeda, sekaligus juga menginformasikan hal-hal yang selama ini diperdebatkan, penanganan disintegrasi antarindividu menjadi masalah yang paling krusial.



Gambar 75. Kartu dipersinggungkan dengan tindakan, September 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Rasa disintegrasi yang terungkap itu juga merupakan bagian dari kosakata masing-masing klien, terhubung dengan objek-objek yang dimiliki seperti; kartu remi, puisi tulisan tangan, lukisan, lagu-lagu kesukaan, gambar *game*, bunga melati, piala, dan sebagainya. Objek-objek itu juga dipahami sebagai properti, sebagian merupakan emosi dan kecemasan kolektif individu, terangkut dari hiperrealitas objek masing-masing klien. Baudrillard (Baudrillard 1994, 19) juga menjelaskan bahwa citra sangat terhubung dengan eksternal yang sebelumnya tidak pernah terhubung, tetapi tiba-tiba citra itu seolah mereduksi apa yang diimajinasikan, kemudian pengkarya terus menegosiasikan makna kolaboratif dari sesi

paparan dan tindakan, juga sebagian berbagi keintiman, bukan pencapaian target yang selalu diutamakan.



Gambar 76. Salah satu visual membentuk tanda, dan lainnya, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Cara negosiasi klien dalam mewujudkan gagasan visual atau imajinasi, sebagian juga mengandung vokabuler ungkap yang mengekspresikan posisi individu yang sering menyendiri dengan menggantungkan kecemasan dalam diri sendiri, yang langsung direspons oleh pengkarya. Di sini, mengandung pencarian diri sendiri dan sosialitas kasih sayang yang diharapkan, sehingga objek yang diolah, juga sebagai milik setiap klien, merupakan semacam tanda, penanda, dan petanda untuk klaim penegasan diri dan kapasitas untuk kehadiran yang lebih lengkap dalam lingkungan sosial. Tanda, penanda, dan petanda, dalam konsep hiperrealitas, juga tidak dapat

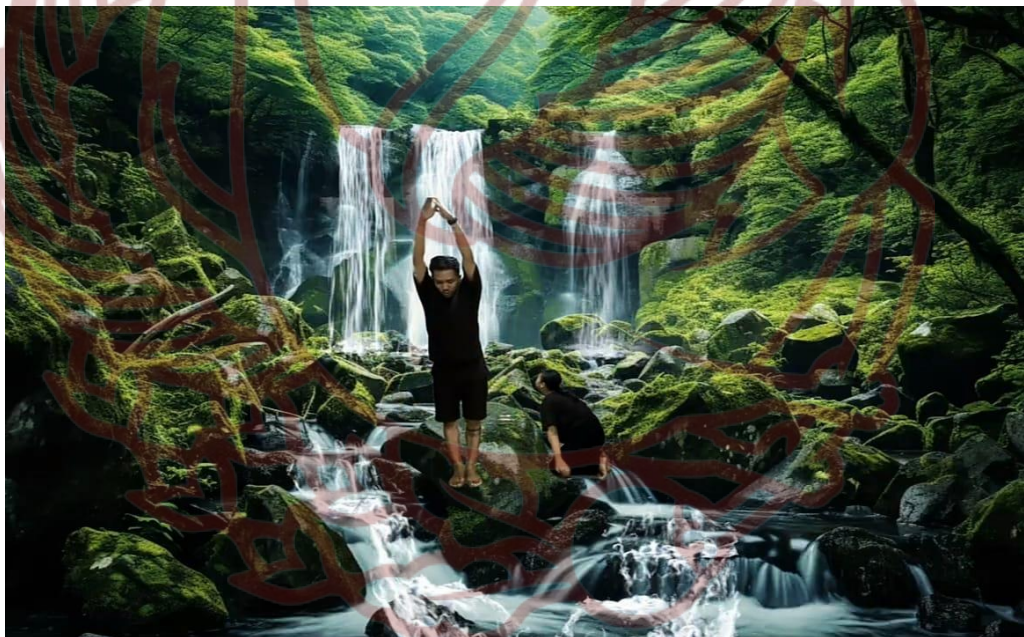
dipisahkan dari realitas yang menjadi kontradiksi, refleksi kritis, dan eksperimen setiap individu (Piliang 1999, 305), sebagaimana pengkarya menafsirkan kode dalam terapi imajinasi sebagai semacam kritik kompulsif terhadap realitas kehidupan klien untuk dipahami bersama, dapat dipadukan dan diabstraksikan dalam bentuk tabel sebagai berikut.

Tabel 5. Vokabuler Ungkap dan Properti

X	VOKABULER UNGKAP DAN PROPERTI	KETRANGAN
Vokabuler ungkap; mengungkap, menyingkap, membuka, dan pembendaharaan teks atau visual yang dipresentasikan.	Dokumen dan arsip; menjadi andalan dengan teknik tumpang tindih, tempel tumpuk, dan larut antargambar; bersifat biografis setiap klien, diyakini memiliki kekuatan; tubuh juga bagian di dalamnya; daur ulang dari setiap objek klien; dapat dilacak dari arsip klien seperti kartu remi, puisi tulisan tangan, lukisan, lagu-lagu kesukaan, gambar <i>game</i> , bunga melati, piala, senjata <i>airsoft</i> , buku tugas di saat sekolah, dan lain sebagainya; setiap arsip yang disimpannya sebagai representasi seringkali menyendiri dengan menggantungkan kecemasan dalam diri sendiri; merupakan semacam tanda, penanda, dan petanda untuk klaim penegasan diri dan kapasitas untuk kehadiran yang lebih lengkap dalam lingkungan sosial melalui keseluruhan dokumen dan arsip.	Lab kolaboratif; hasil serangkaian proses menjalani makna bersama melalui paparan dan tindakan dengan konsep hiperrealitas; menggunakan konsep hiperrealitas dengan ciri simulakrum, simulasi, representasi, citra, tanda, penanda, dan petanda, serta kode; bagaimana merancang imajinasi visual bersama, yang sangat menghubungkan satu sama lain di antara klien-klien yang sejenis; memicu agar dapat merasakan nilai dari permasalahan yang dihadapi setiap klien untuk saling menimbulkan empati; memantik pada setiap klien untuk mengalami proses pembebasan satu sama lain; membuat tindakan bagaimana klien memiliki nilai dan apresiasi dari orang lain; menginformasikan hal-hal yang selama ini diperdebatkan, penanganan disintegrasi

		<p>antarindividu menjadi masalah yang paling krusial; menegosiasikan makna kolaboratif dari sesi paparan dan tindakan, juga sebagian berbagi keintiman, bukan pencapaian target yang selalu diutamakan; semacam kritik kompulsif terhadap realitas kehidupan klien untuk dipahami bersama agar akses berdaya dan setara begitu utuh.</p>
--	--	--

2. Representasi Berdaya dan Setara melalui Dokumen dan Arsip



Gambar 77. Salah satu teknik tempel antara visual satu dengan lainnya, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Alamsyah dalam Hafifi menjelaskan representasi dapat diartikan sebagai kegiatan merepresentasikan ulang, merepresentasikan sesuatu, perwujudan dalam kaitannya dengan peristiwa, dokumen, dan arsip, dengan menciptakan sesuatu sebagai cara menafsirkan apa yang telah

dihasilkan dari pekerjaannya (Hafifi 2024, 323). Pemahaman ini sangat sejalan dengan apa yang dikerjakan masing-masing klien melalui terapi imajinasi, menjadi individu, berarti tidak menyalahkan siapa pun atas kesengsaraan diri sendiri, mencari penyebab kekalahan diri sendiri di mana pun, dengan mencari solusi selain berusaha lebih keras dan lebih giat lagi. Hal ini juga sejalan dengan pernyataan Bauman (Bauman 2005, 47) upaya menjalani kehidupan sehari-hari dengan risiko merendahkan dan meremehkan diri sendiri, sebagai bentuk pemberdayaan diri, di mana pengkarya dalam hal ini terlihat 'hanya' memproduksi segala macam arsip secara kolaboratif.

Bauman juga menegaskan bahwa akses yang berdaya dan setara dalam ruang sosial yang bersumber dari tempat terjadinya konflik eksistensial individu tidaklah mudah (Bauman 2005, 41), untuk itu pengkarya melalui dokumen dan arsip yang menjadi memori untuk mereduksi kompleksitas kesulitan yang dialaminya sehingga penyebab kesengsaraan dapat dipahami dan mudah ditangani serta dapat menerima tindakan korektif. Bukan berarti mereka menganggap 'solusi biografis' juga terlihat berat dan rumit, justru lebih ringan. Meskipun menurut Hafifi (Hafifi 2024, 353), solusi biografis juga sangat efektif dalam melihat suatu situasi yang tidak bias terhadap diri sendiri, tetapi akan menjadi lebih rumit lagi apabila sistem berpikir yang

melingkupinya tidak tersedia, kecuali dengan memfokuskan diri pada solusi yang dikerjakan.



Gambar 78. Realitas kebiasaan S6 di sela-sela kesibukannya, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Berfokus pada apa yang direncanakan tanpa memikirkan segala macam perbedaan realitas eksternal di sekitarnya, termasuk keluarga, juga mengendalikan segala bentuk campur tangan untuk menyelesaikan sesuatu juga merupakan bagian dari bagaimana memberikan akses berdaya dan setara terhadap 'individualisasi' tugas dan tanggung jawab masing-masing klien. Oleh karena itu, setiap gagasan yang disampaikan oleh masing-masing klien diteruskan dengan berkomunikasi melalui media sosial, yang terkadang dalam sesi paparan dan tindakan langsung belum muncul karena berbagai pertimbangan. Salah satunya dengan mengambil momentum yang tepat, dari rasa suka semacam ini menjadi ruang yang berharga untuk

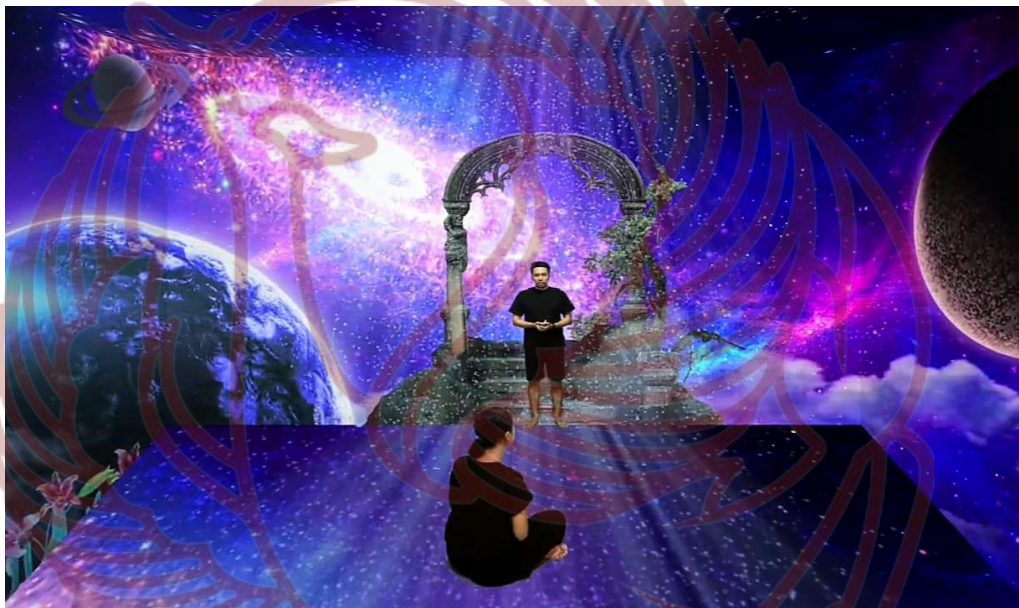
menjadi individu secara utuh - yakni mengendalikan nasib sendiri melalui terapi imajinasi yang tidak hanya diselesaikan di lab kolaboratif.



Gambar 79. Album foto masa kanak-kanak salah satu klien, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Lab kolaboratif bukanlah akhir yang hanya dikelilingi oleh LED berbentuk kotak, sesungguhnya sesi paparan dan segala menjadi sebuah proses penjelajahan makna bersama, secara kolaboratif yang terus terjalin hingga maut memisahkan. Bauman (Bauman 2005, 38) setiap individu berhak memiliki usahanya sendiri dengan menggunakan sumber daya yang dimilikinya, yang kemudian orang lain dapat memberikan akses yang setara dengan apa yang dimilikinya. Artinya menjembatani latar belakang tidaklah rumit, tanpa harus

memaksakan diri untuk memberikan akses yang lebih besar pada pengetahuan sebelumnya, pengkarya dan tim hanya mengakses apa yang diharapkan dan diinginkan melalui dokumen dan arsipnya sendiri, termasuk album foto dan sejenisnya juga dapat digunakan sebagai visual terapi imajinasi.



Gambar 80. Upaya pengkarya dalam mewujudkan yang diimajinasikan S6, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Lab kolaboratif mencakup proses sesi paparan dan tindakan yang dikerjakan secara berulang-ulang untuk setiap klien, mengacu pada pernyataan Hafifi, menjadi ruang representasi dokumen dan arsip yang tentunya tidak hampa, tetapi mungkin penuh dengan isi yang dapat menciptakan kompleksitas baru (Hafifi 2024, 366). Bagi Hafifi, representasi dokumen dan arsip merupakan cara lain untuk memahami peran aktif dan kreatif dalam memahami dunia untuk saling bertukar makna (2024, 364) tentang diri sendiri yang diterjemahkan sebagai

terapi imajinasi oleh pengkarya. Bahkan di antara kolaborator, kesenjangan latar belakang pengetahuan, keinginan untuk saling mendominasi, dan memaksakan diri untuk terlibat dalam suatu karya, juga akhirnya diselesaikan, dicari solusinya, dan dinegosiasikan bersama sebelum akhirnya memberikan akses berdaya dan setara terhadap kesenjangan yang dapat dikerjakan kepada klien.



Gambar 81. Informasi kartu tarot sebagai dokumen dan arsip, September 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Hafifi (Hafifi 2024, 367) menyatakan bahwa dokumen dan arsip dalam representasi dan jangkauannya melampaui parameter pemahaman seni masing-masing individu, di mana sebenarnya telah tercipta suatu kesenjangan dalam terapi imajinasi pengkarya, kesenjangan tersebut juga menimbulkan jarak dan ketidaknyamanan antarkolaborator, yang coba dipahami sebagai suatu proses

penjelajahan makna secara perlahan. Sømhovd (Sømhovd 2011, 19) menegaskan bahwa dokumen dalam cara pengaktifan makna dari segala macam objek yang dihimpun dan beroperasi sebagai suatu proses kreatif, dalam hal ini arsip klien diperlakukan sebagai dokumen, tetapi dokumen tersebut bukanlah arsip, demi terpeliharanya kerja kolaboratif. Ruang lab kolaboratif di luar kotak merupakan kumpulan kerja kolektif yang retak, berjarak, dan dapat dikatakan hampa dari pengalaman dan pengetahuan masing-masing, agar memiliki alasan yang lebih logis untuk melakukan sesuatu yang berguna bagi diri mereka sendiri di kemudian hari berdasarkan suatu keyakinan atas pulihnya kemampuan kognitif, meminimalisir delusi dan halusinasi.

Berdasarkan dua poin dari uraian bentuk visualisasi karya di atas, keterkaitannya tetap terkait gejala, rasa sakit yang dialami oleh masing-masing klien, terhadap hiperrealitas yang dialaminya, hingga dipertemukan dengan konsep hiperrealitas Baudrillard, dikaitkan pula dengan PANSS yang diisi oleh para psikiater, dengan harapan SWLS yang akan diisi oleh klien setelah dilaksanakannya lab kolaboratif ini, dapat digunakan untuk mengevaluasi efektivitas program dan intervensi yang ditujukan untuk meningkatkan kepuasan hidup masing-masing klien (Sutrisno 2023, 29), atas terapi imajinasi ini. Pengkarya berharap agar intervensi yang dilakukan sejauh ini dapat mengubah cara pandang

mereka terhadap sesuatu, setidaknya mereka dapat melihat sesuatu yang dikerjakan selama ini sebagaimana mestinya tanpa memosisikan diri dalam cara yang tidak melihat apa pun (Cook and Macaulay 1997, 51). Hal lain yang terkait dengan SWLS adalah bahwa strategi tersebut dapat dikembangkan untuk penelitian selanjutnya, seperti meningkatkan hubungan sosial dengan sepuluh klien yang dimaksud dengan lebih meningkatkan diri, berfokus pada pengembangan keterampilan dan kesehatan (Bauman 2005, 58), sebagai sebuah proses berkelanjutan dari terapi imajinasi.

Hasil dari SWLS ini sebagai modal untuk keberlangsungan hidup klien atas kepuasan dalam beberapa waktu ini, meskipun penerapannya memerlukan interpretasi yang cermat, disesuaikan dengan *mood* setiap klien (Sutrisno 2023, 31), setelah lab kolaboratif dipresentasikan mengingat dari gejala dan rasa sakit yang tidak pernah diduga sebelumnya. Namun, sejauh ini, pengkarya dan tim menganggap solusi ini berharga untuk menilai kepuasan klien secara objektif atas karya kolaboratif ini, melampaui aspek-aspek kehidupan mereka yang lebih detail. Berbagai upaya telah dilakukan untuk memastikan akses yang setara dan berdayakan, dengan *trial and error* yang sudah dikerjakan untuk memperluas korpus guna mengantisipasi keadaan yang tidak terduga.

C. Bentuk Presentasi Karya

Lab kolaboratif berfungsi sebagai media presentasi karya melalui LED berukuran panjang 5 m, lebar 4 m, dan tinggi 3 m yang telah dijelaskan dalam wujud penciptaan, sebagai akhir dari rangkaian sesi paparan dan tindakan, sekaligus sebagai awal dari akses berdaya dan setara secara berkelanjutan dalam lingkungan sosial. Sebab rangkaian sesi yang juga didampingi oleh psikiater di dalamnya juga menjadi ajang untuk mempresenyasikan kerja kolaboratif kepada klien. Jadi lab kolaboratif merupakan salah satu bentuk fasilitasi kerja sama yang dikerjakan secara periodik terhadap visual yang dinegosiasikan demi memperoleh hak yang sama dalam pengambilan keputusan visual.



Gambar 82. Salah satu tindakan kolaborator yang ditempel visual pantai, April 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Delong dkk. (Delong et al. 2015, 4), menjelaskan bahwa kolaborasi bergantung pada bagaimana proses metodologi dikerjakan, dilalui, dan ditempuh, meskipun dalam realisasinya juga mengalami hambatan dan tantangan yang cukup berarti di dalamnya. Pernyataan ini terkait dengan hambatan dan tantangan yang juga terjadi, tergantung pada bagaimana cara mengatasinya, misalnya, pergeseran dari dramaturgi kolektif ke kolaboratif bukanlah sesuatu yang sederhana jika individu tidak terbiasa menentukan suaranya. Lain halnya dengan klien yang belum mendapatkan akses yang tepat, ketika diberikan akses, setiap klien sebenarnya lebih memahami kerja kolaboratif dalam mewujudkan terapi imajinasi.

Terapi imajinasi yang dikerjakan secara kolaboratif didasarkan pada sikap setiap klien untuk mengalami proses bersama dengan cerita dan visual yang dipresentasikan. Proses eksplorasi makna melalui paparan dan tindakan ini, pada hakikatnya menjadi suatu bentuk presentasi karya yang terjalin seperti sebuah lab yang terus tumbuh dan berkembang bersama dengan jaringan imajinasinya. Prinsip utama dalam pertumbuhan dan perkembangan visual, bagaimana pengkarya memberikan daya penuh, layaknya sebuah kolaborasi sebagai ajang persinggungan dan dialog bagi permasalahan klien yang diwujudkan melalui visual.



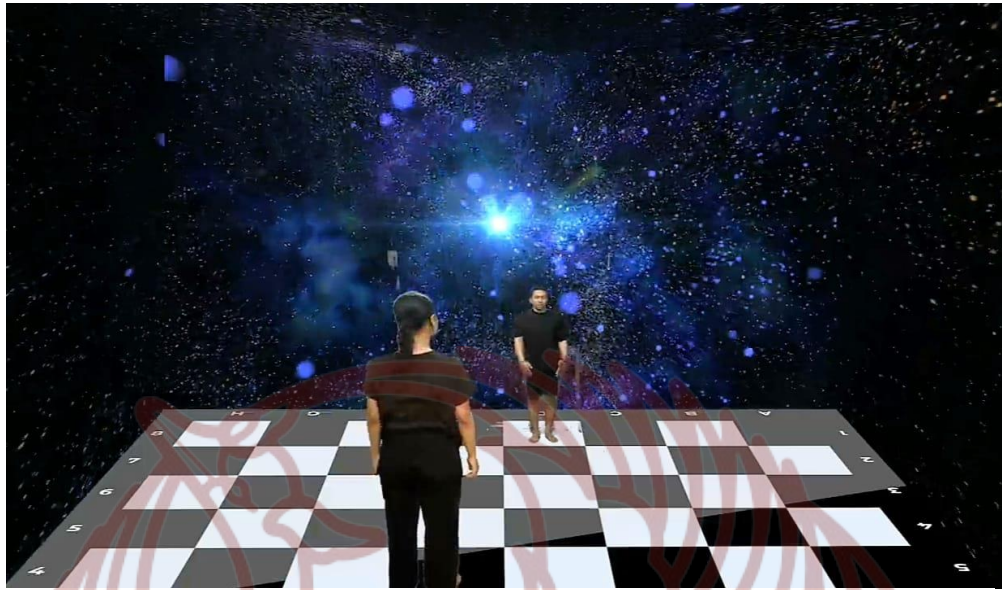
Gambar 83. Eksplorasi visual kerja kolaboratif imajinasi dari S6, S7, dan S8, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Hal yang ditekankan dalam bentuk presentasi karya dengan imajinasi sebagai konsep, metode, ciri atau sifat karya dan makna, dengan memasukkan sejumlah ide visual yang dinarasikan antara satu klien dengan yang lain, di mana pengkarya dan tim terus memproyeksikan prospek individu yang lebih positif atau individu yang menguasai sumber dayanya sendiri yang sangat diperlukan untuk pengendalian diri secara menyeluruh. Lab kolaboratif merupakan semacam ruang presentasi bagi klien untuk menjadi otonom bersama masyarakatnya, dengan cara beraktivitas di lingkungan masyarakatnya. Misalnya, mewujudkan harapan bakti sosial, berolahraga bersama, bergabung dengan komunitas airsoft gun, dan sebagainya, juga merupakan bagian dari bentuk presentasi yang paling konkret sebagai sebuah metodologi.



Gambar 84. Objek keseharian seperti uang dan ular tangga, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Pengkarya dan tim mengajak klien untuk bersosialisasi dengan masyarakatnya, yang sebagian merupakan bentuk presentasi yang lebih konkret dan memerlukan pembentukan diri yang disengaja dan berkelanjutan agar dapat diperhatikan kemudian. Menurut Bauman, sesuatu yang mungkin hanya dianggap sebagai pencapaian semu, karena masyarakat berada dalam hubungan yang ambigu dengan otonomi individu – yang juga menciptakan kerentanan (Bauman 2005,48). Namun, dari proses penggalian makna dan pengalaman selama sesi paparan dan tindakan, muncul sikap yang tegas dan solid untuk menentukan dan memilah sebagiannya guna melanjutkan kondisi yang sangat dibutuhkan oleh klien, guna menghindari kerentanan tersebut.



Gambar 85. Papan catur diangkat dari realitas kebiasaan salah satu klien, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Pemulihan kemampuan kognitif dapat ditandai dari setiap klien yang mulai melakukan analisis mendalam terhadap masyarakat, yang sebagian juga menjadi bentuk presentasi karya yang lebih konkret tentang hubungan antara lingkungan dengan visual yang diwujudkan. Aktivitas dalam masyarakat juga dipilih dan dieksplorasi dengan kemampuan pengkarya, yang kemudian dipresentasikan kembali, kemudian imajinasi klien berkembang, didesain ulang berdasarkan klasifikasi visual yang telah ditentukan. Pengerjaan ulang dalam DKV, juga semacam bentuk presentasi karya yang membutuhkan negosiasi antarindividu dan ketenangan bersama yang hakikatnya tidaklah mudah.

Padahal, proses analisis metodologi dalam sesi paparan dan tindakan masing-masing klien lebih bernilai ke depannya untuk belajar lebih banyak dan mengenali diri sendiri secara lebih konsisten. Pelajaran

berharga tentu saja jika ditinjau sejauh mana klien merasa perlu memikirkan hidupnya. Jadi, sebagian telah selesai melalui kerja kolaboratif yang panjang dan berliku untuk menjadi individu yang utuh.



Gambar 86. Objek seperti ikan dan gemericik air bagian dari kesukaan S8, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Kerja kolaboratif yang mengandung akses yang berdaya dan setara tanpa hierarki tertentu, sebagaimana yang dikemukakan oleh Delong dkk. (Delong et al. 2015, 5), asosiasi ide antarindividu tanpa merasa didominasi atau mendominasi, bila dipandang antara keduanya, satu individu dalam kerja kolaboratif berhak bersuara untuk mewujudkan keterbukaan, karena semuanya dikerjakan bersama-sama. Pengkarya dalam hal ini juga hanya sebagai fasilitator dengan keterampilan DKV, untuk menempatkan sejumlah gagasan klien secara utuh sebagai terapi imajinasi baginya, tentang makna menjadi manusia. Sebagaimana yang dikemukakan oleh

Bauman (Bauman 2005, 48), berpikir menjadikan individu menjadi manusia, tetapi menjadi manusia adalah apa yang membuat individu berpikir, di mana pengkarya dan tim telah berusaha melakukan sesuatu jika hal itu diyakini sebagai bagian dari berpikir baginya.

Maka bentuk presentasi karya dalam konteks lab kolaboratif berupa ruang LED, terapi imajinasi sebagai bentuk multimedia interaktif antara visual yang telah disiapkan oleh pengkarya, dan dioperasikan oleh pengkarya di luar lab, didampingi oleh kolaborator sebagai pemicu interaktivitas yang dimaksud. Interaktivitas sebagai bagian dari hipotesis pengkarya juga terkait dengan pengaktifan individu untuk berpikir, melakukan sesuatu, menyaksikan hasil kreativitasnya sendiri selama beberapa sesi paparan dan tindakan. Bentuknya dapat dikerjakan dengan tiga metode, yaitu rekonstruksi paparan dan tindakan, representasi berdaya dan setara, serta *copy-paste* atau *reenactment* tindakan, termasuk mewujudkan vokabuler ungkap dan properti yang dipresentasikan dalam bentuk riil seperti; sapu lidi, pel lantai, piring makanan, raket bulu tangkis, senjata *airsoft*, ember, ransel untuk bepergian, dan lain-lain.

1. Rekonstruksi Paparan dan Tindakan



Gambar 87. Visual dikelola dari arsip S5 saat bersama sang ayah, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Hafifi (Hafifi 2024, 402) menjelaskan rekonstruksi paparan dan tindakan yang berbasis dokumen dan arsip, tidak sepenuhnya merupakan presentasi yang sama dengan yang sebelumnya, disebabkan mengingat proses kreatif untuk menangkap kekuatan penemuan makna dan tanda-tanda yang berbeda secara umum. Pengkarya dalam hal ini lebih berfokus pada kumpulan paparan dan tindakan yang telah dirangkum selama persinggungan hingga diperoleh nilai PANSS dari psikiater pendamping, yang nantinya diperlukan SWLS sebagai kebutuhan penelitian selanjutnya. Hal ini dimungkinkan menurut Hafifi, dalam rekonstruksi tindakan, mengacu pada imajinasi pengarya secara spontan (Hafifi 2024, 403) juga mengacu

pada karakter dan kerja sama antara klien dengan kolaborator lain yang memiliki latar belakang tari dan teater.

Rekonstruksi paparan dan tindakan merupakan semacam pengembalian atau informasi tentang bagaimana pengkarya dan tim melakukan paparan dan tindakan pada klien, dengan menghilangkan segala macam narasi tentang kelemahan pikiran atau tanda-tanda malu/gengsi, atas semua yang dipikirkan berbeda. Sebab, yang ingin disampaikan di sini adalah bagaimana pengkarya dan tim menghadapi berbagai kesulitan dalam memberikan keistimewaan kepada klien. Informasi ini sekaligus dapat memicu siapa saja yang menyaksikannya untuk terpanggil memperlakukan setiap individu berdasarkan standar kemanusiaan yang tepat.



Gambar 88. Objek-objek keseharian klien sebagai materi visual, September 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Bauman (Bauman 2005, 42) menjelaskan standar kemanusiaan pada dasarnya cukup sederhana, bagaimana segala bentuk paparan dan tindakan memperlihatkan solidaritas yang mendalam, bukan kepalsuan yang kerap disembunyikan demi tujuan atau agenda tertentu. Pemahaman inilah yang membuat pengkarya berusaha menelusuri proses pemaknaan berdasarkan peristiwa antara klien dan kolaborator. Jika agenda antara kolaborator saja disembunyikan, bagaimana dengan klien sebagai subjek yang mesti terus dibongkar terkait hal-hal tersebut.

Padahal, menelusuri proses pemaknaan peristiwa antara klien lebih mudah daripada menelusuri proses yang terjadi antara kolaborator, mengingat kebebasan juga dapat dipahami sebagai kenafian. Rekonstruksi paparan dan tindakan memuat segala hal tentang kolaborasi dengan klien yang lebih luwes menelusuri “peta jiwa” yang tengah dilaluinya daripada kolaborator lainnya. Ada banyak hal yang cukup transparan diaktifkan oleh dirinya sendiri, bagaimana ia seolah mengabadikan dirinya sendiri, hingga menemukan kebebasan.

Rekonstruksi paparan dan tindakan lebih banyak tentang menunjukkan tanda, penanda, dan petanda, serta kode yang diciptakan secara kolaboratif tentang hubungan antara pengkarya dan klien, sepenuhnya dalam posisi saling percaya, saling berwenang, dan

sebagainya, untuk akses berdaya dan setara. Jika Adorno, dalam kondisi tertentu, merasa bahwa ia berada dalam lingkungan yang seharusnya tetap tidak dapat dipahami olehnya (Bauman 2005, 48), dibandingkan dengan kehadiran pengkarya dan tim, setiap klien merasa bahwa ia semakin memahami lingkungan di sekitarnya. Oleh karena itu, rekonstruksi paparan dan tindakan, semacam proses mengulang keakraban dan terus mengeksplorasi makna hingga mereka menjadi saling menyadari satu sama lain.



Gambar 89. *Chatan* WhatsApp antara S10 dengan pengkarya, April 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Saling pengertian antara klien dan pengkarya terjadi karena adanya intensitas yang terus berlangsung, khususnya kontinuitas melalui media sosial dalam menghubungkan terapi imajinasi. Sugiharto dalam Hafifi (Hafifi 2024, 403) menyatakan: Imajinasi merupakan kemampuan primer, bukan sekunder, untuk memahami realitas, yang diyakini oleh pengkarya dapat memberikan secercah harapan yang lebih positif dari sebelumnya. Rekonstruksi paparan dan tindakan tersebut dapat disimpulkan dalam presentasi karya sebagai sebuah dramaturgi kolaboratif yang bereinkarnasi atas dasar perolehan rasa percaya diri, kenyamanan, kedamaian, dan kebahagiaan bagi masing-masing. Kerja operasional pun yang lebih mengutamakan gagasan klien daripada hal-hal yang membuat kejiwaan rentan terbebas dari rasa kesal yang mendalam.

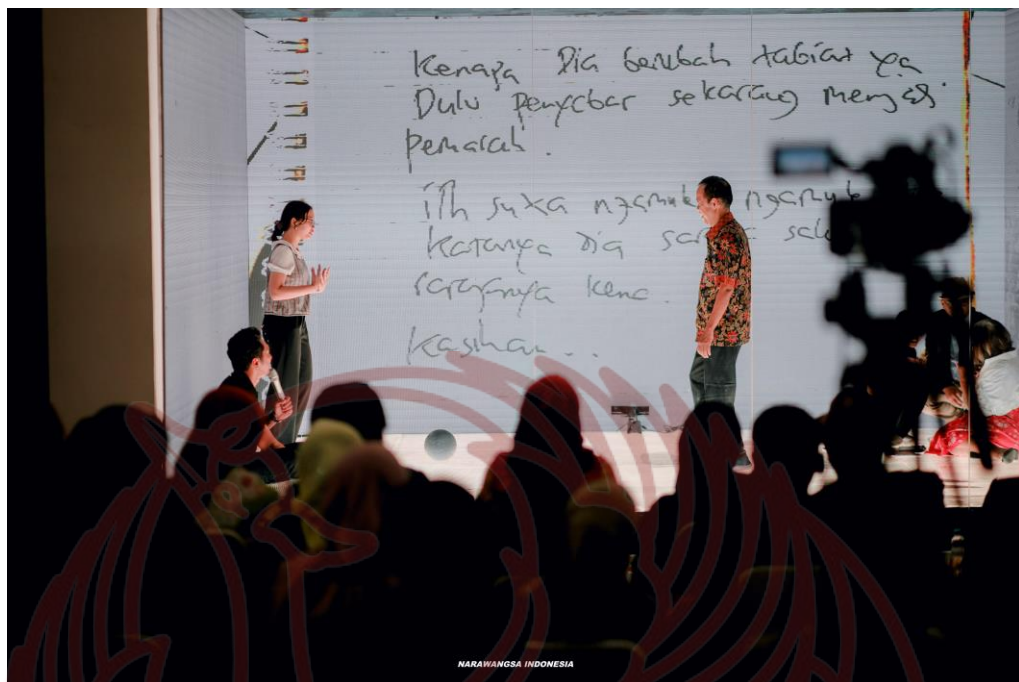
2. Representasi Berdaya dan Setara



Gambar 90. Realitas kebiasaan dan arsip, didesain pengkarya, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

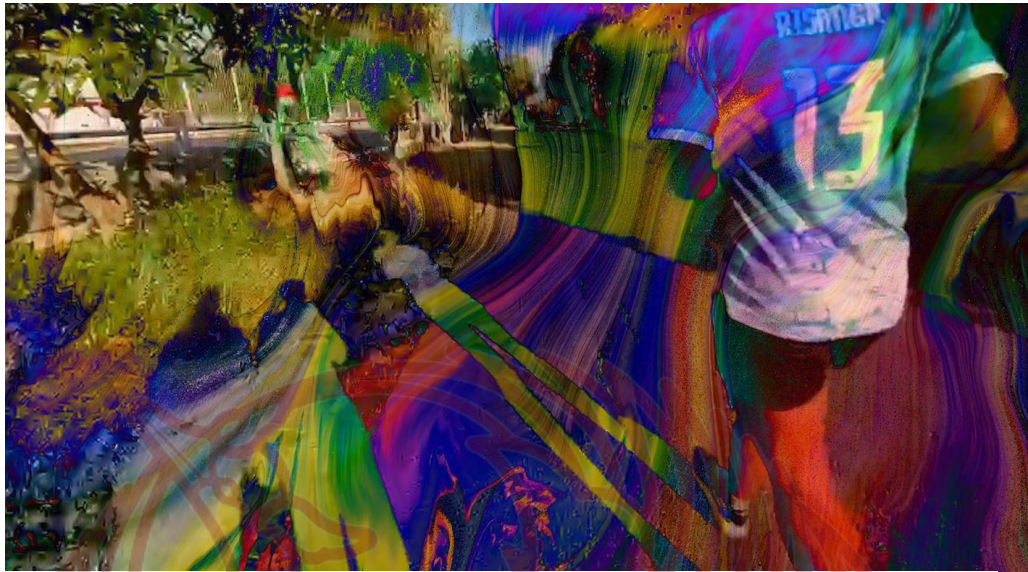
Cook dan Macaulay (Cook and Macaulay 1997, 51) menjelaskan akses berdaya pada dasarnya memberikan nilai bagi kelangsungan hidup melalui keterlibatan penuh. Seolah dinavigasi oleh pemikiran yang sehat tentang kemampuan dan keterampilan masing-masing individu. Maka melalui presentasi karya ini, pengkarya mencoba untuk secara sadar menegaskan kepada dirinya sendiri, khususnya kepada klien dan kolaborator di belakangnya, ada kekuatan untuk berbuat lebih dari sekadar apa yang sedang dikerjakan.

Pertanyaan mendasarnya, apakah situasi dan kondisi tertentu atau khusus, seperti klien, masih dapat atau tidak menjadikan kondisi tersebut lebih manusiawi daripada sebelumnya? Untuk menjawabnya, pengkarya menggunakan pemikiran dasar Bauman (Bauman 2005, 4) tentang nilai-nilai yang dapat diproduksi dari situasi dan kondisi apa pun, dapat dilestarikan dalam pikiran yang terhindar dari kontaminasi, yang tidak kalah pentingnya bagi kehidupan orang-orang yang seharusnya dilayaninya, sebagaimana yang dikemukakan oleh Delong dkk. (Delong et al. 2015, 10) menyatukan sejumlah gagasan, berkolaborasi dalam mencapai imajinasi tertentu yang dielaborasi bersama demi nilai-nilai yang mendorong dan menginspirasi yang telah dibangun bersama. Maka segala macam hal terjadi dari lab kolaboratif ini, setidaknya sebagai representasi akses berdaya dan setara bagi sepuluh klien yang dipilih dalam penciptaan ini.



Gambar 91. Salah satu arsip yang dikelola pengkarya menjadi visual, September 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Orang-orang pilihan ini pada dasarnya adalah metafora bagi siapa saja untuk memperoleh akses berdaya dan setara, diberi kesempatan untuk memurnikan pikirannya, terbebas dari segala gangguan, terutama orang-orang di sekitarnya yang selalu memandang rendah mereka. Lab kolaboratif sebagai terapi imajinasi bagi orang-orang pilihan, menjadi pilihan semesta untuk menjalankan tugas yang tidak mudah untuk menemukan rute yang lebih terang, yang lebih rumit daripada orang-orang yang sehat jasmani dan rohani pada umumnya. Lab ini tidak lebih dari sekadar representasi simbolis melalui ruang yang sama dengan visual sebagai terapi imajinasi, untuk memperoleh cahaya yang lebih terang di masa depan.



Gambar 92. Hasil eksplorasi visual bertolak dari realitas kebiasaan klien, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Ruang boks LED secara tidak langsung telah memberikan cahaya terang dengan berbagai visual yang diciptakan dan didiskusikan bersama tanpa ada yang merasa patah semangat dengan keterbukaan perasaan yang diungkapkan (Delong et al. 2015, 11) yang sangat meminimalisir perasaan tidak suka antara klien dan kolaborator. Sejumlah gagasan yang dikemukakan selama sesi paparan dan tindakan dapat berujung pada rasa tidak suka, membuat pengkarya mengolah visual selama proses berlangsung sebagai representasi dari klien yang dituju. Hal ini tentu semakin memperjelas terapi imajinasi merupakan media yang sangat kompleks dalam proses eksplorasi makna yang sedang dijelajahi bersama.



Gambar 93. Tindakan kolaborator bersama dengan klien dalam lab, September 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Artinya, bentuk presentasi karya melalui lab kolaboratif dapat dipahami sebagai upaya representasi akses berdaya dan setara melalui terapi imajinasi yang diwujudkan secara bersama-sama, diberi ruang dan kesempatan bagi klien, saling bertukar pikiran saat presentasi, atau hal-hal lainnya, yang mungkin membuat mereka merasa lebih dihargai dan dihormati sebagai manusia pada umumnya. Perilaku demikian diyakini lebih cepat atau efektif dalam memulihkan kemampuan kognitif dengan mempercayai dan mendengarkan apa yang muncul dari perasaan mereka. Pengkarya menganalisis berdasarkan proses kolaboratif tersebut, klien dinilai memiliki semangat besar untuk berkembang lebih positif di masa depan dan berjuang secara gigih dan

tangguh melawan gangguan-gangguan seperti delusi dan halusinasi, dengan cara meningkatkan interaktivitas dengan banyak hal.

3. *Copy Paste* atau *Reenactment* Tindakan



Gambar 94. Salah satu tindakan saat paparan bersama dengan klien, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Hafifi (Hafifi 2024, 401) menjelaskan *copy paste* merupakan istilah dalam komputerisasi. *Copy* berarti menyalin data atau berkas/folder berupa gambar, video, tulisan, atau tautan situs web, dan apa pun ke nama data lain (baru) dengan kerja *paste*; meletakkan data tersebut sebagai suatu kegiatan sesuai bidang yang dikerjakan, yang oleh pengkarya dianggap sebagai metode presentasi yang relevan dalam lab kolaboratif. Hal ini juga dianggap sebagai kerja praktik tentang proses pemahaman dan penjelajahan makna antarkolaborator berdasarkan realitas kebiasaan atau cara pemahaman seni yang berbeda.



Gambar 95. Salah satu tindakan di-copy paste dari visual terapi imajinasi, April 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Menurut Hafifi, metode *copy paste* bersinggungan dengan *reenactment*, sebagai acuan pengetahuan tentang praktik yang dikerjakan secara langsung antara layar dengan pengkaryanya yang menyalin dan menempel setiap tindakan dari visual yang disaksikan (Hafifi 2024, 402), dapat pula dipahami sebagai sebuah kerja kreatif yang memancing reaksi lebih konkret dari klien, sebagaimana yang terjadi pada paparan dan tindakan sebelumnya. Sebagian besar klien memahami tindakan tersebut sebagai representasi atau dukungan dari klien atas ketidakberdayaannya selama ini, yang kemudian melalui tindakan tersebut seakan terpacu untuk melawan diri sendiri agar dapat melanjutkan proses kreatifnya. Proses kreatif ini, melalui tindakan kolaborator, juga dipahami oleh mereka sebagai sebuah tindakan yang menggelitik perasaan masing-masing, atau sebagai rute

yang relevan untuk menemukan jati diri melalui kerja kolaborasi tersebut.



Gambar 96. Tindakan kolaborator lainnya memicu interaktivitas klien, September 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

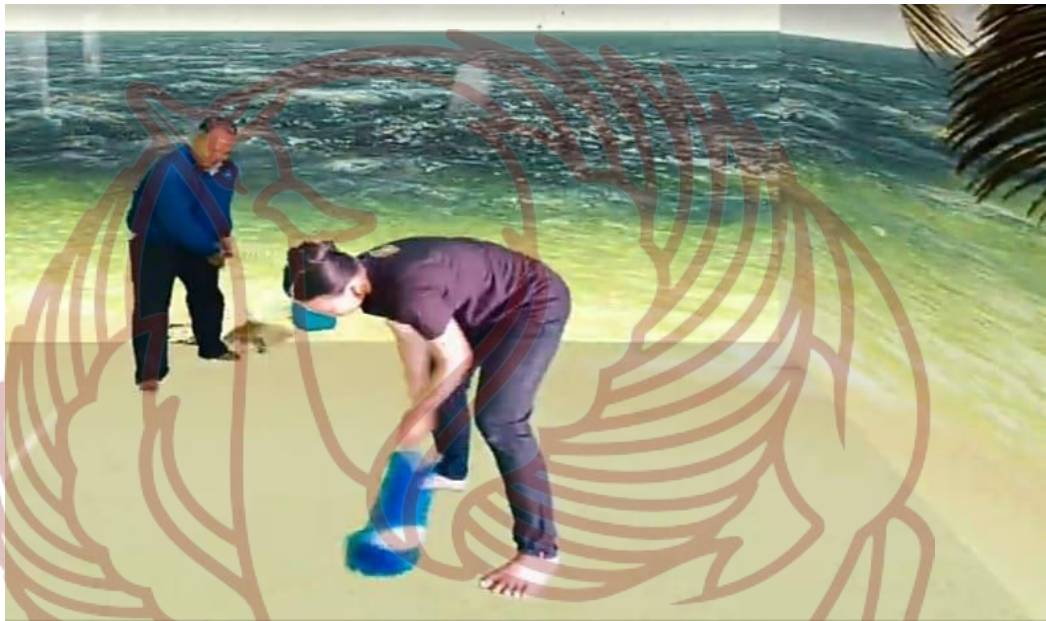
Hafifi (Hafifi 2024, 402) menjelaskan metode *copy paste* sebagai perdebatan antara praktik dramaturgi dan penyutradaraan, terkait dengan *reenactment* sebagaimana yang dilihat oleh Agnew; fenomena kultural yang dimaksud memiliki muatan yang sangat implisit berupa demokratisasi pengetahuan sejarah masa lalu yang dianggap relevan bagi penciptaan memori, trauma, dan sejarah tubuh, juga relevan dalam konteks terapi imajinasi atas sejarah klien yang sedang berlangsung, tentang memahami diri sendiri melalui sejarah yang telah dialami, meskipun itu juga merupakan trauma yang berkepanjangan, yang harus dijalin kembali dengan setiap residunya (Merleau-Ponty

2002, 32). Bagaimana pengkarya dan tim selalu mendorong dalam paparan dan tindakan selama sesi terapi imajinasi, sejarah luka tersebut juga dapat ditemukan samar-samar sebagai kekuatan yang hidup di masa sekarang. Hal ini juga diperkuat oleh Hafifi (Hafifi 2024, 402) tentang *copy paste* atau *reenactment*, sebagai cara kerja untuk mengganggu sejarah diri dengan menelusuri semua jenis tindakan yang telah terjadi.

Cara ini sebenarnya sudah sering dikerjakan dalam sesi paparan dan tindakan, yang membuat sebagian besar klien cukup antusias mengikuti tindakan yang dikerjakan. Reaksi semacam ini, dapat dipahami bahwa pengetahuan sebelumnya yang sangat berbeda juga menimbulkan imajinasi dalam benak setiap klien. Imajinasi ini langsung terwujud dengan tindakan yang secara praktis mengikuti visual yang terjadi di layar, namun di sisi lain juga membuat klien lain hanya terdiam dan berusaha mencerna untuk memahami apa yang dikerjakan kolaborator, namun setelah itu dianggap membebaskan diri dari banyak hal yang membuat perasaan tidak menentu.

Hafifi (Hafifi 2024, 404) mengutip pernyataan Agnew yang dikutip dari sejarawan Stephen Gapps: Mengapa orang Australia [atau siapa pun] “ingin” mengaktifkan kembali sebuah sejarah yang begitu jauh dari pengalaman mereka? Anomali semacam ini kemudian diputuskan oleh pengkarya untuk menjauhkan diri dari sejarah tubuh

kolaborator, namun di sisi lain berusaha mendekatinya, karena pada dasarnya diyakini bahwa tindakan tersebut bukanlah representasi ketidakberdayaan, melainkan upaya akses berdaya dan setara untuk mendekati setiap klien.



Gambar 97. Tindakan *copy paste* diinterpretasi dari realitas kebiasaan S4, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Metode *copy-paste* atau *reenactment* sebagai bagian dari bentuk presentasi karya dapat disimpulkan sebagai upaya untuk memicu keyakinan tambahan pada akses berdaya dan setara untuk mentransformasikan dirinya menjadi opini, prasangka, atau sekadar keyakinan pada masa depan yang lebih baik. Tindakan semacam ini, dalam sebuah “peta jiwa” telah menunjukkan adanya garis demarkasi diri, yang membentuk hubungan satu sama lain, melalui referensi yang sebenarnya masih diperdebatkan. Pada hakikatnya, metode ini merupakan penyesuaian jiwa masing-masing klien atau

antarkolaborator yang pada realitasnya terus mengeksplorasi proses pencarian makna, melampaui semua bentuk presentasi karya yang lebih mudah dipahami klien, tetapi sulit dipahami kolaborator yang masih bersikeras memahami seni tradisional, bukan seni yang berfungsi secara metodologis, atau lebih kepadanya 'memaksakan' epistemologinya.

Dari sisi presentasi karya, masih terdapat beberapa poin berharga terkait PANSS yang selama ini dinilai psikiater, hanya saja SLWS bertumpu pada lab kolaboratif yang nantinya akan diwujudkan terkait evaluasi efektivitas intervensi atau terapi imajinasi yang diharapkan dapat mengembalikan kemampuan kognitif, meminimalisir delusi dan halusinasi, serta sejauh mana meningkatkan kepuasan hidup (Sutrisno 2023, 29), dalam konteks kerja kolaboratif. SWLS akhirnya dipahami oleh pengkarya sebagai bahan untuk mengelaborasi PANSS, yang dirujuk dari paparan dan tindakan, gejala-gejala, dan rasa sakit, yang mengalami kekambuhan, analisis perkembangan psikologis berikut yang diuraikan pada sub bab berikutnya dalam mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi kepuasan hidup setiap klien. Kepuasan dalam konteks kolaborasi bersama dengan pengkarya dan tim, dalam setiap sesi paparan dan tindakan untuk memahami bersama-sama tentang hakikat kebahagiaan dan kualitas hidup di masa kini untuk masa depan.

SWLS juga dapat digunakan sebagai bahan pengkarya untuk memantau perubahan kepuasan hidup klien seiringnya kerja kolaboratif yang terus intens dalam menjaga ikatan bersama ke depannya selepas perwujudan lab, agar semakin dapat memperoleh pemahaman yang lebih positif tentang kepercayaan diri, semangat hidup, daya juang, dan lainnya. Akses setara dan berdaya, juga diterapkan dalam SWLS yang dapat membantu memahami bagaimana setiap klien mempersepsikan keseimbangan hidup antara aspek positif dan negatif dari serangkaian perjalanannya (Sutrisno 2023, 38), di antaranya semakin memahami masa lalu, sebagai tantangan hidup yang lebih berarti sebagai “orang-orang pilihan”, yang dipilih oleh semesta atas kompleksitas hidup untuk membentuk persepsi dan sikap jika mampu menempuh hal ini semua. SWLS juga dapat digunakan pengkarya dalam memahami bagaimana kognisi dan emosi setiap klien nantinya dengan mengisinya sendiri terhadap perkembangan psikologis ke depannya, dalam memengaruhi kehidupan lebih bermanfaat dan bernilai terhadap keluarga, masyarakat, dan lingkungannya, serta sethadap bidang yang ditekuni dan dicintainya.

D. Analisis Perkembangan Psikologis Klien dalam Konteks Berdaya dan Setara



Gambar 98. Tindakan-tindakan lain kolaborator dalam sesi paparan, Mei 2025 (Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Sub bab dalam bab ini memberikan informasi lebih lanjut mengenai analisis perkembangan psikologis klien, dalam konteks berdaya dan setara. Mengacu pada latar belakang DKV yang tidak mempelajari psikologi secara komprehensif, oleh karena itu perlu disebutkan sebagai laporan hasil paparan dan tindakan masing-masing klien. Mari disebut titik ini, sebagai poin utama perkembangan psikologis yang dapat terus berkembang mengacu pada ketidakteraturan pola pikir dan seterusnya, yang terhubung dengan disfungsi psikosial (Mueser and Jeste 2011, 49), yang beberapa di antaranya dapat dilihat dalam cara bersosialisasi dengan pengkarya dan tim. Meskipun pengkarya juga tidak mempelajari sosiologi secara komprehensif, setidaknya penciptaan ini juga berangkat dari

lingkungan sosial, sehingga lebih memungkinkan laporan ini ditulis daripada dengan menggunakan perspektif psikologi.

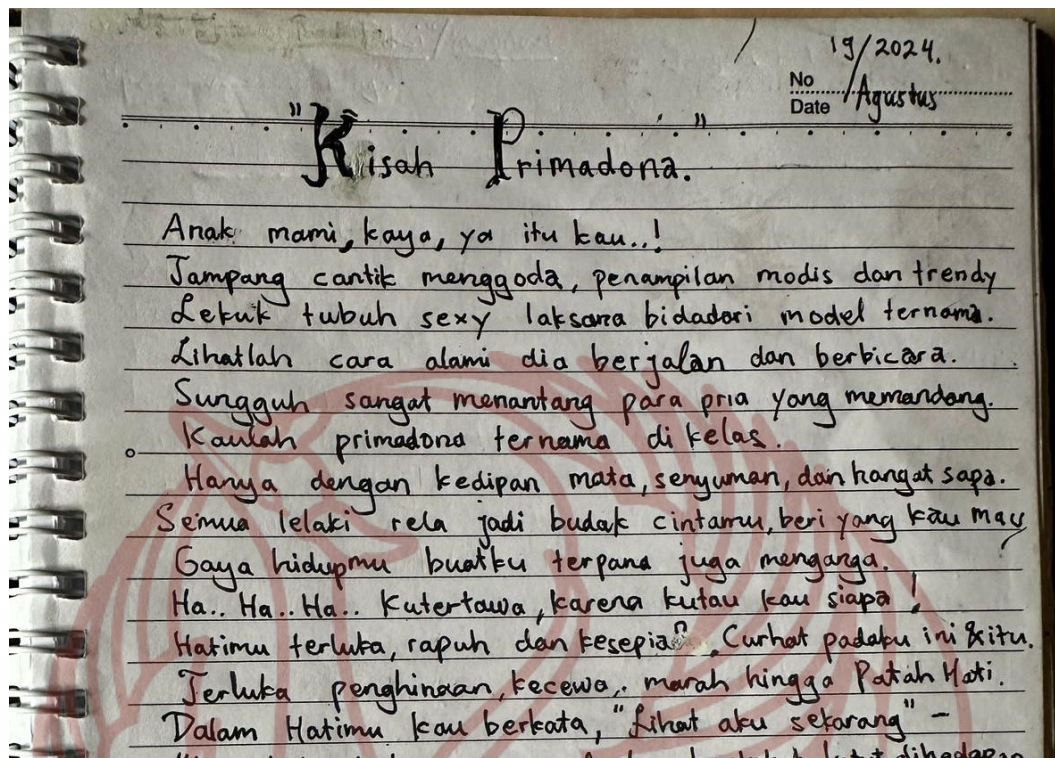
Bahkan, psikososial sebagai acuan dalam analisis ini juga mengacu pada perubahan perilaku yang tidak tepat dalam interaksi maupun berkomunikasi (Zahnia and Sumekar 2016, 93). Psikososial ini terlihat sepanjang sesi paparan dan tindakan sebanyak sepuluh kali secara langsung per klien, dalam durasi tiga bulan, yang dapat dikatakan cukup singkat, yang tampak terlihat tergesa-gesa untuk membuat analisisnya. Pendekatan psikososial ini juga dikerjakan dalam bentuk komunikasi media sosial yang dapat dikatakan semakin intens, setiap minggunya.

Dari sini pengkarya melihat pola-pola perilaku, karakter, dan perkembangan psikologis secara umum dari waktu ke waktu. Hal lain dari analisis ini dikerjakan dengan merujuk pada konteks berdaya dan setara. Merujuk pada Cook dan Macaulay (Cook and Macaulay 1997, 52) tentang pemberdayaan sebagai sesuatu yang mudah diucapkan, tetapi sangat sulit diwujudkan, sebagaimana konsep kesetaraan menurut Bauman, untuk menciptakan harmoni di antara kesenjangan yang pasti terjadi (Bauman 2005, 48).



Gambar 99. Gantungan baju sebagai arsip dalam kehidupan S4, April 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Harmoni juga disebutkan oleh Delong dkk. (Delong et al. 2015, 3) dalam menciptakan sebuah karya yang dirancang bersama, tanpa memaksakan gagasan dan tindakan sendiri kepada kolaborator lain. Gagasan dan tindakan yang dipandu oleh otoritas yang secara spontan diakui oleh sebagian orang (Bauman 2005, 44), tetapi berhasil membuat orang lain mengakuinya dan memiliki kesadaran terhadap semua gagasan yang disepakati bersama juga harus setara. Dalam hal ini, bukan masalah hak istimewa yang diberikan kepada klien, tetapi lebih pada pemahaman terapi imajinasi, yang dapat menciptakan perasaan lebih tenang tentang pemahaman diri yang datang dari dalam.



Gambar 100. Cerita yang ditulis tangan oleh seorang klien, April 2025

(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Pemahaman tentang terapi imajinasi di atas ditemukan ketika berkomunikasi dengan masing-masing klien, yang sebagian besar dari sepuluh klien tumbuh dalam lingkungan yang sering mengandung unsur pemaksaan tanpa 'berdamai' dengan orang lain, tanpa berusaha 'berkompromi' dengan orang di sekitarnya, dan tanpa memperhitungkan gagasan dan keinginan yang dikendalikan oleh orang lain. Mereka sangat meyakini apa pun yang terjadi dalam kehidupan setiap orang, hanya individu yang bersangkutan yang mengalaminya dengan segala macam objek keseharian, realitas kebiasaan, maupun dokumen dan arsip; gantungan baju, cerita tulisan tangan, piala, raket bulu tangkis, pakaian, kaos, sepatu, dan sebagainya, yang menurut Bauman, kehidupan yang

setara dalam lingkungan tertentu tidak boleh mengabaikan gagasan dan keinginan 'orang lain' yang menjadikan tirani sebagai tirani (Bauman 2005, 42). Sejalan dengan pernyataan Delong dkk. (Delong et al. 2015, 4) perbedaan dalam sebuah karya, harus lebih siap terhadap perbedaan pendapat dan mencari gagasan yang lebih logis dan bermanfaat.

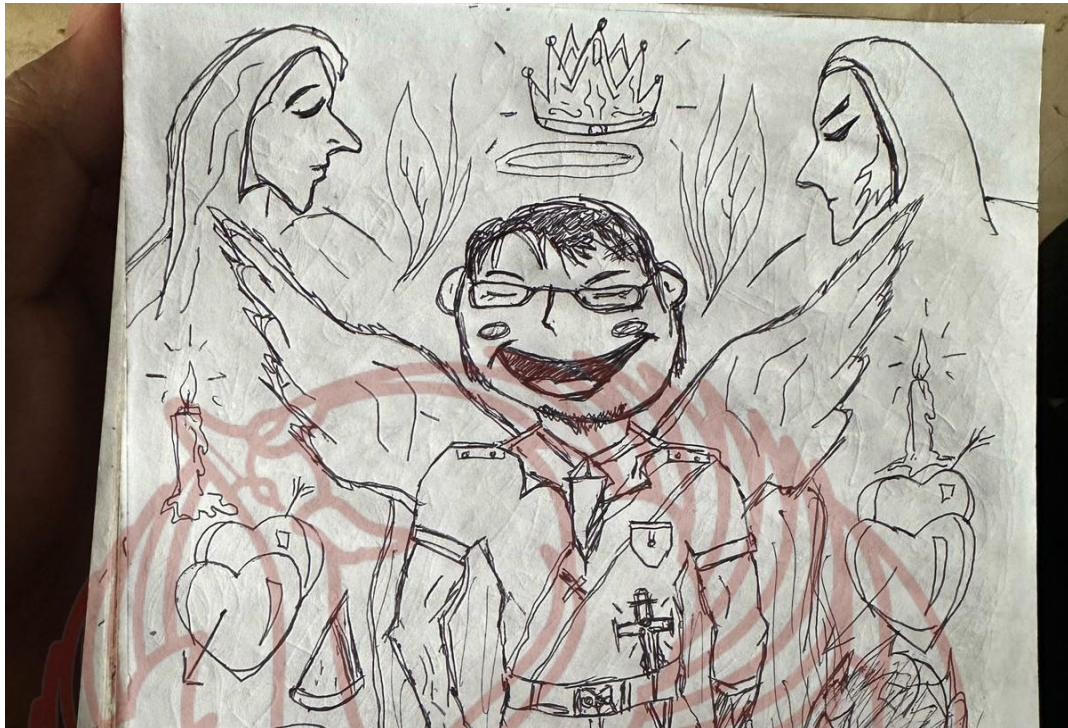


Gambar 101. Piala sebagai arsip yang sangat dibanggakan oleh S6, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Cook dan Macaulay (Cook and Macaulay 1997, 53) menegaskan fondasi dasar dari akses berdaya juga ditentukan oleh bagaimana menyediakan komunikasi yang lebih bermanfaat bagi orang lain, yang menurut Bauman (Bauman 2005, 43) akses yang setara mensyaratkan

kepercayaan sebagai fondasi utama untuk segala macam hal, termasuk kesalahan harus dipercaya sebagai rute untuk membuka jalan memperbaiki kesalahan tersebut. Akses berdaya dan setara sebenarnya tidak terlalu rinci sebagai panduan dalam terapi imajinasi, tetapi dalam praktiknya kedua hal ini menjadi dua kata kunci yang ditemukan, bahkan lebih dibutuhkan atau diinginkan oleh setiap klien. Selama komunikasi langsung atau melalui media sosial, ditemukan hubungan antara nilai-nilai universal dan realitas kehidupan sosial yang diimajinasikan di masa depan, juga terbentuk secara historis adalah pengalaman jiwa dari segala macam peristiwa yang menyimpannya.

“Peta jiwa” yang diimajinasikan oleh pengkarya di awal, dalam perjalanannya berkomunikasi dengan klien sebenarnya membentuk rute yang lebih kompleks. Tidak hanya dalam bentuk kotak ruang LED, tetapi bagaimana setiap sesi paparan dan tindakan, jauh lebih bernilai, karena di situlah makna dialami, bukan makna yang dicari untuk interpretasi apa pun. Namun, setiap pengalaman klien telah memberikan makna pada realitas mereka, Bauman percaya bahwa realitas yang sesuai dengan akal budi harus ‘dibangun’ di bawah kontrol kualitas yang ketat dan sesuai dengan aturan prosedural yang ketat (Bauman 2005, 49), di sinilah terapi imajinasi pada akhirnya bergantung pada seberapa intens proses yang dikerjakan daripada memikirkan hasilnya yang juga tidak pasti.



Gambar 102. Gambar oretan tangan dari klien dielaborasi oleh pengkarya, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Terapi imajinasi yang pada awalnya lebih dirancang pada bagaimana visual diinterpretasikan dari sejumlah cerita masing-masing klien, dalam perkembangannya terapi imajinasi dalam penciptaan ini merupakan upaya memadukan visual yang bermula dari dalam diri yang kemudian dielaborasi dengan orang-orang di sekitarnya dalam memberikan berbagai akses, yang didasarkan pada pengalaman individu yang lebih autentik sebagai realitas yang telah melampaui diri (Merleau-Ponty 2002, 33). Bahkan pengalaman terburuk dalam situasi dan kondisi tertentu melalui hal-hal yang disukai, secara tidak sadar sebagian juga terhubung dengan pengalaman luka dari hal-hal yang disukai tersebut (Hafifi 2024, 276) yang membuat pengkarya yakin dan percaya hasrat

klien yang paling estetik dapat menjadi sumber terapi imajinasi. Hal ini merupakan keputusan yang dipilih dengan alasan untuk menata ulang segala macam keyakinan awal yang memicu untuk menganalisis sisi lain dari sebuah hubungan sosial.



Gambar 103. Foto yang diolah dari album keluarga S7, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Analisis masing-masing klien adalah landasan keberlanjutan dalam merancang karya, dengan tetap menjaga jejaring sosial bagi klien, demi tumbuhnya rasa empati bersama yang harus terus tumbuh setiap harinya (Asnani 2020, 24). Maka poin utama perkembangan psikologis subjek dapat dilihat dari sisi lain secara psikososial dalam upaya mengakses berdaya dan setara yang ditempatkan sebagai medan utama. Sejauh mana klien loyal menemukan akses tersebut dan memanfaatkannya dengan baik demi kelangsungan hidupnya di masa depan bersama keluarga dan lingkungan sosial yang lebih luas.

Semua analisis ini terkait erat dengan SWLS, terutama mengenai kognisi dan emosi, yang harus terus-menerus diberikan akses (Sutrisno 2023, 43), sehingga persepsi dan interpretasi yang berbeda dan lebih positif terus berkembang berdasarkan pengalaman hidup klien yang berkelanjutan. Sejak awal, pengkarya juga menyadari bahwa bidang psikiatri dan psikologi memerlukan studi intensif dan jangka panjang tentang bagaimana kepuasan hidup klien berhubungan dengan gejala dan rasa sakit yang terus kambuh. Maka, semakin lama melangsungkan kerja kolaboratif ini, pengkarya semakin berhati-hati dalam mengambil keputusan, mengingat pengetahuannya yang semakin merasa sangat terbatas di bidang ini, tetapi tentu saja tidak menyerah di kemudian hari, tetap teguh dalam komitmennya untuk menerapkan kesetaraan dalam segala hal, karena kunci kebahagiaan dimulai dari sana (Cook and Macaulay 1997, 58), untuk terus berbagi empati yang mendalam satu sama lain dalam menciptakan ruang hidup yang penuh cinta.

1. Subjek 1 (S1)



Gambar 104. Pose S1 dieksplorasi pengkarya dengan konsep hiperealitas, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Sugiharto dalam Hafifi (Hafifi 2024, 408) menjelaskan imajinasi berfungsi dalam setiap tindakan kreatif untuk memadukan berbagai medan semantik atau semiologis dalam kaitannya dengan makna, simbol, dan tanda praktis yang tidak secara sadar diproduksi dengan merujuk pada imajinasi. Pengkarya menganalisis S1 lebih mampu mengaktifkan imajinasi sebaik mungkin dengan menulis, melukis, dan mencoret-coret segala macam objek, di balik ketergantungannya pada

orang lain yang jauh lebih besar daripada klien lainnya. Di sisi lain, ketergantungan tersebut justru menimbulkan masalah krusial dan cenderung kurang kooperatif, juga bertentangan dengan logika pemanfaatan tersebut, menjadi dilema tersendiri.

Merujuk pada Elnov (Elnov 2021, 51) mengenai perasaan membenci diri sendiri dengan mengabaikan segala sesuatu yang terjadi di lingkungannya, di mana di satu sisi ia telah kehilangan momentum, tetapi di sisi lain, S1 menganggap momentum itu harus dimanfaatkan sebaik-baiknya untuk kepentingannya sendiri, dan sikap politisnya juga diberikan sebagaimana mestinya. Seolah-olah memiliki kekuasaan penuh atas diri sendiri dan lingkungannya dengan realitas yang berbeda, seperti mengalami perbedaan jiwa, tanpa peduli bahwa hal-hal tersebut justru menimbulkan gangguan dan membuat kehidupan seseorang menjadi lebih rumit di kemudian hari.

Akses berdaya dan setara ingin berperan dalam aktivitas masing-masing individu tanpa harus meratapi hilangnya kesempatan yang dimilikinya (Bauman 2005, 42), yang kemudian S1 benar-benar memanfaatkannya dengan menjadikan kolaborasi tersebut sebagai wahana yang diasumsikan dan sekaligus sasaran pembebasan diri yang saat ini tengah tertekan. Hal ini tentu saja menjadi dilema, juga membuat lingkungan keluarganya tidak memiliki kepercayaan penuh kepadanya yang dapat berubah menjadi lebih mengerikan untuk

kemudian melakukan anomali kehancuran. S1 seolah tidak menemukan dirinya dalam imajinasi yang dikolaborasikan, subjek yang kehilangan subjeknya, karena akses berdaya dan setara hanya dilihat sebagai omong kosong, hanya dilihat sebagai bualan belaka, dan dianggap saling menguntungkan.

Pemikiran Pardede dan Ramadia (J. Pardede et al. 2020, 18) tentang sulitnya menghadapi pikiran dan perilaku yang tidak menentu. Perasaan yang tidak dapat dipastikan setiap saat, karena diagnosisnya semakin tidak berhubungan dengan realitas yang terjadi, membuat pengkarya dalam kerja kolaboratif ini, meski didampingi oleh seorang psikiater, berusaha sekuat tenaga untuk mematahkan anggapan atau prasangka tentang motif karya yang dirancang bersama ini. Pengkarya sangat menyadari titik masuk awal, terapi imajinasi awalnya berasal dari ilmu DKV, sehingga peluang dan celah dimanfaatkan dari sisi lain.

Poin utama dari kerja kolaboratif tersebut ke depannya adalah memberikan ruang yang lebih luas bagi imajinasi secara terus-menerus. Sebut saja lab kolaboratif yang berkelanjutan untuk memperjuangkan pertempuran di pusat pikirannya sendiri. Tanpa memberikan lebih banyak kesempatan untuk dipercaya atas kesadaran dirinya akan kemampuan dan keterampilannya.

2. Subjek 2 (S2)



Gambar 105. Pose S2 (kiri) bersama ibunya (kanan), Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Elnov (Elnov 2021, 32) mengisahkan individu dengan gangguan jiwa, tentu yang paling antusias adalah saat membuat orang senang, membuat pengkarya percaya bahwa rasa empatinya sebenarnya bisa tumbuh dengan sangat baik, asalkan lingkungan sekitar menciptakan pola komunikasi yang baik. Dari sisi kehidupan S2 yang berhubungan dengan S3, sebagai saudara kandung yang memiliki gangguan, memang tidak mudah untuk menghadapinya. Hanya saja, maknanya terus dieksplorasi bersama klien, namun akan lebih rumit ketika lingkungan sekitar tidak memiliki kesadaran akan eksplorasi tersebut.

Terapi imajinasi merupakan semacam agenda yang kemudian bisa dikatakan hampir serupa dengan bagaimana S1 memahaminya;

sesuatu yang lebih kompleks tentang akses berdaya dan setara justru di lingkungan ini dari pengalaman masa lalu yang kompleks, dari status sosial yang cukup terbalik, dan menimbulkan disrupsi terhadap realitas ini, bukanlah hal yang mudah. Hanya orang-orang terpilih saja yang lebih kuat dalam menghadapi realitas ini, sehingga S2 dan S3 didominasi oleh suara ibunya, sehingga terasa sulit dari lingkungan keluarganya sendiri untuk bersuara.

Akses berdaya dan setara inilah yang diposisikan sebagai ujung tombak kolaborasi ini, sebagaimana ditegaskan oleh Delong dkk. (Delong et al. 2015, 4) bahwa kolaborasi harus terbebas dari kesenjangan pengetahuan antarindividu, untuk memperoleh skala argumentasi yang sama terhadap pengetahuan masing-masing tanpa harus menonjolkan pengetahuan yang dimilikinya. Nilai-nilai humanis yang ditanamkan bersama itu juga tidak terlepas dari kemauan bersama (Ramadhan 2024, 6) yang dapat terjalin jika S1 sungguh-sungguh berbicara tentang potensi penegasan diri yang sejati. Sayangnya, ranah ini masih didominasi oleh sang ibu yang merasa lebih tahu tentang kondisi kedua anaknya.

Poin utama yang dapat dianalisis dari akses berdaya dan setara ini; jejaring kolaborasi dapat datang dari banyak arah, termasuk dari sang ibu yang juga diduga oleh psikiater atau psikolog memiliki suatu gangguan jika merujuk pada kecemasan, yang hingga kini belum

terdiagnosis masuk kategori apa. Ibu S2 sebenarnya lubang yang paling sulit selama keduanya belum mampu mengembangkan diri, menjadi pekerjaan yang lebih kompleks daripada S1 untuk akses ini. Bagaimana akses berdaya dan setara ditempatkan pada S2 sebenarnya difungsikan untuk memberikan keyakinan pada potensi diri, terutama dalam hal materi sehingga dapat sedikit mengurangi kesulitan keuangan keluarga.

3. Subjek 3 (S3)



Gambar 106. Ekspresi S3 yang dieksplorasi dengan konsep hiperrealitas, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Poin utama dari S2 sangat erat kaitannya dengan S3, di mana kepercayaan ibunya kepada S3 lebih besar dibandingkan S2, namun hal yang menjanjikan dalam akses berdaya dan setara, S3 tidak merasa bahwa statusnya lebih menguntungkan, justru ia merasa bertanggung

jawab atas ketidakpercayaan ibunya. Istilah-istilah yang sering distereotipkan, seperti istilah malas, bukan berarti S3 merasa lebih unggul dari S2. Sebab dari segi latar belakang, keduanya memiliki gelar sarjana di bidangnya masing-masing, terutama S3 yang memiliki tantangan yang lebih kompleks sebagai lulusan psikologi, seperti membuat jalurnya sendiri untuk menuju keahlian.

Jika merujuk pada pernyataan Sunaryo (Sunaryo 2004, 23) tentang menelusuri perkembangan klien yang terus dibentuk dan dipelihara melalui jaringan sosial yang lebih humanis. Kata ini sering dikritik oleh sebagian pengamat karena hanya sekadar slogan kosong, karena tidak dilandasi oleh ketulusan. Teori kritis menuduh mereka yang menyebut nilai-nilai humanis bahwa mereka seharusnya menyediakan kondisi yang tepat untuk penegasan diri atas sikap tersebut.

Lingkungan terdekat menjadi titik tolak dalam psikososial yang juga dapat berdampak pada setiap perkembangan psikologis mereka, jika S3 tidak memiliki daya untuk menutup akses dominasi tersebut. Sebut saja kerja lab kolaboratif yang perlahan akan menciptakan lebih banyak jalur dalam mengaktifkan *self-valuation* dan *meaningness*, tidak hanya untuk dilihat oleh lingkungan keluarga, khususnya ibu S3 dan S2, tetapi untuk nilai-nilai yang lebih luas. Salah satu caranya adalah bagaimana lab kolaboratif lab ini bukanlah jalur akhir, tetapi sebuah

awal yang terus menerus dijaga agar dapat terus memahami dan mempertimbangkan segala macam hal yang belum terurai.

4. Subjek 4 (S4)



Gambar 107. S4 dan salah satu kolaborator dalam eksplorasi pengkarya, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

S4 merupakan titik tolak utama yang memunculkan rasa empati terhadap klien, mengingat hubungan antara pengkarya dan klien yang sebelumnya terkesan acuh tak acuh dalam berkomunikasi. Apa yang dapat dikerjakan sebagai pengkarya dalam menghadapi S4 yang kemampuan kognitifnya justru dapat pulih kembali jika keinginan terhadap anaknya terwujud; bagaimana anaknya menikah dengan sosok idamannya, hidup bahagia, dan sebagainya. Pengkarya tetap meyakini aktivasi yang lebih positif ditentukan oleh dimulainya lingkungan terdekat yang menghubungkan mereka satu sama lain

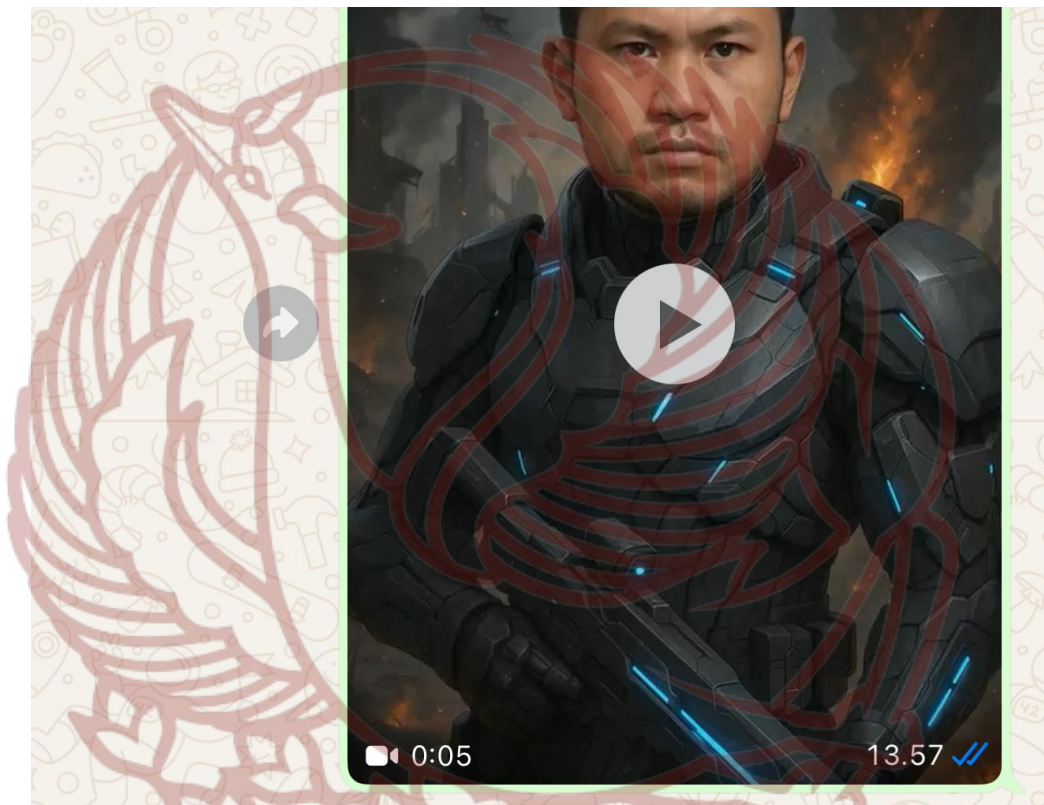
(Myers 2012, 53), membuat inisiatif pengkarya ketika melihat lingkungan terdekatnya menjadi sedikit menjauh tanpa akses yang berdaya dan setara sebagaimana mestinya.

Rasa empati yang tentu saja telah terbangun bersama, karena anak S4 juga memiliki ikatan emosional dengan pengkarya sebagai saudara sepupu yang menjadi harapan bagi perkembangan kemampuan kognitif S4, satu-satunya rute yang mungkin adalah dengan memberikan kesempatan bagi terwujudnya rasa saling percaya. Pola asuh yang dapat dipahami sebagai tidak sehat pun menjadi perilaku yang berlebihan, sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman satu sama lain. Selain berbagi pandangan yang sepenuhnya bersifat pribadi dan subjektif, tentang masa depan anak S4 dengan membiarkan usaha dirinya sendiri berjalan.

Poin utama dalam masalah ini, akses yang berdaya dan setara menjadi berharga, untuk memberikan kenyamanan antara hubungan ibu dan anak, serta hubungan dengan keluarga terdekat yang juga berkontribusi menghasilkan kerentanan terhadap gangguan tersebut. Hal yang paling mungkin adalah menyediakan ruang yang lebih kreatif untuk kemampuan dan keterampilan mereka seperti kerajinan bordir atau rajut, yang dapat lebih memungkinkan untuk kesehatan jiwa. Pengkarya tetap percaya bahwa akses berdaya dan setara terhadap sesuatu dengan kapasitasnya masing-masing sangat mungkin,

eksplorasi makna dapat memberikan makna yang berbeda di masa depan dengan memperhatikan fungsi, penggunaan, dan tujuannya yang lebih konkret.

5. Subjek 5 (S5)



Gambar 108. Pose wajah S4 bukan sebenarnya, dengan konsep hiperrealitas, April 2024 (Aditya Wahyu Ramadhan)

Pengkarya di sisi lain, merasa sebagai agen sosial yang mandiri untuk menciptakan rute yang berkelanjutan bagi peningkatan kemampuan kognitif masing-masing klien, khususnya S5, di antara mereka yang memiliki potensi lebih besar di masa depan. S5 lebih mudah dan bebas menerima akses yang diberikan dibandingkan dengan klien lainnya. S5 lebih mampu menentukan entitas

preferensinya bagi dirinya sendiri, misalnya di masa depan, lebih memilih membuka warung makan seperti angkringan daripada melanjutkan pendidikan sarjananya, sebagai pertimbangan yang realistis dalam melihat masa depan.

Hanya saja, akses yang berdaya dan setara dari lingkungan keluarga sama dengan S2 dan S3, yakni dominasi yang sangat kuat. Bauman menegaskan bahwa beban dan harapan masing-masing individu cukup beragam dalam konteks pengambilan tanggung jawab atas suatu situasi (Bauman 2005, 33) yang kemudian keluarga juga pada realitasnya rentan secara tidak sadar menyebabkan hal tersebut. Analisis ini mengacu pada sesi paparan dan tindakan, bagaimana orang tua klien, khususnya ibu S5, yang seperti individu normal, justru dapat dikatakan tidak sehat jika suaranya terlalu dominan; terutama dalam menentukan pendapat.

Poin utama dari masalah ini, demi kepentingan bersama dalam melanjutkan akses yang berdaya dan setara ini, sebenarnya adalah untuk saling mengoreksi jika tulisan ini diakses pula oleh keluarga klien, atau untuk menumbuhkan semangat berempati bersama-sama. Sebab kekhawatiran itu muncul dengan sendirinya melihat rapuhnya S4 jika dominasi suara terlalu kuat, sehingga ia kehilangan semangat dan aktivitasnya menurun. Hal ini juga dapat menimbulkan kerentanan yang berakibat pada delusi dan halusinasi yang makin

mengganggu, yang dapat diatasi dengan memberikan kewenangan penuh kepada S5 untuk lebih mandiri dan mengurus dirinya sendiri, dengan kemampuan digital yang dimilikinya.

6. Subjek 6 (S6)



Gambar 109. S6 (kiri) bersama kolaborator saat paparan dan tindakan, April 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Cook dan Macaulay (Cook and Macaulay 1997, 54) menekankan akses yang sama dengan memahami sumber daya, atau hambatan atau tantangan selama melakukan suatu kegiatan, sehingga sesuatu dapat ditentukan berdasarkan rasa hormat terhadap visi yang disepakati, seolah-olah pengkarya dan tim sepakat tentang bagaimana hipotesis ini bekerja sebagaimana mestinya. Meskipun di sisi lain juga mengandung isi yang lain, dari sini sangat memungkinkan bagi tumbuhnya tindakan individu yang kreatif dan bebas dalam menentukan sesuatu. Salah

satunya adalah S6, termasuk individu yang cukup bebas atas dirinya sendiri.

Lingkungan keluarga memberikan kekuasaan lebih besar atas rute yang ditempuhnya, namun hal yang paling rentan ketika memasuki area atau alam yang diimajinasikan dalam dirinya, membuat rute tersebut menjadi lebih rumit karena adanya gangguan delusi dan halusinasi yang terus mengganggunya. Akses berdaya dan setara dalam hal ini, sangat diharapkan bagi S6 untuk berbicara atau berbagi ilmu pengetahuan, terutama yang terkait dengan spiritualitas dan religiusitas, sering kali akses yang diberikan kemudian menjadi tidak terkendali sehingga sangat rentan. Salah satu cara untuk mengakses ilmu pengetahuan yang diberikan adalah dengan memutus mata rantai tersebut dengan kegiatan yang disukai seperti bakti sosial, kegiatan amal, atau berbagi cinderamata atau yang lainnya kepada lingkungan sekitar.

Hal ini merupakan pola yang berbeda dengan beberapa klien lain dalam memberikan pengetahuan tertentu, namun di balik itu kekuatan ilmu justru membuatnya rentan. Poin utama yang cukup berarti ke depannya, sebagai pengembangan dari lab kolaboratif ini, adalah untuk meningkatkan kegiatan amal yang bersifat humanis bersama S6 agar merasa lebih berharga atas kerja kolaboratif ini. Perasaan berharga ini menjadi sebuah mimpi atau cita-cita, dan sifatnya memang sangat

subjektif untuk membebaskan diri dari pandangan remeh orang-orang di sekitarnya.

7. Subjek 7 (S7)



Gambar 110. Pose S7 yang dieksplorasi dengan konsep hiperrealitas, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Selain S4, kemampuan kognitif yang hampir serupa perkembangannya adalah S7 yang dapat dilihat dari bagaimana upaya pengembangan diri melalui praktik usaha kecil-kecilan, kedisiplinan terhadap tanggung jawab yang diberikan orang tua untuk menjaga beberapa kamar kos di sekitar tempat usaha atau kios minuman es dan lain-lain, sebagai orang yang berdaya dan memiliki akses yang sama telah dimulai dari lingkungan terdekatnya. Sebagaimana dijelaskan oleh Bauman (Bauman 2005, 29) bahwa upaya individu untuk mengubah otonominya sendiri seperti memikirkan tentang kemandirian. Di sinilah pengkarya melihat dari dalam lingkungan seolah-olah telah terpenuhi, melalui berbagai metode, termasuk

kemampuan dan keterampilannya dalam meramalkan sesuatu, bagaimana masa depan dapat diramalkan melalui kartu-kartu.

Berdasarkan sesi paparan dan tindakan yang telah dikerjakan, gangguan yang dialami klien disebabkan oleh kurangnya pemahaman, perilaku orang lain, mulai dari obat-obatan terlarang yang kemudian dikonsumsi saat itu juga, sebagai rute menuju kongesti kognitif dan disfungsi kemauan atau apakah hal tersebut. Dalam hal ini lingkungan keluarga juga menjadi acuh tak acuh terhadap ketidakpahaman terhadap ruang yang diberikan terlalu bebas, namun setelah itu bukan berarti mengunci segala macam kebebasan, melainkan memberikan kontrol lebih kepada klien. Maksudnya adalah delusi dan halusinasi muncul apabila tidak dikerjakan aktivitas tertentu yang dapat menyebabkan kembalinya konsumerisme yang akan memperparah gangguan yang sedang dialami.

Poin utama dalam perkembangan psikologis S7, merujuk pada Elnov (Elnov 2021, 33) tentang perubahan suasana hati yang sering terjadi pada S7, dapat diaktifkan dengan membangkitkan kreativitas terhadap hobinya seperti bermain kartu, meramal dengan kartu tarot, dan memasak. Di mana hal tersebut dapat diproyeksikan secara jelas sebagai kelanjutan dari agenda lab kolaboratif, yaitu meningkatkan imajinasi bersama. Perubahan suasana hati yang dimaksud diyakini kuat dapat diatasi asalkan kreativitas terus dipupuk, dengan

mengabaikan segala macam hal yang dapat mengganggu pikirannya, untuk pertumbuhan yang lebih positif.

8. Subjek 8 (S8)



Gambar 111. Pose S8 (kanan) bersama pengkarya yang diolah dari arsip, Juni 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Berdasarkan gambar di atas, poin utama yang dikembangkan dalam lab kolaboratif keberlanjutan ini, daya kreatif dapat muncul secara signifikan dari hubungan eksternal yang lebih luas. Pilihan pekerjaan S8 sebagai kondektur truk menjadikan kemampuan kognitifnya juga di atas rata-rata mengacu pada PANSS yang dianalisis oleh psikiater yang mendampingi dibandingkan dengan klien lain - bahkan sangat setara dengan pengkarya dan tim, menjadikan gagasan lebih berkembang, dalam lalu lintas perjalanan yang tidak membosankan. Akses yang berdaya dan setara terhadap diri sendiri

telah diperoleh dari lingkungan kerja, khususnya pengemudi truk yang didampingi dalam perjalanan yang jauh dan panjang, secara tidak langsung menghasilkan interaktivitas yang tidak lagi menimbulkan kekacauan (Kopelowicz, Liberman, and Wallace 2003, 82). Kekacauan yang dapat diminimalkan oleh tindakan kreatif lainnya dengan mengaktifkan perjalanan sebagai kondektur truk dalam bentuk arsip digital juga menjadi informasi yang lebih berharga tentang kelangsungan hidup di masa depan.

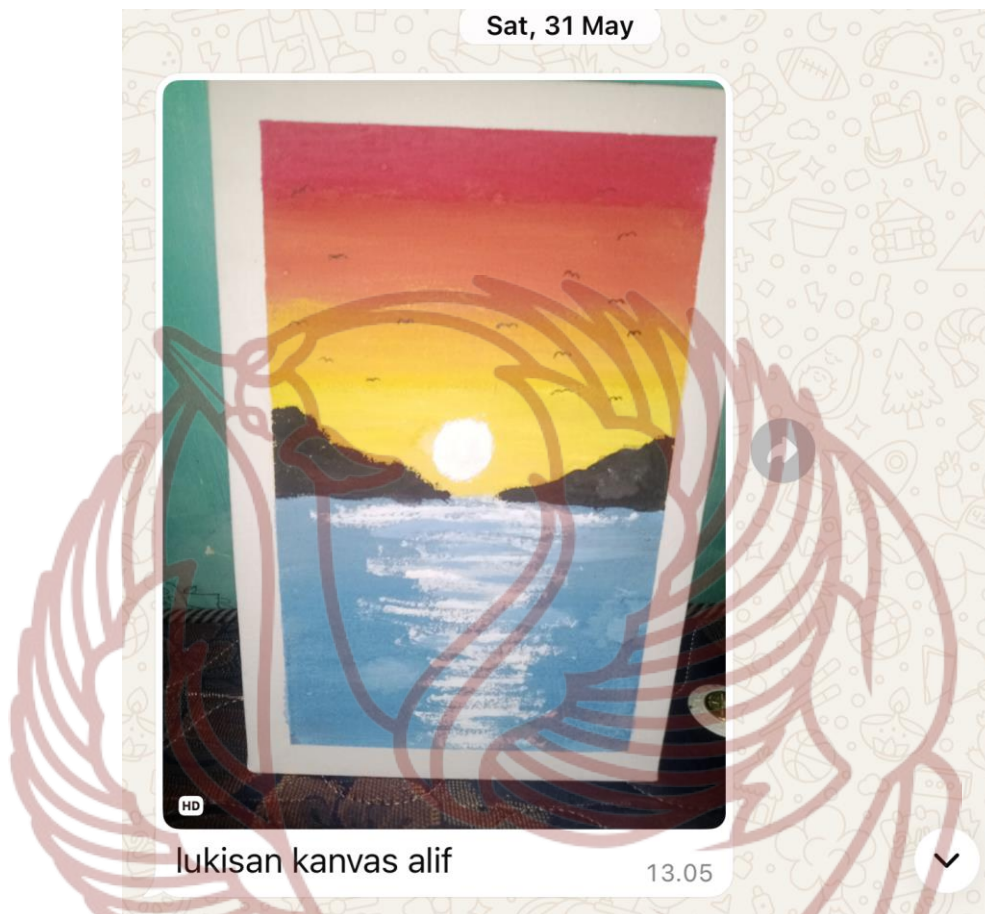
9. Subjek 9 (S9)



Gambar 112. Pose S9 (kanan bertopi), yang diolah dari arsip, Juli 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Seperti yang telah disebutkan pada poin utama tentang klien sebelumnya, lingkungan cukup menentukan dalam perkembangan psikologis klien dalam memberikan akses berdaya dan setara. Sebab akses inilah yang menurut pengkarya menemukan ekspresinya yang paling jelas. Poin-poin utama yang bernilai dalam hubungan tentang lingkungan, seperti rasa percaya orang-orang sekitar S9 yang menempati kos untuk kesehariannya, juga secara otomatis memberikan rasa percaya diri yang lebih besar. Pengkarya sangat meyakini hal tersebut, rasa percaya diri akan semakin meningkat jika lingkungannya sangat sehat tanpa sedikitpun rasa cemas yang ditunjukkan oleh para penghuni kos yang telah tinggal di sana selama bertahun-tahun. Hal tersebut dengan sendirinya, membuat S9 secara otomatis merasa telah diperlakukan secara setara dan berdaya oleh lingkungan sekitar, bersosialisasi setiap hari dengan para penghuni kos, hingga rutin bersepeda setiap sore, membuat semuanya menjadi lebih sehat lagi untuk ke depannya.

10. Subjek 10 (S10)



Gambar 113. Arsip dari S10 dalam paparan dan tindakan, Mei 2025
(Dok. Aditya Wahyu Ramadhan)

Sangat disadari pada sesi paparan dan tindakan, bahwa ketergantungan obat bagi klien, yang sebagian merupakan upaya untuk mengurangi kecemasan atas gangguan yang tiba-tiba menyertainya (Prabu and Subhash 2015, 34), juga tidak dapat dihindari bagi setiap klien. Sebab menurut Elnov (Elnov 2021, 34) sebagai penyintas yang menggerakkan tindakan kreatifnya dengan menulis, obat-obatan tidak dapat dihindari pada saat-saat tertentu, yang semuanya merupakan proyeksi ambisius dari pengkarya. Proyeksi ini

bukan tanpa alasan, pada gangguan lain selain skizofrenia, yang lebih dapat dihindari daripada setiap klien yang juga rentan terhadap ketergantungan tersebut.

Meskipun pengkarya dengan terapi imajinasi yang berbasis pada pengetahuan, kemampuan, dan keterampilan di bidang DKV, juga membangun desain terperinci untuk mengarahkan kognisi klien (Couto and Alizamar 2016, 89), ketergantungan ini tidak dapat sepenuhnya dihindari. Gangguan yang dialami klien merupakan gangguan yang berat, yang memerlukan perhatian khusus dari lingkungan sekitarnya. Hal yang tidak dapat dielakkan adalah apa yang terjadi pada S10 yang memiliki seorang anak yang sedang dalam masa pertumbuhan dan perkembangan, tentu ingin mendapatkan perhatian khusus dari kedua orang tuanya, karena ia masih anak-anak, hal ini sebenarnya menjadi permasalahan tersendiri untuk kasus S10.

Sesuatu yang cukup berharga bagi pengkarya dalam hal ini, berbagai perasaan dari situasi batin yang gelisah, mudah menyerah, dan cenderung tidak stabil emosinya (Shaddri, Dharmayana, and Sulian 2018, 21), menjadi titik perhatian pengkarya ketika dikaitkan dengan seorang anak yang membutuhkan perhatian penuh. Kerja kolaboratif ini juga memberikan kesempatan untuk melibatkan keluarganya yang menjadi fokus kasih sayang seorang ibu kepadanya, yang kemudian memberikan jalan kreatif yang berharga untuk

mendapatkan kebahagiaan S10. Delong dkk. (Delong et al. 2015, 10) menegaskan bahwa kerja kolaboratif benar-benar memunculkan subjek atau objek lain untuk turut serta mengakses suara atau berkontribusi untuk mendapatkan hak yang sama, seperti ketika anak dari S10 tersebut ditempatkan dalam akses berdaya dan setara.

Maka poin utama yang dapat dikembangkan dalam kerja kolaboratif lanjutan ini adalah; bagaimana menciptakan jalur kreatif seluas-luasnya bagi anak S10 yang menjadi sumber utama kebahagiaan misalnya dalam menggambar atau melukis dengan cara mengaktifkan semangat pemberdayaan untuk saling berempati. Terutama antara hubungan ibu dan anak. Karena dari sini memperoleh kebenaran dan nilai-nilai dari dalam diri sendiri yang juga diharapkan memiliki keuletan dan kegigihan untuk keluar dari 'ketidaksehatan' ini.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Ada tiga hal penting yang perlu dicatat dalam karya ini, yaitu mengeksplorasi gagasan mendasari konsep terapi imajinasi, sebagai metode, juga sebagai ciri, dan terapi imajinasi sebagai bentuk. Di mana terapi imajinasi sangat fleksibel dan begitu longgar, dalam konteks *prcaticce-led research*. Metode ini diciptakan secara global, tentu semacam langkah awal layaknya sebuah penelitian yang berkolaborasi dengan bidang lain, khususnya psikologi dan psikiatri, sekaligus sebagai kajian tesis kritis terkait akses yang berdaya dan setara, yang didasari oleh kerja dramaturgi, kemudian dilanjutkan dengan *design thinking*—yang pada proses berkelanjutannya dapat merujuk pada teori *design culture*.

Karya ini lebih kepada metodologi, bagaimana agar bisa lebih bermanfaat bagi objek atau subjek yang tepat, khususnya pada klien skizofrenia yang pada dasarnya ke depannya dapat dipahami sebagai lab kolaboratif berkelanjutan dengan cara lebih praktis, yaitu *Virtual Reality* (VR) menggunakan keempat pola yang sudah dipaparkan. Poin-poin utama yang telah disebutkan pada bab sebelumnya, sebagai panduan untuk melanjutkan penelitian lintas bidang. Penelitian lintas bidang ini

juga merupakan proyeksi yang terus dihubungkan dengan sepuluh klien dalam mengimplementasikan akses berdaya dan setara yang dimaksud.

Terapi imajinasi, jika ditafsirkan atau disimpulkan, merupakan suatu metode penciptaan yang spesifik, sebagian bersumber dari *practice-led research*, yang kemudian dalam praktik juga menjadi suatu konsep karya, sekaligus suatu ciri, yang mengandung hiperrealitas yang dikemukakan oleh Baudrillard; dalam kaitannya dengan simulacrum, simulasi, representasi, citra, tanda, penanda, dan petanda, serta kode, yang sebagian juga merupakan ciri. Semua ciri tersebut dikembangkan oleh pengkarya berdasarkan kebutuhan untuk mengembalikan kemampuan kognitif, meminimalisir delusi, dan halusinasi. Adapun terapi imajinasi, sebagai suatu terapi seni, dengan menggunakan multimedia interaktif dipahami sebagai lab kolaboratif, sebagai suatu upaya yang berkolaborasi bersama antara pengkarya dan tim dengan klien untuk mewujudkan imajinasi yang disampaikan.

Terapi imajinasi ini lebih banyak dikelola dari objek-objek keseharian, realitas kebiasaan, serta dokumen dan arsip. Materi ini saling terkait dari sepuluh klien yang dipilih berdasarkan kriteria, yang disebut orang-orang pilihan dari perspektif pengkarya dan semestanya yang memberikan kelebihan atas pengalamannya yang berharga. Oleh karena itu, akses berdaya dan setara menjadi signifikan dalam kerja kolaboratif ini, sebagai alasan yang lebih masuk akal. Selain itu, pada prinsipnya

pengkarya tidak memiliki hak untuk merepresentasi setiap klien, karena tidak mengalami hal yang sama, maka di sini pengkarya mengintegrasikan ilmu DKV berbasis teknologi dengan psikiatri dan psikologi, yang secara bergantian diserahkan kembali kepada klien, kemudian berlanjut hingga terwujud menjadi sebuah lab kolaboratif.

Lab kolaboratif pada dasarnya merupakan serangkaian kerja kolaboratif bersama untuk merancang visual antara pengkarya dan klien, sebelum akhirnya diwujudkan melalui ruang kotak atau *white box* LED berukuran panjang 5 m, lebar 4 m, dan tinggi 3 m, dengan metode rekonstruksi paparan dan tindakan, representasi berdaya dan setara, *copy paste* atau *reenactment*, sebenarnya semua itu telah dikerjakan dalam sesi paparan dan tindakan yang intens berlangsung selama enam bulan. Ruang *white box* dapat digunakan sebagai akhir dan awal dari kolaborasi terapi imajinasi ini, yang selanjutnya bisa diterapkan dengan VR. Dalam hal ini, dapat disebut sebagai bentuk pemberian keyakinan untuk mengolah apa yang diharapkan oleh masing-masing klien sehubungan dengan kehendak bersikap mandiri sejak pertemuan pertama berlangsung.

Tesis penciptaan ini menegaskan terapi imajinasi bukan sekadar produk seni, tetapi yang lebih bernilai adalah metodologi bagaimana pengkarya dan tim bersama klien merancang visual bersama dari awal hingga akhir, sebagai stimulus kemandirian ke depannya, termasuk di

dalamnya kemandirian dalam meminimalisir obat. Konsep hiperrealitas juga merupakan kerja berkelanjutan dari upaya untuk mengaktifkan kembali kemampuan kognitif dari apa yang ditemui sehingga keinginan menjadi berdaya. Metodologi yang diterapkan justru bagaimana pengkarya dan klien terpilih bersama-sama mengeksplorasi makna dalam sesi paparan dan tindakan, dalam kaitannya dengan berdaya dan setara dengan kepercayaan diri dalam mewujudkan keinginan terdalam di hari-harinya masing-masing.

Kesimpulan yang dapat diambil adalah metode terapi imajinasi sebagai sebuah konsep, sebagai sebuah ciri, sebagai sebuah bentuk, yang lebih banyak bekerja pada hakikat metodologisnya kepada klien skizofrenia, khususnya skizofrenia residual, yang disebut sebagai "orang-orang pilihan" untuk pengalaman yang tidak mudah dilewati selama bertahun-tahun. Terapi imajinasi dikerjakan dengan menggunakan teknik tumpang tindih, teknik tempel tumpuk, dan teknik larut antargambar. Hal lainnya adalah bagaimana empati antara pengkarya dan tim selain *welas asih* (cinta kasih) menjadi modal utama dalam mengimplementasikan permasalahan kehidupan nyata yang berlandaskan pada etika, moral, dan norma.

Terdapat pula tiga hal yang menjadi keunikan dalam penciptaan ini dari segi bentuk dan proses, khususnya yang berkaitan dengan lintas bidang, yaitu psikologi dan psikiatri; pertama, klien sebagai subjek

penciptaan yang awalnya dikerjakan dengan dramaturgi kolektif yang masih membentuk sebuah organisme, berubah posisinya sebagai subjek dalam kerja kolaboratif, tanpa hierarki. Kedua, lab kolaboratif ibarat kotak atau *white box* LED yang diproyeksikan sebagai sebuah akhir, dalam praktiknya hanya menjadi pengembangan dari sebuah proses kemandirian klien. Ketiga, karya konkret yang bisa dianggap berada di luar ranah karya, yakni sesi paparan dan tindakan bagi pengkarya yang didampingi oleh psikiater, sejatinya bisa dipahami sebagai karya yang lahir atas kemauan sendiri dengan akses berdaya dan setara sebagaimana mestinya.

Kesimpulan lain dari terapi imajinasi; dikerjakan dengan *practice-led research* sebagai metode penelitian artistik secara global berdasarkan kerja dramaturgi yang memunculkan *design thinking* menunjuk pada *design culture* ke depannya dengan menemukan multimedia interaktif mengacu pada pola pantai/alam, nirmana, interaktif, dan *game*, sebagai cara menemukan jati diri melalui pengalaman hidup masing-masing klien. Kerja kolaboratif ini ibarat memberikan pengetahuan terbuka tentang integrasi antara teknologi dan psikiatri, dan psikologi dalam mengubah cara pandang terhadap seni sebagai sebuah produksi, bukan sekadar pelengkap ruang kotak atau *white box* LED, tetapi bisa dipahami sebagai seni yang mencoba berempati dan menumbuhkan rasa kasih sayang kepada sesama tanpa membeda-bedakan latar belakang. Terapi imajinasi

bukan sekadar pekerjaan sambilan yang hanya dikerjakan di sela-sela, ternyata butuh usaha khusus untuk mengubah diri sendiri, dan lebih berani dalam mengatakan kata tidak, karena di sana terapi imajinasi menumbuhkan rasa percaya diri, bukan sekadar DKV, tetapi semangat interaktivitas untuk mempelajari bidang lain yang digerakkan oleh pengetahuan dari hasil karya.

B. Implikasi dan Rekomendasi

Metode terapi imajinasi bagi klien skizofrenia, khususnya sepuluh klien terpilih, atau “orang-orang pilihan” berdasarkan hipotesis, tentu saja belum memberikan kontribusi yang signifikan, mengingat kemampuan kognitif, delusi, dan halusinasi klien masih belum stabil, jika mengacu pada sistem penilaian PANSS maupun merujuk pada SWLS yang ditulisnya sendiri, tetapi diproyeksikan sebagai proses yang berkelanjutan hingga tampak jelas untuk saling berempati satu sama lain maupun bersikap lebih mandiri ke depannya, termasuk kemandirian dalam meminimalisir obat atas konsultasi dengan psikiater yang bersangkutan. Hal ini dapat memungkinkan pengkarya untuk lebih memperluas temuan dan pemahamannya, serta terus mempelajari dan mengkaji temuan dari disiplin ilmu lain, khususnya yang terkait dengan psikologi, psikiatri, teori kritis tentang akses berdaya dan setara, atau teori-teori kontemporer.

Terutama bagaimana menciptakan ritme kreatif bagi klien atau keluarga klien yang terhubung dengan proses kreatif.

Ada satu hal utama yang disarankan dalam penciptaan ini, bagi para praktisi yang sedang menempuh program studi seni program doktor, dramaturgi kolaboratif merupakan kesempatan untuk menciptakan karya-karya yang dirancang bersama agar lebih terbiasa mengembangkan ritme. Khususnya dari segi metodologi, program studi pascasarjana pun tampaknya tidak hanya selalu terkait dengan karya sebuah produk, proses penciptaannya pun tampaknya dipahami sebagai sebuah produk. Maka sarjana seni tidak lagi terpaku pada pemahaman tentang produk karya, sehingga sarjana seni benar-benar memberikan sumbangsih bagi pengembangan karya dalam lapisan sosial berskala nasional maupun internasional dengan cara yang berbeda atau spesifik.

Terkait dengan hal tersebut di atas, disarankan kepada para pemangku kepentingan untuk tidak selalu menginginkan adanya korelasi. Sebab pada realitasnya banyak sarjana seni juga 'gagal' memberikan sumbangsih yang bernilai, kemudian menjadi pengaruh besar bagi pengembangan karya seni. Barangkali sumbangsih yang lebih konkret, lebih realistis adalah bagaimana seni berelasi dengan masyarakat terdekat, lebih spesifik sebagai bentuk interaktif dengan menghasilkan estetikanya tersendiri, yang terus didorong secara intens, dan hal ini tidak diketahui secara umum oleh banyak praktisi.

Dalam konteks ini, masyarakat terdekat justru melahirkan opini, prasangka, dan asumsi yang lebih komprehensif, daripada menjadi beban bagi masyarakat seni secara umum. Realitas yang terjadi, banyak praktisi yang menuntut kontribusi yang lebih konkret bagi pengembangan seni, sehingga memunculkan narasi untuk membubarkan kampus seni jika tidak mampu memberikan kontribusi yang berharga bagi pengembangan seni. Apa fungsi kampus seni dari jenjang sarjana hingga pascasarjana, jika tidak banyak melahirkan pengkarya/pengkaji yang berpengaruh dalam pengembangan seni masa kini, di mana di sisi lain, tuntutan produk di kampus seni selalu menjadi prioritas utama daripada mengutamakan jalur metodologis yang lebih terkait ketepatan sasaran, sebagai salah satu sumbangsih berharga kerja lintas bidang.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku

- Al-Fayyadl, Muhammad. 2005. *Derrida*. Yogyakarta: LKiS.
- Aziz, Imam. 2001. *Galaksi Simulacra*. Yogyakarta: LKiS
- Baudrillard, Jean. 1994. *Simulacra and Simulation*. Sheila Faria Glazer, penerjemah. Michigan: The University of Michigan Press.
- Bauman, Zygmunt. 2005. *Liquid life*. Cambridge: Polity Press.
- Cook, Sarah dan Steve Macaulay. 1997. *Perfect Empowerment, Pemberdayaan yang Tepat*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Couto, N., & Alizamar, 2016. *Psikologi Persepsi dan Desain Informasi (Sebuah Kajian Psikologi Persepsi dan Prinsip Kognitif untuk Kependidikan dan Desain Komunikasi Visual)*. Yogyakarta: Media Akademi.
- Davison, Gerald C, and John M Neale. 1974. *Abnormal psychology: An experimental clinical approach*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Djalle, Zaharuddin G, E Purwantoro, and D Dasmana. 2007. *The Making of 3D Animation Movie*. Jakarta: Penerbit Gramedia.
- Elnov. 2021. *Anomali: Memoar Seorang Bipolar*. Paperback. Gramedia Pustaka Utama.
- Fakhriyani, Diana Vidya. 2019. "Kesehatan mental." *Pamekasan: duta media publishing*: 11-13.
- Goffman, Erving. 1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Jakarta: Erlangga.
- Guntur. 2016. *Metode Penelitian Artistik*. Surakarta: ISI Press.
- Hafifi, Hoirul. 2023. *Minum Kopi Sembari Tengok ke Belakang (Dramaturgi ke Dramaturg)*. Sidoarjo: CV Delima.
- Hasneli. 2014. *Kesehatan Mental dalam Pandangan Islam*. Hayfa Press.
- Keliat, Budi Anna, Bunga Kamase Kobong, Eunike Sri Tyas Suci, dan Evalina A. Hutagalung, et. al. 2006. *Menanti Empati Terhadap Orang*

- dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: Pusat Kajian Bencana dan Tindak Kekerasan Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Maestri, George. 2006. *Digital character animation 3*. Berkeley: New Riders.
- Maramis, FW. 2005. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga.
- Moleong, Lexy J. 2007. *Metodologi penelitian kualitatif edisi revisi*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Mueser, Kim Tornvall, and Dilip V Jeste. 2011. *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Myers, David G. 2012. *Psikologi Sosial (Mandasari, D., Ed.)*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Piliang, Amir Yasraf. 1999. *Hiper-realitas Kebudayaan: Semiotika, Estetika, Posmodernisme*. Bandung: LKIS.
- Purwanti, Tenni. 2021. *Butterfly Hug*. Yogyakarta: Buku Mojok.
- Papanek, Victor. 1971. *Design for the Real World: Human Ecology and Social Change*. New York: Pantheon Books
- Pressman, Andrew. 2018. *Design Thinking: A Guide to Creative Problem Solving for Everyone*. New York: Routledge.
- Rakhmat, Jalaluddin. 2021. *Psikologi agama*. Mizan Publishing.
- Robin, and Linda. 2001. *Menguasai Pembuatan animasi dengan Macromedia Flash*. Jakarta: Elek Media Komputindo.
- Samsara, Anta. 2018. *Gelombang Lautan Jiwa: Sebuah Psikomemoar*. Yogyakarta: Jejak Kata Kita, Jakarta: Elex Media.
- Serlin, Ilene. 2017. *The Arts Therapies: Whole Person Integrative Approaches To Healthcare chapter in Theory and Practice of Arts Therapies*.
- Smith, Hazel. 2009. *Practice-led research, research-led practice in the creative arts*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Sugiyono. 2013. *Metode penelitian pendidikan pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sunarto, Bambang, Galuh Tulus Utama, I. Wayan Setem, Sigit Purnomo Adi, Hery Budiawan, I. Wayan Diana Putra, Sugeng Wardoyo, Wahyu Thoyyib Pambayun, I. Gusti Ngurah Sudibya, Muhammad Fauzi, Aldo Ahmad Fithra, Peni Candra Rini, Gerzon R. Ajawaila, Hoirul Hafifi, Syamsul Barry, Kadek Indra Wijaya, Insanul Qisti Barriyah, Muhajir, Nur Hidayat, Ade Rudiana, Asep Saepul Haris, Eko Suprianto, Garin Nugroho, Agus Sunandar, Nurul Hidayati, and Pande Made Sukerta. 2023. *20-48-57-70 Perjalanan Darma Purnabakti Prof. Dr. Pande Made Sukerta, S. Kar., M. Si.* Diedit oleh Taufik Murtono. Surakarta: ISI Press.

Sunaryo, S. 2004. *Psikologi untuk keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.

Wojowasito, Suwojo, and W Wasito. 1982. *Kamus lengkap, Inggris-Indonesia, Indonesia-Inggris : dengan ejaan yang disempurnakan*. Bandung: Hasta.

Wursanto. 2004. *Kearsipan-1*. Cetakan ke-9, Yogyakarta: Kanisius.

Yusuf, Syamsu. 2012. *Psikologi perkembangan anak dan remaja*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

B. Jurnal

Afiatin, Tina, Ilma Putri Istianda, and Annisa Yuliarahma Wintoro. 2016. "Happiness of Working Mothers Through Family Life Stages." *ANIMA Indonesian Psychological Journal* 31 (3): 101-110. <https://doi.org/10.24123/aipj.v31i3.569>.

Alqraini, Faisl. 2017. "Single-Case Experimental Research: A Methodology for Establishing Evidence-Based Practice in Special Education." *International journal of special education* 32 (3): 551-566. https://www.researchgate.net/publication/321950757_Single-

[Case Experimental Research A Methodology for Establishing Evidence-Based Practice in Special Education.](#)

- Andito, Tegar, and Martanty Aditya. 2019. "Optimalisasi Pesan Dalam Buku Edukasi Pasien Diabetes Melitus Melalui Komunikasi Visual." *DeKaVe* 12 (2): 35-41. <https://doi.org/10.24821/dkv.v12i2.3522>.
- Asnani, Sayuri. 2020. "Efektivitas Terapi Seni Mewarnai Terhadap Depresi Pada Remaja Putri." *Journal of Psychological Perspective* 2 (2): 109-120. <https://doi.org/10.47679/jopp.022.12200010>.
- Astri, Syahwielni. 2023. "Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Yang Diberikan Evidenced Based Practice Terapi Menonton Video Untuk Mengurangi Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran di Ruang Wisma Cendrawasih RSJ Prof. HB. Sa'anin Padang." <http://repository.mercubaktijaya.ac.id/160/>.
- Aswad, Y, and B Susanto. 2019. "Effect of Considered Imagination on Blood Pressure Hypertension Patients at Wirda Ilomata retirement home." *Jambura J Heal Sci Res* 1 (1): 7-12. <https://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jjhsr/article/view/1785>
- Ding, Ning, Zhiqiang Li, and Zengxun Liu. 2018. "Escitalopram augmentation improves negative symptoms of treatment resistant schizophrenia patients - A randomized controlled trial." *Neuroscience Letters* 681: 68-72. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2018.05.030>.
- Gasril, Pratiwi, Suryani Suryani, and Heppi Sasmita. 2020. "Pengaruh Terapi Psikoreligious: Dzikir dalam Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia yang Muslim di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau." *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi* 20: 821. <https://doi.org/10.33087/jjubj.v20i3.1063>.

- Handriyotopo, Handriyotopo. 2014. "Tipografi Dekoratif Kawung Floral Regular." *Acintya* 6 (2). <https://jurnal.isi-ska.ac.id/index.php/acintya/article/view/217>.
- Handriyotopo, Lastoro, GR Lono, dan SP Gustami. 2018. "Metafora dan Idiologi Film Iklan Securitas." *Brikolase*. Vo. 10, No. 2, Desember 2018.
- Harari, Yuval Noah. 2023. *21 Pelajaran untuk Abad 21*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Hu, Jieyi, and Chau Kiu Jacky Cheung. 2024. "Social identity and social integration: a meta-analysis exploring the relationship between social identity and social integration." *Frontiers in Psychology* 15: 1361163. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1361163>.
- Kopelowicz, Alex, Robert Paul Liberman, and Charles J. Wallace. 2003. "Psychiatric rehabilitation for schizophrenia." *International Journal of Psychology & Psychological Therapy* 3 (2): 283-298. <https://www.ijpsy.com/volumen3/num2/69.html>.
- Lolombulan, Olivya, Elly Yuliandari Gunatirin, and Ktut Dianovinina. 2020. "Art therapy untuk menurunkan gejala depresi pada emerging adult dengan ketidakpuasan pada tubuh." *Ristekdikti: Jurnal Bimbingan dan Konseling* 5 (1): 94-102. <https://jurnal.um-tapsel.ac.id/index.php/Ristekdik/article/view/1271>.
- Merleau-Ponty, Maurice. 2002. "Selections from Phenomenology of perception." *Vision and mind: Selected readings in the philosophy of perception*: 15-34. <https://doi.org/10.7551/mitpress/7111.003.0004>.
- Murtiwidayanti, Sri Yuni. 2017. "Pekerja Sosial Dalam Rehabilitasi Sosial Penderita Gangguan Jiwa." *Media Informasi Penelitian Kesejahteraan Sosial* 41 (2): 107-120. <https://lontar.ui.ac.id/detail?id=20470675&lokasi=lokal>.

- Murtono, Taufik, Satriana Didiek Isnanta, and Marisca Agustina. 2022. "Participatory Art for Mental Health: A Therapeutic Empowerment." *Research on Humanities and Social Sciences* 12 (18): 10-22. <https://doi.org/10.7176/rhss/12-18-02>.
- Pardede, Jek Amidos, and Arya Ramadia. 2021. "The Ability to Interact With Schizophrenic Patients through Socialization Group Activity Therapy." *International Journal* 9 (1): 7. <https://doi.org/10.37506/ijocm.v9i1.2925>.
- Pardede, Jek, Erwin Silitonga, Gustavus Endowment, and Jek Amidos. 2020. "The Effects of Cognitive Therapy on Changes in Symptoms of Hallucinations in Schizophrenic Patients." *Indian Journal of Public Health Research and Development* 11. <https://doi.org/10.37506/IJPHRD.V11I10.11153>.
- Permatasari, Ayu Eka, Samsunuwiyati Marat, and Meiske Y Suparman. 2017. "Penerapan art therapy untuk menurunkan depresi pada lansia di Panti Werdha X." *Jurnal Muara Ilmu Sosial, Humaniora, dan Seni* 1 (1): 116-126. <https://doi.org/10.24912/jmishumsen.v1i1.341>.
- Ph, Livana, Hermanto Hermanto, and Nanda Putra Pratama. 2018. "Dukungan Keluarga dengan Perawatan Diri pada Pesein Gangguan Jiwa di Poli Jiwa." *Jurnal Kesehatan Manarang; Vol 4 No 1* (2018): Juli 2018. <https://doi.org/10.33490/jkm.v4i1.54>.
- Prabu, P. K., and J. Subhash. 2015. "Guided Imagery Therapy." *Journal of Nursing and Health Science* 4 (5): 56-58. <https://doi.org/10.9790/1959-04535658>.
- Putri, Ike Asana, Amnan, and B. Fitria Maharani. 2022. "Skizofrenia: Suatu Studi Literatur." *Journal of Public Health and Medical Studies*: 1-12. <https://doi.org/10.56282/jphms.v1i1.257>.

- Sari, Puspita. 2019. "Dinamika psikologi penderita skizofrenia paranoid yang sering mengalami relapse." *Jurnal Psikoislamedia* 4 (2): 124-136. <https://doi.org/10.22373/psikoislamedia.v4i2.5751>.
- Serenity, Kinar, Imas Rafiyah, and Nur Oktavia Hidayati. 2024. "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi Dengan Kejang: Clinical Case Report." *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah* 3 (6): 2813-2827. <https://doi.org/10.55681/sentri.v3i6.2915>.
- Shaddri, Issrahli, I. Wayan Dharmayana, and Illawaty Sulian. 2018. "Penggunaan Teknik Guided Imagery Terhadap Tingkat Kecemasan Siswa Mengikuti Aktivitas Konseling Kelompok." *Jurnal Consilia*. <https://doi.org/10.33369/consilia.1.3.68-78>.
- Shakka, Anne. 2019. "Berbicara Autoetnografi: Metode reflektif dalam penelitian ilmu sosial." *Lensa Budaya: Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Budaya* 14 (1): 15-24.
- Sirojudin, Sirojudin, and Ayu Pratiwi. 2020. "Efektivitas Terapi Lingkungan (Art Therapy) terhadap Tingkat Depresi pada Lansia: A Literatur Review." *Alauddin Scientific Journal of Nursing* 1 (1): 32-41. <https://doi.org/10.24252/asjn.v1i1.16140>.
- Suwasono, Arief. 2017. "Konsep Art dalam Desain Animasi." *DeKaVe* 10: 19. <https://doi.org/10.24821/dkv.v10i1.1765>.
- Yulianti, Ika. 2022. "Pendekatan Visual untuk Terapi Klien Skizofrenia Gejala Berat." *DeKaVe* 15 (2): 137-148. <https://doi.org/10.24821/dkv.v15i2.7459>.
- Zahnia, Siti, and Dyah Wulan Sumekar. 2016. "Kajian epidemiologis skizofrenia." *Medical Journal of Lampung University [MAJORITY]* 5 (4): 160-166. <https://joke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904>.

C. Website

- Sadikanugraha, Falah Farras. 2021. "Art Therapy: Aktivitas Seni untuk Meningkatkan Kesehatan Mental." Accessed 18/08/2024. <https://awalbros.com/kejiwaan/art-therapy/>.
- Schuster, Angela M.H. 2018. "The Art of Virtual Reality." Accessed 09/09/2024. <https://robbreport.com/shelter/art-collectibles/art-of-virtual-reality-2813207/>.
- Soeklola. 2023. "Manfaat dan Risiko Terapi Rumatan Antipsikotika pada Kasus Schizophrenia." Accessed 10/08/2024. <https://www.alomedika.com/cme-skp-manfaat-dan-risiko-terapi-rumatan-antipsikotika-pada-kasus-schizophrenia>.
- Sutrisno. 2023. "Mengenal Istilah The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) pada Penderita Skizofrenia." Accessed 20/05/2025. <https://rsj.babelprov.go.id/content/mengenal-istilah-positive-and-negative-syndrome-scale-panss-pada-penderita-skizofrenia>.
- Widyawati. 2024. "Kemenkes Beberkan Masalah Permasalahan Kesehatan Jiwa di Indonesia." Last Modified 10/05/2025. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20211007/1338675/kemenkes-beberkan-masalah-permasalahan-kesehatan-jiwa-di-indonesia/>

D. Karya yang Tidak Dipublikasikan

- Anwari. 2025. "Dramaturgi Reality of Momentum." Makalah. Kamateatra Art Project dan Padepokan Seni Madura.
- Delong, Darcie, Adam Derrick, Tess Evans-Shell, dan Laura Mixon. 2015. "Diffuse, Divide, Devise: An Analytical Study of Devised Theatre", makalah.

- Hafifi, Hoirul, Geyandra Nuhisa Tantra, Adiyanto, Izzat Ramsi, Miftahul Jannah et al. 2021. "Sesilangan-Saling Silang dan Kawin Silang (Dramaturgi Kolektif-Kolaboratif)". Makalah. Border Crossing Space Burneh dan Wudens Art Bangorejo Project.
- Hafifi, Hoirul. 2024. "Diskusi Performatif: Minum Kopi Sembari Tengok ke Belakang (Dramaturgi ke Dramaturg)." Disertasi Karya Seni. Institut Seni Indonesia Surakarta.
- Hafifi, Hoirul. 2024. "Belok Kiri Jalan Terjal, Belok Kanan Jalan Berkelok, Putar Balik, Jalan Tanpa Blok (Laporan Berpikir Dramaturgis)." Lab Teater Ciputat bekerjasama PTLK Kemendikbudristek 2024.
- Nugroho, Panji Teo. 2018. "Pusat Rehabilitasi Penderita Gangguan Jiwa di Yogyakarta." UAJY.
- Ramadhan, Aditya Wahyu. 2023. Relasi Inferioritas, Klien Skizofrenia, dan Multimedia dalam Penciptaan Soul of Mapping. Makalah.
- Ramadhan, Aditya Wahyu. 2024. "Bagaimana Cara Membuat Klien Skizofrenia Bercerita tentang Kebahagiaannya?"
- Sømhovd, Astrid Johanna. 2011. "Splitting the world: distributed performance as document." Masters Thesis in Documentation Studies Faculty for humanities, social sciences and education University of Tromsø, Spring.

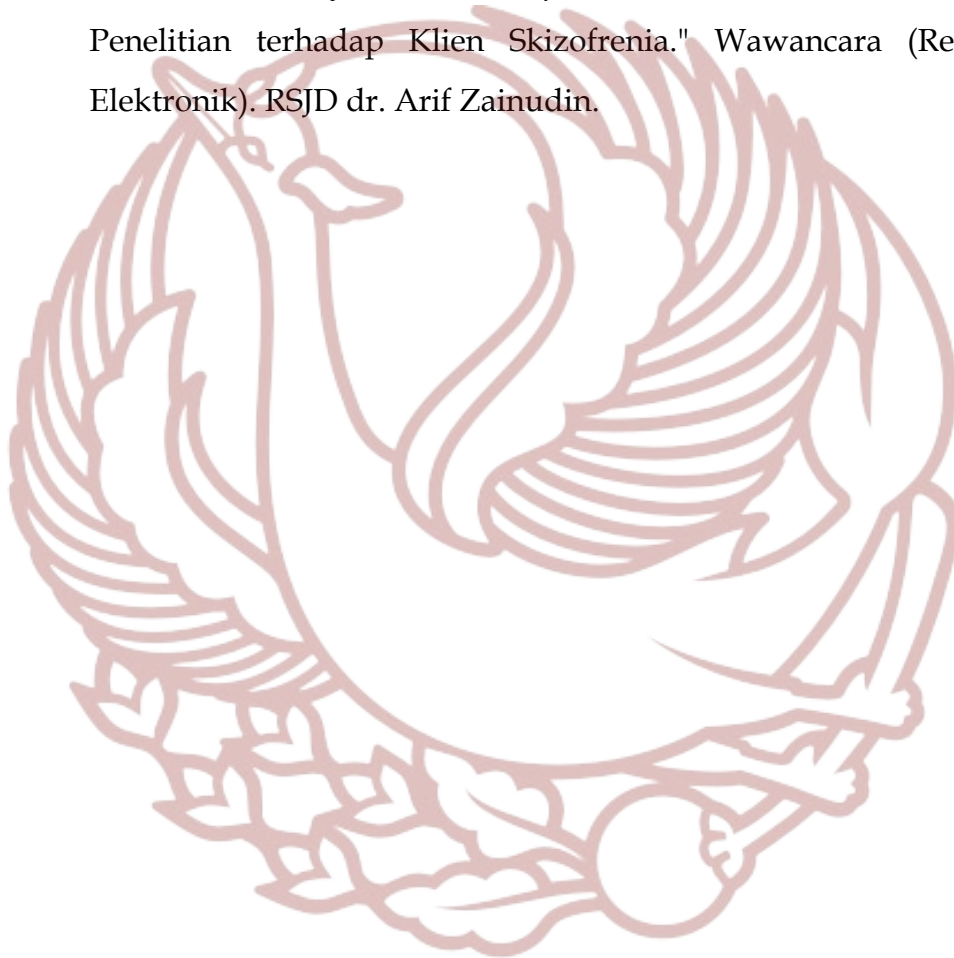
E. Media Rekaman

- Herdaetha. 2025. "Bagaimana Cara Membuat Lab; Terapi Imajinasi Ini Meminimalisir Gangguan terhadap Klien dan Meminimalisir Risiko?" Wawancara (Rekaman Elektronik). RSJD dr. Arif Zainudin.
- Prabawati, Fransisca Anindya Mariesta. 2024. "Warna dalam Setiap Diri Individu sebagai Pintu Masuk." Wawancara (Rekaman Elektronik). Zoom Meeting.

Rahapsari, Satwika. 2024. "Warna dan Aktivitas Tindakan setiap Individu Skizofrenia." Wawancara (Rekaman Elektronik). Universitas Gadjah Mada.

Subandi. 2024. "Nirmana dan Relasinya dengan Klien Skizofrenia." Wawancara (Rekaman Elektronik). Universitas Gadjah Mada.

Susilowati, Desi Wahyu. 2025. "Pojok Bercerita dalam Proses Sesi Penelitian terhadap Klien Skizofrenia." Wawancara (Rekaman Elektronik). RSJD dr. Arif Zainudin.



NARASUMBER

A. Klien Skizofrenia

- S1 (41), laki-laki, lama menderita 3 tahun, status berobat jalan, rutinitas berobat jalan tidak rutin, tempat berobat RSJD dr. Arif Zainudin.
- S2 (36), perempuan, lama menderita 6 tahun, status berobat jalan, rutinitas berobat jalan rutin, tempat berobat RSJD dr. Arif Zainudin.
- S3 (35), laki-laki, lama menderita 6 tahun, status berobat jalan, rutinitas berobat jalan rutin, tempat berobat RSJD dr. Arif Zainudin.
- S4 (56), perempuan, lama menderita 31 tahun, status berobat jalan, rutinitas berobat jalan tidak rutin, tempat berobat RSJD dr. Arif Zainudin.
- S5 (24), laki-laki, lama menderita 6 tahun, status berobat jalan, rutinitas berobat jalan tidak rutin, tempat berobat RSJD dr. Arif Zainudin.
- S6 (45), laki-laki, lama menderita 26 tahun, status berobat jalan, rutinitas berobat jalan rutin, tempat berobat RSJD dr. Arif Zainudin.
- S7 (49), perempuan, lama menderita 30 tahun, status berobat jalan, rutinitas berobat jalan rutin, tempat berobat RSJD dr. Arif Zainudin.
- S8 (41), laki-laki, lama menderita 5 tahun, status berobat jalan, rutinitas berobat jalan rutin, tempat berobat RSJD dr. Arif Zainudin.

- S9 (48), perempuan, lama menderita 10 tahun, status berobat jalan, rutinitas berobat jalan rutin, tempat berobat RSJD dr. Arif Zainudin.
- S10 (51), perempuan, lama menderita 29 tahun, status berobat jalan, rutinitas berobat jalan rutin, tempat berobat RSJD dr. Arif Zainudin.

B. Psikiater

Dr. dr. A. Herdaetha, Sp.KJ, M.H., Psikiater di RSJD dr. Arif Zainudin, aherdaetha@gmail.com.

C. Ahli Psikologi/Psikolog

Desi Wahyu Susilowati, S.Psi, M.Psi, Psi., Psikolog Klinis RSJD dr. Arif Zainudin.

Fransisca Anindya Mariesta Prabawati, S.Psi., M. Psi., Psikolog, Psikolog RSUD Wonogiri, anindyaprabawati@gmail.com.

Prof. Drs. Subandi, M.A., Ph.D., Psikolog, Dosen dan Psikolog Universitas Gadjah Mada, subandi@ugm.ac.id, <https://scholar.google.com/citations?user=XRDvWgAAAAJ&hl=id>.

Satwika Rahapsari, S.Psi, M.A., R-DMT, Dosen dan Psikolog Universitas Gadjah Mada, saat ini sedang menempuh Pendidikan S3 di Department of Psychology, University of Sheffield, Inggris. satwikarahapsari@ugm.ac.id, https://scholar.google.co.id/citations?user=3jtfI_0AAAAJ&hl=en.

D. Keluarga Klien Skizofrenia

- KS1 (56), laki-laki, ayahnya S1, yang cukup intens mendampingi S1 dalam mengetahui perkembangan kesehatannya.
- KS2 (29), laki-laki, saudara kandungnya yang juga cukup aktif mengetahui perkembangan S2.
- KS3 (59), perempuan, ibunya yang cukup tegar dalam menghadapi realitas dalam keluarganya.
- KS4 (37), laki-laki, keponakan, yang cukup intens mendampingi S1 dalam mengetahui perkembangan kesehatannya.
- KS5 (48), perempuan, ibunya S5, yang sangat sayang dan cinta terhadap anaknya, serta selalu terbuka dalam proses penelitian ini.
- KS6 (60), perempuan, ibunya yang selalu tidak pernah putus asa ataupun lelah dalam mendampingi klien.
- KS7 (59), laki-laki, ayahnya S7.
- KS8 (35), perempuan, istrinya S8, yang wira-wiri bolak balik menemaninya melakukan perawatan jalan.
- KS9 (51), perempuan, saudara perempuannya S9.
- KS10 (17), laki-laki, anaknya S10.

E. Rumah Sakit Jiwa

Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Arif Zainudin, Jl. Ki Hajar Dewantara No. 80, Jebres, Kec. Jebres, Kota Surakarta, Jawa Tengah 57126, Provinsi: Jawa Tengah, Telepon: (0271) 641442.

F. Peneliti yang Berpengalaman

Ika Yulianti, S.ST., M.Sn. Dosen ISI Yogyakarta dan Peneliti Art Therapy Skizofrenia, ika.crayon@gmail.com,
https://scholar.google.co.id/citations?view_op=list_works&hl=id&hl=id&user=VmNCf3sAAAAJ.





1. Deskripsi Karya

a. Pengantar Karya

(1) Gangguan jiwa masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang cukup besar di dunia, termasuk di Indonesia. Menurut data WHO pada tahun 2016, terdapat sekitar 35 juta jiwa yang terkena depresi, 60 juta jiwa terkena bipolar, 21 juta jiwa terkena skizofrenia, dan 47,5 juta jiwa terkena demensia (Murtiwidayanti 2017). Sementara itu, data penelitian kesehatan dasar 2022 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala depresi dan kecemasan bagi mereka yang berusia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta jiwa atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sementara itu, prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 jiwa atau 1,7 per 1.000 penduduk (Widyawati 2024).

(2) Skizofrenia melibatkan banyak sekali faktor; meliputi fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik (Kopelowicz, Liberman, and Wallace 2003, 24). Skizofrenia yaitu sindrom *heterogeny* kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat, dan gangguan fungsi psikososial (Mueser and Jeste 2011, 48).

(3) “Peta jiwa” merupakan lab kolaboratif yang menciptakan rasa aman secara emosional berdasarkan aksesibilitas,

responsivitas, dan keterlibatan setiap klien, serta dihasilkan dari pendekatan jiwa secara kontinyu dengan klien untuk lebih terbuka dalam bercerita. “Peta jiwa” menggunakan desain eksperimen, sebagaimana Alqraini (Alqraini 2017, 9) menyebutnya, Desain Eksperimen Kasus Tunggal (*Single-Case Experimental Design*) untuk mengevaluasi perilaku melalui satu kasus. Ramadhan (Ramadhan 2023, 2) beranggapan bahwa desain semacam ini digunakan untuk memberikan peluang besar bagi subjektivitas, dieksplorasi sebagai upaya pengaktifan kembali kemampuan kognitif yang dimulai sejak proses penelitian.

(4) “Peta jiwa” dengan metode terapi imajinasi sebagai lab kolaboratif yang akan diwujudkan, dibuat dengan LED (*Light Emitting Diode*) atau LCD (*Liquid Crystal Display*), berukuran panjang 5 m, lebar 4 m, dan tinggi 3 m. Lab; terapi imajinasi ini dikelilingi visual yang dapat dikontrol dengan perangkat lunak Resolume Arena 7 dan visual tersebut dapat diubah sesuai dengan gagasan pengkarya. Lab ini pada lima sisinya, yakni sisi kanan, kiri, atas, bawah, dan belakang, dengan *display* secara acak sebagai interpretasi dari kejiwaan klien dan dibuat visual yang mengarah pada upaya membantu proses perubahan psikologis yang mendalam.

(5) Terapi imajinasi pada awalnya diadopsi dari ilmu psikologi, yaitu *guided imagery therapy*, yaitu suatu teknik relaksasi yang menggunakan imajinasi individu untuk mencapai efek positif, secara khusus dirancang dengan cara menstimulasi otak melalui imajinasi yang dapat memberikan pengaruh langsung terhadap sistem saraf, endokrin, neuro modulator, dan endorfin dengan bimbingan seorang psikolog (Aswad and Susanto 2019, 12). Pemahaman tersebut diimajinasikan oleh pengkarya sebagai suatu metode terapi seni, yang bersifat interaktif dengan klien. Oleh karena itu, imajinasi yang diwujudkan oleh masing-masing klien dalam hal ini, dihubungkan dengan konsep hiperrealitas, menjadikan posisi pengkarya bukan lagi sebagai subjek, melainkan sebagai pemantik atau rekan kolaboratif dalam membayangkan banyak hal yang membuat masing-masing klien merasa senang.

b. Poin-poin/Kutipan yang Merujuk pada Tema

Kesehatan mental setiap individu berbeda-beda dan mengalami dinamika dalam perkembangannya karena pada hakikatnya manusia dihadapkan pada kondisi yang harus menyelesaikannya dengan berbagai solusi alternatif. Terkadang, tidak sedikit orang pada waktu tertentu mengalami gangguan kesehatan mental dalam kehidupannya (Fakhriyani 2019, 8). Gangguan mental atau kejiwaan dapat menyerang siapa saja; tidak

hanya menyerang orang lanjut usia, tetapi juga menyerang orang muda dan remaja.

c. Poin-poin/Kutipan yang Merujuk Sub Tema

Salah satu gangguan jiwa yang urgensi di antaranya; skizofrenia yang memengaruhi proses pikir bagi penderitanya. Akibatnya penderita skizofrenia menjadi sulit berpikir jernih, kesulitan dalam mengatasi emosi serta kesulitan bersosialisasi (Mueser and Jeste 2011, 46). Skizofrenia melibatkan banyak sekali faktor; meliputi fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik (Kopelowicz, Liberman, and Wallace 2003, 24). Skizofrenia yaitu sindrom *heterogeny* kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat, dan gangguan fungsi psikososial (Mueser and Jeste 2011, 48).

d. Perluasan Dramaturgi

(1) Hafifi (Hafifi 2024, 345) menjelaskan bahwa metode penciptaan dari sekumpulan materi yang dikerjakan oleh pengkarya sebagai hak yang berdiri sendiri atau bagian dari suatu percobaan, terkait dengan tantangan, hambatan, dan cara mengatasinya bersinggungan dengan penyelesaian karya; langkah-langkah yang terkait dengan penenunan objek menjadi satu karya tunggal berdasarkan metode penciptaan yang diterapkan secara

kolaboratif dengan praktik kerja dramaturgi. Berdasarkan pemahaman tersebut, tantangan dalam penyelesaian karya terletak pada bagaimana dramaturgi diterapkan, yang dalam DKV dapat disebut sebagai dramaturgi media visual yang karyanya terkait dengan desain tujuan, indeks dan aransemen, penonjolan grafis utama, pewarnaan dan tekstur, serta elemen-elemen dasar (Hafifi et al. 2021, 3), dalam hal ini dramaturgi kolaboratif menjadi kebutuhan utama. Namun dalam praktiknya, akses berdaya dan setara sering kali ditempatkan pada posisi yang luput, membuat sesama kolaborator seolah-olah mengistirahatkan aktivitas kreatifnya dalam menghasilkan gagasan.

(2) Dramaturgi kolaboratif dalam konteks akses berdaya dan setara, memiliki hambatan dalam pemahaman, yang berkelindan dengan perasaan iba, justru merupakan problem psikologis krusial dalam menundukkan diri dan memadukan diri dengan klien yang berbeda. Tantangan ini menjadi kendala dalam menyelesaikan karya untuk menempatkan terapi imajinasi sebagai metode penciptaan yang spesifik, menjadi problem utama dalam bidang seni. Sering ditemukan bahwa pengkarya atau pengkaji seni yang berlatar belakang kampus seni juga belum tentu arif dan sangat antusias terhadap bidang lain sebagaimana psikologi dan psikiatri, yang justru mengabaikan semua data yang diinformasikan.

(3) Kolaborator yang berlatar belakang seni, seperti tari dan teater dalam hal ini, tidak memiliki perasaan yang berfokus pada apa yang tengah dihadapi sebagai suatu kebutuhan, sehingga sifatnya hanya kolektif, hanya berpartisipasi dalam konteks kehendak. Persoalan ini krusial; dalam menggerakkan dramaturgi kolaboratif, sehingga sifatnya hanya menunggu order dari kreator dan berdampak pada psikologi masing-masing klien. Hal ini rentan untuk segera diselesaikan demi kesamaan pemahaman tentang dramaturgi kolaboratif daripada dramaturgi kolektif di luar akses berdaya dan setara yang lebih diutamakan khususnya bagi klien.

2. Deskripsi Presentasi Karya (penggalan-penggalan disertai karya)

(1) Terapi seni ekspresif dan kreatif adalah salah satu terapi modern yang sedang berkembang; merupakan teori pendekatan umum yang secara spesifik mencakup musik, tari, puisi, drama, dan psikodrama, yang masing-masing memiliki asosiasi dan praktiknya sendiri. Seni dianggap mampu menyentuh dan juga mengekspresikan kompleksitas manusia, termasuk tingkatan pikiran, tubuh, dan jiwa (Serlin 2017, 29), di mana artikel ini secara spesifik sangat relevan dengan penciptaan produk seni, sebagai *practice-led research*.

(2) *Performer* dalam hal ini juga menjadi bernilai, yang mana berdasarkan pengalaman juga bekerja sebagai peneliti, sangat mungkin produk, atau penciptaan sebagai *practice-led research*, menurut Sullivan

salah satu metode penelitian artistik yang memiliki kekuatan generatif dalam menemukan sesuatu yang tidak terduga daripada sebelumnya (Smith 2009, 28), termasuk dalam menentukan perspektif.

(3) Terkait dengan *practice-led research*, menurut Sullivan dalam Smith (Smith 2009, 28), bagaimanapun, seniman telah lama menguji intuisi visual mereka terhadap logika dari apa yang dilihat dan diketahui. Pernyataan ini semakin diyakini memperkuat pilihan metodologis, *practice-led research* dengan mengeksplorasi perasaan, mendamaikan konflik emosional, menumbuhkan kesadaran diri, mengelola perilaku dan kecanduan, mengembangkan keterampilan sosial, dan meningkatkan orientasi realitas, serta mengurangi kecemasan.

a. Prolog

.....

Terapi yang dikerjakan secara konsisten dalam waktu tak dapat ditentukan dikarenakan penderita skizofrenia dapat mengalami kondisi yang tidak stabil. Hal ini dapat kambuh dalam kondisi yang tidak baik pada waktu yang tidak dapat diprediksi (J.A. Pardede and Ramadia 2021, 11). Bahkan terapi jangka panjang yang disebut antipsikotik masih memiliki kemungkinan pasien akan gagal merespons perawatan atau menjadi resisten terhadap perawatan, yang menunjukkan perjalanan penyakit yang lebih parah (Ding, Li, and Liu 2018, 26).

Penggunaan antipsikotik dikaitkan dengan beberapa risiko, termasuk peningkatan efek samping dan penurunan volume otak, terutama di daerah prefrontal dan temporal. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa pengurangan volume otak bersifat progresif dan mekanisme neuropatologis yang tepat belum diketahui. Penggunaan antipsikotik juga dilaporkan berkorelasi dengan penurunan volume materi abu-abu, tetapi data ini juga kontradiktif (Soeklola 2023), yang semakin memberikan peluang ditemukannya cara-cara alternatif.

b. Pembahasan

.....

Terapi imajinasi secara konseptual dapat dipahami sebagai suatu konsep terapi visual yang muncul dari pemanfaatan kekuatan pikiran dan imajinasi yang ingin menciptakan pengalaman sensorik, emosional, dan fisik yang positif. Kekuatan dan pikiran yang dimaksud dapat berupa objek-objek keseharian, realitas kebiasaan yang dikerjakan, atau dokumen dan arsip yang lebih bersifat biografis dalam menciptakan rasa rileks, mengurangi stres, kecemasan, bahkan rasa sakit, dan menimbulkan kebahagiaan. Di mana visual tersebut ditentukan dan dikelola sesuai dengan perasaan dan impresi yang diinterpretasi oleh pengkarya berdasarkan cerita dalam setiap paparan dan tindakan,

di beberapa persinggungan sebelum akhirnya diwujudkan menjadi sebuah lab kolaboratif. Pola pantai/alam, nirmana, interaktif, dan *game* diciptakan berdasarkan subjek atau klien merujuk pada kecenderungan, pilihan, tindakan, selera, keinginan, dan perilaku dalam setiap pola yang ditentukan.

.....

Istilah terapi imajinasi juga dapat digunakan sebagai ciri atau sifat dari karya ini, karena kedudukannya yang sangat fleksibel dalam kaitannya dengan komunikasi melalui visual dengan setiap klien atau masyarakat yang menyaksikannya. Di antara yang terpenting adalah keluarga masing-masing klien yang mendampingi proses kolaborasi atau psikiater yang berfungsi sebagai kurator/dramaturg. Fleksibilitas ini dipandang dari konsep hiperrealitas, kondisi jiwa dan spiritual seseorang hanya terfokus seperti spiral, hingga pada satu titik mereka akan kehilangan segala makna dari apa yang telah dikerjakan (Baudrillard 1994, 34), karena kekosongan itu langsung terpancar, diperlukan visual yang memungkinkannya untuk mengembara ke mana-mana.

Sejak awal, karya dirancang dan dipresentasikan kepada klien, dengan ciri terapi imajinasi dalam konteks pengembaraan berkaitan dengan cara atau metode mendekati jiwa. Ciri terapi imajinasi ini disebabkan oleh keluarga klien dan tim pengkarya

dalam mengekspresikan visual yang dimaksudkan, karena memiliki impresi mendalam terkait psikologis. Meskipun hanya berbasis pada objek-objek keseharian, realitas kebiasaan, dokumen, dan arsip yang dibentuk dengan hiperrealitas.

Hal berbeda, bagi masyarakat umum belum tentu memiliki ciri tersebut, namun ciri ini diyakini dapat berfungsi sebagai metodologi bagi klien atau penderita gangguan jiwa, atau masyarakat umum yang mudah stres, cemas, dan tidak stabil, karena penerapannya dirancang dengan fokus pada Desain Kasus Eksperimen Tunggal yang sangat fleksibel dalam kaitannya dengan terapi visual viewing yang menciptakan imajinasinya sendiri yang kemudian dialektis dalam dirinya sendiri (Alqraini 2017, 32), dalam mengeksplorasi sensori setiap individu. Terapi imajinasi sebagai ciri karya memiliki titik tolak terkait dengan sosial yang dibahas oleh Baudrillard dalam konteks hiperrealitas, tidak begitu saja dilepaskan apa yang dilihat dalam realitas juga memiliki sejumlah imajinasi (Sunaryo 2004, 28), yang kemudian terwujud dalam konsep. Sudah pasti dari visual yang dibawa ke dalam lab kolaboratif ini, menghadirkan dunia fantasi, ilusi, dan imajinasi masing-masing klien yang diciptakan atas dasar keinginan mereka, di mana pengkarya hanya mewujudkannya dalam sebuah karya kolaboratif.

c. Epilog

.....

Karya ini lebih kepada metodologi, bagaimana agar bisa lebih bermanfaat bagi objek atau subjek yang tepat, khususnya pada klien skizofrenia yang pada dasarnya ke depannya dapat dipahami sebagai lab kolaboratif yang berkesinambungan. Poin-poin utama yang telah disebutkan pada bab sebelumnya, sebagai panduan untuk melanjutkan penelitian lintas bidang. Penelitian lintas bidang ini juga merupakan proyeksi yang terus dihubungkan dengan sepuluh klien dalam mengimplementasikan akses berdaya dan setara yang dimaksud.

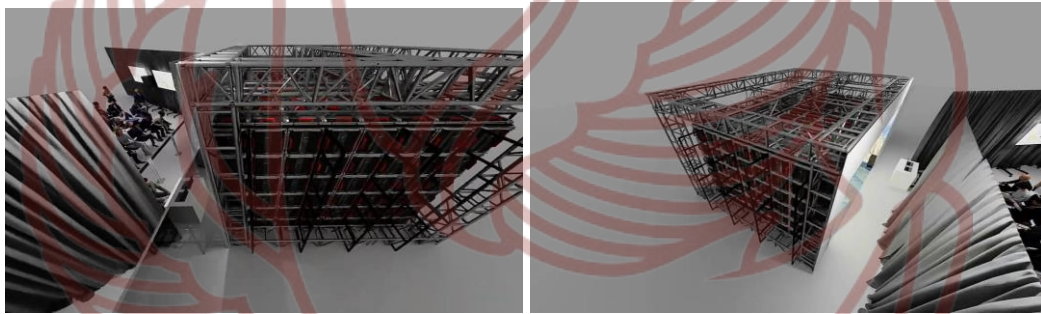
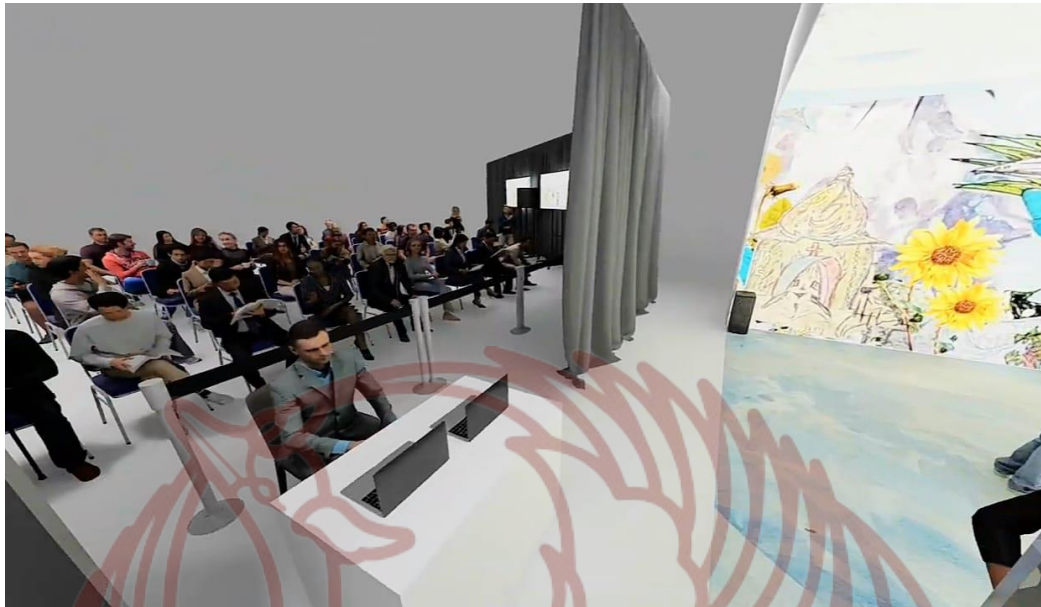
Terapi imajinasi, jika ditafsirkan atau disimpulkan, merupakan suatu metode penciptaan yang spesifik, sebagian bersumber dari *practice-led research*, yang kemudian dalam praktik juga menjadi suatu konsep karya, sekaligus suatu ciri, yang mengandung hiperrealitas yang dikemukakan oleh Baudrillard; dalam kaitannya dengan simulacrum, simulasi, representasi, citra, tanda, penanda, dan petanda, serta kode, yang sebagian juga merupakan ciri. Semua ciri tersebut dikembangkan oleh pengkarya berdasarkan kebutuhan untuk mengembalikan kemampuan kognitif, meminimalisir delusi, dan halusinasi. Adapun terapi imajinasi, sebagai suatu terapi seni, dengan menggunakan

multimedia interaktif dipahami sebagai lab kolaboratif, sebagai suatu upaya yang berkolaborasi bersama antara pengkarya dan tim dengan klien untuk mewujudkan imajinasi yang disampaikan.

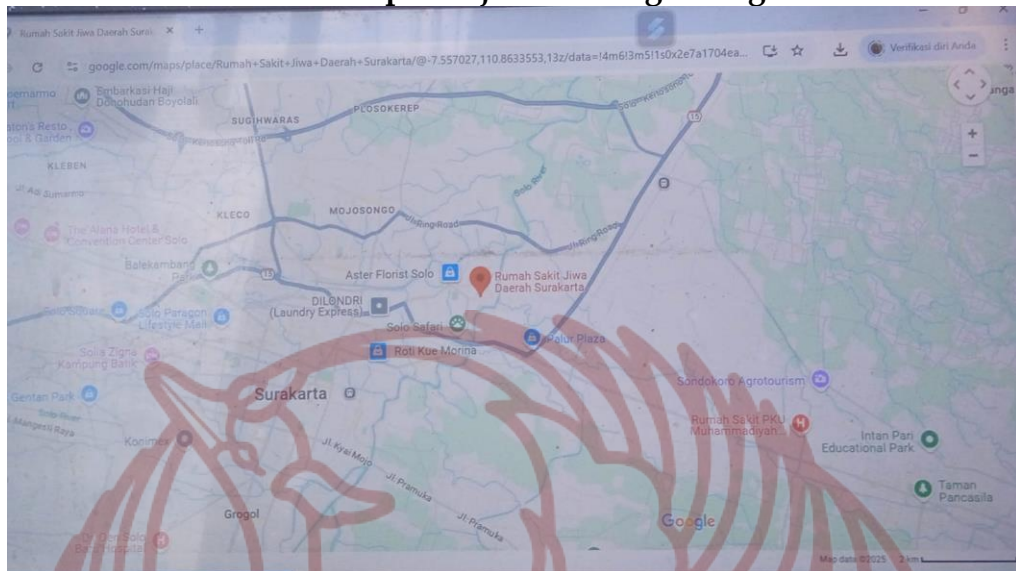
Terapi imajinasi ini lebih banyak dikelola dari objek-objek keseharian, realitas kebiasaan, serta dokumen dan arsip. Materi ini saling terkait dari sepuluh klien yang dipilih berdasarkan kriteria, yang disebut orang-orang pilihan dari perspektif pengkarya dan semestanya yang memberikan kelebihan atas pengalamannya yang berharga. Oleh karena itu, akses berdaya dan setara menjadi signifikan dalam kerja kolaboratif ini, sebagai alasan yang lebih masuk akal. Selain itu, pada prinsipnya pengkarya tidak memiliki hak untuk merepresentasi setiap klien, karena tidak mengalami hal yang sama, maka di sini pengkarya seolah-olah bereksplorasi dengan ilmu DKV, yang secara bergantian diserahkan kembali kepada klien, kemudian berlanjut hingga terwujud menjadi sebuah lab kolaboratif.

3. Titik Lokasi Tempat Lab Kolaboratif “Terapi Imajinasi”





4. Peta Venue Lokasi “Terapi Imajinasi Orang-Orang Pilihan”



5. Jadwal Kerja Kolaboratif

Jadwal kerja kolaboratif dapat diabstraksikan melalui tabel berikut ini.

Tabel 6. Jadwal Kerja Kolaboratif; Proses Penciptaan, Sesi Paparan dan Tindakan

ITEM	WAKTU	TARGET	AKTIVITAS
Peristiwa kolaps S4	September 2022	Upaya untuk berantusias mempelajari bidang lain, seperti persinggungan DKV dengan psikologi, atau DKV dengan psikiatri, untuk memperluas pemahaman tentang kebermanfaatan bagi lingkungan sekitar.	Embrio atau percikan perasaan empati pada tema skizofrenia, bermula dari sebuah kejadian yang terjadi di lingkungan keluarga terdekat, dengan memulai membaca literatur ilmu psikologi dan psikiatri.
Upaya berempati terhadap S4 di sela-sela penelitian konten lain	Oktober 2022-September 2024	-	Terkait S4 yang tinggal sendiri, karena anak semata wayangnya berada di Yogyakarta, maka pengkarya berusaha untuk

			menemani dan mengurus keperluan kecilnya, di tengah kesibukan pengkarya dalam melakukan penelitian konten 'jarak jauh' khususnya di Bali.
Upaya perluasan pemahaman dalam persinggungan DKV dengan psikologi, atau DKV dengan psikiatri	Januari 2023-September 2024	Sebagai bekal pengetahuan mengenai situasi dan kondisi yang mengiringi intensitas persinggungan yang sering terjadi dengan S4.	Mulai berkomunikasi dengan beberapa dokter yang berhubungan dengan skizofrenia atau psikolog sehubungan dengan gangguan jiwa dan berkomunikasi dengan peneliti sehubungan dengan terapi seni
Peristiwa penurunan fisik S4, berupaya menemani S4	Oktober-Desember 2024	-	Rasa empati yang sama antara pengkarya dan S4 pun tumbuh, dari sini mulai terbentuk embrio pengembangan lebih lanjut untuk menentukan konten yang lebih 'dekat', terutama dari pertanyaan klien: Kenapa tidak penelitian di sini saja? Kenapa harus di Bali?
Memutuskan perubahan konten yang lebih 'dekat', dipicu oleh upaya berempati terhadap S4	November-Desember 2024	Karya ini dapat lebih bermanfaat untuk S4, di luar dari S1-S10, karena kesadaran akan pengaruh visual pada masyarakat seni (DKV khususnya) jauh dari yang diharapkan.	Meningkatkan intensitas berkomunikasi dengan beberapa dokter yang berhubungan dengan skizofrenia atau psikolog sehubungan dengan gangguan jiwa dan

			berkomunikasi dengan peneliti sehubungan dengan terapi seni
Penelitian pendahuluan atau penelitian awal	Januari-Maret 2025	Pengetahuan yang diperoleh dari S4 selama dua tahun ini menjadi modal untuk menambah wawasan kesehatan kaitannya dengan gangguan jiwa.	Cari tahu lebih detail tentang jenis-jenis skizofrenia dari berbagai literatur atau komunikasi dengan dokter atau psikiater.
Penentuan kriteria klien	Maret 2025	Menyelaraskan dengan hipotesis pengkarya terhadap klien.	Mengajak rekan-rekan yang mempunyai pengetahuan di bidang psikologi atau psikiatri khususnya terkait skizofrenia untuk berkolektif.
Pemilihan klien	Maret 2025	Mendapatkan sepuluh klien yang sesuai dengan hipotesis pengkarya; interaktivitas individu sangat penting untuk pemulihan kognitif, meminimalkan delusi dan halusinasi.	Mencari klien berdasarkan rekomendasi dari dokter spesialis psikiatri yang menangani secara khusus di RSJD Dr. Arif Zainudin di luar S4 yang merupakan klien dengan dokter yang berbeda dan pernah dirawat di rumah sakit yang sama.
Eksplorasi tindakan oleh kolaborator	Maret 2025	Memperoleh interpretasi berdasarkan pengetahuan psikologis atau psikiatris yang diperoleh sebelumnya untuk dijelaskan kepada sepuluh klien terpilih.	Dua kolaborator masing-masing lebih fokus membantu lima klien, dua kolaborator lainnya pada lima klien lainnya untuk lebih fokus menemukan empati bersama.
Paparan dan tindakan terhadap klien, S1-S10,	April-Juli 2025	Temukan pemahaman tentang apa yang	Awalnya, "peta jiwa" hanya dipahami atau

<p>sebagiannya merupakan lab kolaboratif atau “peta jiwa”</p>		<p>dimaksud dengan paparan dan tindakan – yang sering disebutkan dalam tulisan ini? Bagaimana keduanya berkorelasi dengan “peta jiwa” atau laboratorium kolaboratif?</p>	<p>diimajinasikan sebagai ruang kotak LED, yang dapat disebut sebagai semacam lab kolaboratif, namun pada realitasnya, dalam paparan dan tindakan, ia justru menjadi “peta jiwa” atau lab kolaboratif bagi temuan-temuan perasaan yang sebelumnya tidak diduga-duga.</p>
<p>Eksplorasi Visual</p>	<p>April-Agustus 2025</p>	<p>Visual dianggap sejalan dengan tujuan memulihkan kemampuan kognitif, meminimalkan delusi dan halusinasi.</p>	<p>Berkolaborasi dengan sepuluh klien dan kolaborator lain untuk bertukar gagasan visual; terus membongkar visual berdasarkan kesepakatan bersama.</p>
<p>Mewujudkan “peta jiwa” dalam bentuk ruang boks atau ruang kotak LED</p>	<p>September 2025</p>	<p>“Peta jiwa” yang diimajinasikan di awal, berupa ruang boks atau ruang kotak LED, atau lab kolaboratif yang sifatnya sudah disusun sejak awal.</p>	<p>Mempresentasikan bentuk visual dan bentuk presentasi karya kepada klien, sebagai wujud ruang imajinasi bersama.</p>

6. Publikasi



PASCASARJANA
INSTITUT SENI INDONESIA SURAKARTA

TERAPI IMAJINASI ORANG-ORANG PILIHAN

UJIAN PAGELARAN KARYA &
PERTANGGUNGJAWABAN
TERBUKA KARYA SENI

ADITYA WAHYU RAMADHAN
NIM 223121003

Kamis, 4 September 2025

Ujian Pagelaran Karya Seni:
Pukul 10.00-12.00 WIB

Ujian Pertanggungjawaban
Terbuka Karya Seni:
Pukul 12.00-15.00 WIB

Tempat:
Gedung Graha Indraloka
Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD)
dr. Arif Zainudin Surakarta,
Jl. Ki Hajar Dewantara No. 80, Jebres,
Kec. Jebres, Kota Surakarta,
Jawa Tengah 57126.

Kolaborator
Orang-Orang Pilihan:
10 Orang Terpilih

Kolaborator:
Dr. Hoirul Hafifi, M.Sn.
Henni Layla Rahmadhani
Laras Wiswalendya, M.Sn.
R. Danang Cahyo W., M.Sn.

PROMOTOR

Dr. Dr. Eko Supriyanto, S.Sn., M.F.A.

KO PROMOTOR

Dr. Handriyotopo, S.Sn., M.Sn.

PARA PENGUJI

Prof. Dr. Dra. Sunarmi, M. Hum. (Ketua)
Dr. Zulkarnain Mistortoify, M.Hum. (Sekretaris)
Prof. Dr. Drs. RM. Pramutomo, M.Hum.
Dr. dr. A. Herdaetha, Sp.KJ., M.H.
Prof. Dra. Kwartarini W. Y., Med.Sc. Ph.D. Psikolog.
Prof. Sardono W. Kusumo
Prof. Dr. Sri Rochana W. S. Kar., M.Hum

LIVE

CHANNEL YOUTUBE
ISI Surakarta Official

Didukung oleh:



NARAWANGSA INDONESIA
Event Organizer

7. *Scan Barcode* Katalog, Dokumentasi, Visual Terapi Imajinasi dan lainnya.



8. Nilai PANSS S1-S10 before and after check

S1 (Before)

Pretest

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)		
<p>1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrem dari batasan normal 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemampuan 6 = Berat = patologis jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi 7 = Sangat berat = derajat paling parah</p>		
POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		
SKALA POSITIF		pre Tgl:
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.	2
P2	Kekacauan Proses Pikir (Conceptual Disorganization) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidakklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian: Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.	1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian: Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.	2
P4	Gaduh Geliisah (Excitement) Hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (hypervigilance) atau labilitas alam perasaan (mood) yang berlebihan. Dasar penilaian: Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku.	1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.	1
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistis atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.	2
P7	Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.	1
Subtotal		10
SKALA NEGATIF		1
N1	Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.	1
N2	Keruntuhan Emosional (emotional withdrawal). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian: Laporan/laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara.	1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian: Perilaku interpersonal selama wawancara.	1
		2

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>			1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berfikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berfikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>			1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>			1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>			1
	Subtotal			7
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1		2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>			2
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>			1
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>			1
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>			1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalian, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>			1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>			1
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>			1
G8	<p>Ketidakkoperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>			1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>			3

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kecacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		2
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		2
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
	Subtotal		22
	Total P+N+G	107 222	3011

Sakit ringan \pm 61 total skor PANSS
 Sakit sedang \pm 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit \pm 96 total skor PANSS
 Sakit berat \pm 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat \pm 147 total skor PANSS

S1 (After)

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

1/7/24
posttest

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF			
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		2
P2	Kekacauan Proses Pikir (Conceptual Disorganization) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		2
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		2
P4	Gaduh Gelisah (Excitement) Hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (hypervigilance) atau labilitas alam perasaan (mood) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku		1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistis atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P7	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, cacik maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
	Subtotal		9
SKALA NEGATIF		1	2
N1	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, cacik maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2	Keruntuhan Emosional (emotional withdrawal). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara		1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.		1

N4	Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.		1
N5	Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berpikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berpikir konkrit vs abstrak selama wawancara.		1
N6	Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.		1
N7	Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.		1
	Subtotal		7
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.		2
G2	Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.		1
G3	Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.		1
G4	Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.		1
G5	Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.		1
G6	Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.		1
G7	Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.		1
G8	Ketidakkoperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		1
G9	Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.		3

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		2
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
	Subtotal		2
	Total P+N+G	9+7+2	37/1

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

Atet = meningat
 mood = elasi

21
 9
 30
 2
 32

S2 (Before)

Pretest

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak ditenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = deralat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF			
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		2
P2	Kekacauan Proses Pikir (Conceptual Disorganization) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidalogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		3
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		3
P4	Gaduh Gelisah (Excitement) Hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (hypervigilance) atau labilitas alam perasaan (mood) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku.		1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampua diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P6	Kecurigaan/Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P7	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
	Subtotal		12
SKALA NEGATIF		1	2
N1	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2	Keruntuhan Emosional (emotional withdrawal). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara.		4
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.		4

N4	Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.		4
N5	Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berpikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap peranyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berpikir konkrit vs abstrak selama wawancara.		2
N6	Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.		3
N7	Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.		3
Subtotal			21
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.		3
G2	Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.		3
G3	Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.		3
G4	Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.		1
G5	Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.		3
G6	Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.		3/4
G7	Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.		4
G8	Ketidakkoooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		2
G9	Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.		2

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kecacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		2
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		2
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		1
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		3
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		3.
	Subtotal		30
	Total P+N+G	12 + 21 + 38	71

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

S2 (After)

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

2/7/25
7054457

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologis jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		
SKALA POSITIF	pre Tel:	post Tgl:
P1 Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		1
P2 Kekacauan Proses Pikir (<i>Conceptual Disorganization</i>) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaktelitian yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian: Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		2
P3 Perilaku Halusinasi Laporan setara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian: Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		2
P4 Gaduh Gelisah (<i>Excitement</i>) Hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian: Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku.		1
P5 Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemasyhuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P6 Kecurigaan/Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P7 Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal		9
SKALA NEGATIF	1	2
N1 Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2 Keruntuhan Emosional (<i>emotional withdrawal</i>). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian: Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara		3
N3 Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian: Perilaku interpersonal selama wawancara.		3

N4	Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.		3
N5	Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berpikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berpikir konkrit vs abstrak selama wawancara.		1
N6	Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.		2
N7	Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.		3
	Subtotal		16
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.		2
G2	Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.		2
G3	Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.		3
G4	Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.		1
G5	Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.		1
G6	Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.		3
G7	Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.		3
G8	Ketidakkoperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		1
G9	Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.		1

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kecacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		1
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merusak konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		1
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		2
	Subtotal		16
	Total P+N+G	9+16+25	50

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

Afek = Serupa
 mood = hijau
 kening

16
 9
 50%

~~Angka Intensi~~

Pretest

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung-ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ningan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF			
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		2
P2	Kekacauan Proses Pikir (Conceptual Disorganization) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		2
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		2
P4	Gaduh Gelisah (Excitement) Hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (hypervigilance) atau labilitas alam perasaan (mood) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku.		1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistis atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		3
P7	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			12
SKALA NEGATIF		1	2
N1	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2	Keruntuhan Emosional (emotional withdrawal). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara		3
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.		3

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		3
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berpikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berpikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		2
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		2
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		2
Subtotal			6
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		2
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		3
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		3
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		3
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		2
G8	<p>Ketidakkoooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		2

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		2
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		2
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		1
G14	Pengendalian impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		3
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		2.
Subtotal			
Total P+N+G			12+16+20=50

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

S3 (After)

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

4/7/25
Post test

- 1 = Absen/Tidak ada = delinsi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF			
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistik dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		1
P2	Kekacauan Proses Pikir (<i>Conceptual Disorganization</i>) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampalan maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaktogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		1
P4	Gaduh Gelisah (<i>Excitement</i>) Hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku		1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistik, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P7	Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
	Subtotal		7
SKALANEGATIF		1	2
N1	Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2	Keruntuhan Emosional (<i>emotional withdrawal</i>). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan/laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara		2
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.		2

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		2
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berpikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berpikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		1
Subtotal			10
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		2
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		2
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		3
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		2
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G8	<p>Ketidakkoperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		1

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		1
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			
Total P+N+G			7 + 10 + 2 = 19

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

S4 (Before)

21/5/25
pre test

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF			
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (Idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		2
P2	Kekacauan Proses Pikir (Conceptual Disorganization) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		1
P4	Gaduh Gelisah (Excitement) Hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku		1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		3
P7	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			10
SKALA NEGATIF		1	2
N1	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2	Keruntuhan Emosional (<i>emotional withdrawal</i>). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan/laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara		2
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.		1

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>			1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berfikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berfikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>			1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>			1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>			1
	Subtotal			8
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2	
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>			3
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>			3
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>			2
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>			1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>			1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramat pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>			2
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>			1
G8	<p>Ketidakkoooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>			1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>			1

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antispasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		1
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			
Total P+N+G			10 + 0 + 23 = 41

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

23
 10
 33
 41

S4 (After)

5/7/25
Post-Test

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologi diabaikan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemampuan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE			pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF				
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (Idiosinkrasi). Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.			1
P2	Kekacauan Proses Pikir (Conceptual Disorganization) Kekacauan proses pikir dianda oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstanial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian: Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.			1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian: Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.			1
P4	Gaduh Gekasah (Excitement) Hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (hypervigilance) atau labilitas alam perasaan (mood) yang berlebihan. Dasar penilaian: Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku.			1
P5	Waham Kebesaran Pandangan tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.			1
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.			2
P7	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.			1
Subtotal				8
SKALA NEGATIF			1	2
N1	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.			1
N2	Keruntuhan Emosional (emotional withdrawal). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian: Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara.			1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian: Perilaku interpersonal selama wawancara.			1

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berpikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai Interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berfikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses pikir yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi pikir yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		1
	Subtotal		7
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		2
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		2
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		2
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaksenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejangalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		2
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G8	<p>Ketidakkoooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		1

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kecacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupannya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		1
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			21
Total P+N+G			8+7+21=36/

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

S5 (Before)

Pretest

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

- 1 = Absen/Tidak ada = delirius tidak diperuh
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologis jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF			
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		1
P2	Kekacauan Proses Pikir (<i>Conceptual Disorganization</i>) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusan yang menyimpang maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaklogisan yang parah, atau putusan yang arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		2
P4	Gaduh Gelisah (<i>Excitement</i>) Hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku.		1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemasyhuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P6	Kecurigaan/Kejaraan Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		2
P7	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal		9	
SKALA NEGATIF		1	2
N1	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2	Keruntuhan Emosional (<i>emotional withdrawal</i>). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara.		3
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.		3

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		2
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berfikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berfikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		2
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		2
Subtotal		14	
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		3
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		3
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		2
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		3
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		2
G8	<p>Ketidakkoooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		1

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kecacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		2
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		3
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		2
	Subtotal		20
	Total P+N+G	9+14+20	51

Sakit ringan \pm 61 total skor PANSS
 Sakit sedang \pm 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit \pm 96 total skor PANSS
 Sakit berat \pm 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat \pm 147 total skor PANSS

PTK- 8+12+20

S5 (After)

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

4/7/25
post test

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologi diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE			pre	post
SKALA POSITIF			Tgl:	Tgl:
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.			1
P2	Kekacauan Proses Pikir (Conceptual Disorganization) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidalogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.			1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimull luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.			2
P4	Gaduh Gellсах (Excitement) Hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku			1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.			1
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.			2
P7	Permusuhan Eksprei verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.			1
	Subtotal		9	
SKALA NEGATIF			1	2
N1	Permusuhan Eksprei verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.			1
N2	Keruntuhan Emosional (emotional withdrawal). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara			2
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.			2

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berfikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berfikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		2
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		2
	Subtotal		11
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		2
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		2
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		2
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramat pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		2
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		2
G8	<p>Ketidakkoperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		1

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>hornessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		2
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
	Subtotal		24.
	Total P+N+G		9 + 11 + 24 = 44

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

S6 (Before)

s6

Pretest

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		
SKALA POSITIF	pre test:	post test:
P1 Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		3
P2 Kekacauan Proses Pikir (Conceptual Disorganization) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian: Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		3
P3 Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimulus luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penduman atau somatik. Dasar penilaian: Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		2
P4 Gaduh Gellah (Excitement) Hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (hypervigilance) atau labilitas alam perasaan (mood) yang berlebihan. Dasar penilaian: Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku.		1
P5 Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemasyhuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		3
P6 Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		2
P7 Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal		15
SKALA NEGATIF	1	2
N1 Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2 Keruntuhan Emosional (emotional withdrawal). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian: Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara.		1
N3 Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian: Perilaku interpersonal selama wawancara.		1

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berfikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berfikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		1
	Subtotal		7
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		1
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		1
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		1
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramat pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		1
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G8	<p>Ketidakkooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		3

Pretest

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		1
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merusak konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		51
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			17
Total P+N+G			15 + 7 + 19 = 41 <u>41</u>

- Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
- Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
- Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
- Sakit berat ± 118 total skor PANSS
- Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

S6 (After)

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

2/7²⁵

Post test

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologis jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE			pre Tel:	post Tel:
SKALA POSITIF				
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.			3
P2	Kekacauan Proses Pikir (<i>Conceptual Disorganization</i>) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidakioglsan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.			2
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.			2
P4	Gaduh Gelisah (<i>Excitement</i>) Hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku			1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.			3
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistis atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.			2
P7	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.			1
	Subtotal			17
SKALA NEGATIF			1	2
N1	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.			1
N2	Keruntuhan Emosional (<i>emotional withdrawal</i>). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan/laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara			1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.			1

(17)

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berpikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berpikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		1
	Subtotal		7 15
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		1
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		1
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		1
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejangalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		1
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G8	<p>Ketidakkoooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		3

2/2

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kecacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupannya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara		1
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			9
Total P+N+G			14 + 6 + 19 = 39

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

14
 20
 19
 39

Afek = meningskat

Mood = elasi

Pembicaraan = logorria
 Riya si kanti

Ida = kebetaran

Anus = simat

Strukturalial - flight of idea

S7 (Before)

S7

Pretest

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologi diragukan, samat-samat ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemampuan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		pre test	post test
SKALA POSITIF			
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		1
P2	Kekacauan Proses Pikir (Conceptual Disorganization) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyempalan maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidakklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		1
P4	Gaduh Gelisah (Excitement) Hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku		1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		3
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		2
P7	Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga		1
	Subtotal		10
SKALA NEGATIF		1	2
N1	Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga		1
N2	Keruntuhan Emosional (<i>emotional withdrawal</i>). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara		1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.		1

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam Interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berpikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berpikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		1
Subtotal			7
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		2
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		1
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		1
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidakteenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		2
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G8	<p>Ketidakkoooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		7

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		2
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		3
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		1
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			22
Total P+N+G			10 + 7 + 22 = 39/

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

S7 (After)

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

1/9/20
post test

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		pre Tgt:	post Taj:
SKALA POSITIF			
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (Idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap prelas sosial dan perilaku.		1
P2	Kekacauan Proses Pikir (<i>Conceptual Disorganization</i>) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya hubungan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidakklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		1
P4	Gaduh Gelisah (<i>Excitement</i>) Hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku		1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		3
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P7	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
	Subtotal		9
SKALA NEGATIF		1	2
N1	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2	Keruntuhan Emosional (<i>emotional withdrawal</i>). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara		1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.		1

N4	Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.			0
N5	Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berpikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berpikir konkrit vs abstrak selama wawancara.			1
N6	Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.			1
N7	Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses pikir yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi pikir yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.			1
	Subtotal			7
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2	
G1	Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.			2
G2	Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.			1
G3	Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.			1
G4	Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.			1
G5	Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalkan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.			1
G6	Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.			2
G7	Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.			1
G8	Ketidakkoooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.			1
G9	Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.			1

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kecacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		2
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		2
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		1
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			20
Total P+N+G			9 + 7 + 20 = 36

Sakit ringan \pm 61 total skor PANSS
 Sakit sedang \pm 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit \pm 96 total skor PANSS
 Sakit berat \pm 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat \pm 147 total skor PANSS

Apok = menyempit.
 megal = eutimic.

S8 (Before)

Perawat

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologi diragukan, samar-samar Mung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai ke mauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE			Pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF				
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistik dan aneh (Idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terha dap relasi sosial dan perilaku.			3
P2	Kekacauan Proses Pikir (<i>Conceptual Disorganization</i>) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampalan maksud, misalnya sirkumstanstias, ta ngensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidakklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.			2
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat tejadi halusnasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.			2
P4	Gaduh Gekсах (Excitement) Hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hyperwylonce</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku			1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistik, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.			2
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Id eide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencela kakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.			3
P7	Permusuhan Eksprei verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.			1
	Subtotal		M.	
SKALA NEGATIF			1	2
N1	Permusuhan Eksprei verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.			1
N2	Keruntuhan Emosional (<i>emotional withdrawal</i>). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara			1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini dikandal oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.			1

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berfikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berfikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		2
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		1
	Subtotal	8	
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		3
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		2
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		1
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejangalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		1
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G8	<p>Ketidakkoperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		3

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		2
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		2
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		3
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		2
	Subtotal		48
	Total P+N+G	14 + 8 + 26	48

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

S8 (After)

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

4/7/25.
Post tes

- 1 = Absen/tidak ada = delirius tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kernaun
- 6 = Berat = patologis jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE			pre Tgt:	post Tgt:
SKALA POSITIF				
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (Idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.			2
P2	Kekacauan Proses Pikir (<i>Conceptual Disorganization</i>) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampalan maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.			1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.			2
P4	Gaduh Gelisah (<i>Excitement</i>) Hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku			1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.			2
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistis atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.			2
P7	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.			1
	Subtotal		N	
SKALA NEGATIF				
N1	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1	1
N2	Keruntuhan Emosional (<i>emotional withdrawal</i>). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interoersonal selama wawancara			1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan peawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.			1

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berpikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berpikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		1
Subtotal		7	
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		3
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		1
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		1
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		1
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G8	<p>Ketidakkoooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		2

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kecacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		1
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		2
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			21
Total P+N+G		447 + 2(=	39)

- Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
- Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
- Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
- Sakit berat ± 118 total skor PANSS
- Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

Waham magis mistik
merasa energi + aura

11
7
21 +
39

S9 (Before)

Pre-era

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologi diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = deralat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE			pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF				
P1	Keyakinan Yang tidak mempunyai dasar, tidak realistik dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.			1
P2	Kekacauan Proses Pikir (Conceptual Disorganization) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampalan maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaktogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.			1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.			2
P4	Gaduh Gelisah (Excitement) Hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulus, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku			1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistik, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku			2
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.			2
P7	Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.			1
	Subtotal			6/
SKALA NEGATIF			1	2
N1	Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.			1
N2	Keruntuhan Emosional (emotional withdrawal). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara			1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.			1

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berfikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berfikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		1
Subtotal			7
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		2
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		3
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		1
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalkan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		1
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G8	<p>Ketidakkoooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		2

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		1
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		2
	Subtotal		22
	Total P+N+G	10 + 7 + 22	39

Sakit ringan \pm 61 total skor PANSS
 Sakit sedang \pm 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit \pm 96 total skor PANSS
 Sakit berat \pm 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat \pm 147 total skor PANSS

S9 (After)

5/7/25
post test

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

- 1 = Absen/tidak ada = delirius tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemampuan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF			
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (Idiosinkratik). Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		1
P2	Kekacauan Proses Pikir (<i>Conceptual Disorganization</i>) Kekacauan proses pikir di landai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaktoghan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian : Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian : Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		2 3 1
P4	Gaduh Gelisah (<i>Excitement</i>) Hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian : Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku		1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		2 1
P6	Kecurigaan/Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain bermiat mencelakakan. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		2 2
P7	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			8
SKALA NEGATIF		1	2
N1	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2	Keruntuhan Emosional (<i>emotional withdrawal</i>). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian : Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara		1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal selama wawancara.		1

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berfikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berfikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		1
	Subtotal		7
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		1
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		2
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		1
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalian, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		1
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G8	<p>Ketidakkoperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		2

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		1
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		1
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		1
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
	Subtotal		
	Total P+N+G	0+2+13	34

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

119
 2
 126
 98
 34

S10 (Before)

Pretest

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan supervisi
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF			
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		1
P2	Kekacauan Proses Pikir (<i>Conceptual Disorganization</i>) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusanya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidalogisan yang parah, atau putusanya arus pikir. Dasar penilaian: Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian: Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		3
P4	Gaduh Gelisah (<i>Excitement</i>) Hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>) atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan. Dasar penilaian: Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku.		1
P5	Waham Kebesaran Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemashyuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		2
P6	Kecurigaan/Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat menelakakan. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P7	Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
	Subtotal	10	
SKALA NEGATIF		1	2
N1	Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2	Keruntuhan Emosional (<i>emotional withdrawal</i>). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian: Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara.		1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian: Perilaku interpersonal selama wawancara.		1

N4	<p>Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.</p>		1
N5	<p>Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berfikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berfikir konkrit vs abstrak selama wawancara.</p>		1
N6	<p>Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.</p>		1
N7	<p>Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.</p>		1
Subtotal		7.	
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	<p>Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.</p>		1
G2	<p>Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.</p>		1
G3	<p>Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.</p>		1
G4	<p>Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaksenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.</p>		1
G5	<p>Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.</p>		1
G6	<p>Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.</p>		1
G7	<p>Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G8	<p>Ketidakkoperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.</p>		1
G9	<p>Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.</p>		2

G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		2
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistis. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		3
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		3
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		3
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			24
Total P+N+G			10 + 7 + 24 = 41

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

S10 (After)

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE (PANSS)

4/7/25.
post KST

- 1 = Absen/tidak ada = definisi tidak dipenuhi
- 2 = Minimal = patologis diragukan, samar-samar ujung ekstrim dari batasan normal
- 3 = Ringan = ada tapi tidak menonjol
- 4 = Sedang = ada masalah serius dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari derajat sedang
- 5 = Agak berat = tampak jelas, berdampak pada fungsi tapi dapat ditahan sesuai kemauan
- 6 = Berat = patologi jelas, sangat sering, sangat mengganggu kehidupan, membutuhkan superlatif
- 7 = Sangat berat = derajat paling parah

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROMES SCALE		pre Tgl:	post Tgl:
SKALA POSITIF			
P1	Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistis dan aneh (Idiosinkratik). Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.		1
P2	Kekacauan Proses Pikir (Conceptual Disorganization) Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir. Dasar penilaian: Proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.		1
P3	Perilaku Halusinasi Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatik. Dasar penilaian: Laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara, dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		2
P4	Gaduh Gelisah (Excitement) Hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (hypervigilance) atau labilitas alam perasaan (mood) yang berlebihan. Dasar penilaian: Manifestasi perilaku selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku.		1
P5	Waham Kebesaran Pandangan tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemasyhuran, kekuasaan dan kebajikan moral. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P6	Kecurigaan/ Kejaran. Ide-ide kejaran yang tidak realistic atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain bermat mencelakakan. Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.		1
P7	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
	Subtotal	8	
SKALA NEGATIF		1	2
N1	Permusuhan Eksresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan. Dasar penilaian: perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.		1
N2	Keruntuhan Emosional (emotional withdrawal). Berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan. Dasar penilaian: Laporan-laporan tentang fungsi dari perawat atau keluarga dan observasi perilaku interpersonal selama wawancara		1
N3	Kemiskinan Rapport. Berkurangnya empati interpersonal, kurangnya keterbukaan dalam percakapan dan rasa keakraban, minat, atau keterlibatan dengan pewawancara. Ini ditandai oleh adanya jarak interpersonal dan berkurangnya komunikasi verbal dan nonverbal. Dasar penilaian: Perilaku interpersonal selama wawancara.		1

N4	Penarikan Diri Dari Hubungan Sosial Secara Pasif/ Apatis. Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengakibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dasar penilaian : Laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.		1
N5	Kesulitan Dalam Pemikiran Abstrak. Hendaya dalam penggunaan cara berfikir abstrak atau simbolik yang dibuktikan kesulitan mengklarifikasikan, membentuk generalisasi dan berpikir secara konkrit atau egosentrik dalam memecahkan masalah. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan mengenai interpretasi persamaan dan peribahasa, dan penggunaan cara berpikir konkrit vs abstrak selama wawancara.		1
N6	Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan. Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi (tidak ada dorongan kehendak), <i>defensive</i> atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang dapat diobservasi selama wawancara.		1
N7	Pemikiran Stereotipik. Berkurangnya kelancaran, spontanitas dan fleksibilitas proses piker yang terbukti dari kekakuan, pengulangan atau isi piker yang miskin. Dasar penilaian : Proses kognitif verbal yang diobservasi selama wawancara.		1
	Subtotal	9	
SKALA PSIKOPATOLOGI UMUM		1	2
G1	Kekhawatiran Somatik. Keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh. Ini mungkin berkisar dari rasa yang samar tentang perasaan tidak sehat sampai pada waham yang jelas tentang penyakit fisik yang parah. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara.		1
G2	Ansietas. Pengalaman subyektif tentang kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan (<i>apprehension</i>) atau ketidaksenangan yang berkisar dari kekhawatiran yang berlebihan tentang masa kini atau masa depan sampai perasaan panik. Dasar penilaian : Laporan lisan selama wawancara dan manifestasi fisik yang terkait.		1
G3	Rasa Bersalah. Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau. Dasar penilaian : Laporan lisan mengenai perasaan bersalah selama wawancara dan pengaruhnya terhadap sikap dan pikiran.		1
G4	Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.		1
G5	Manerisme dan Posturing. Gerakan atau sifat tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggan, kaku, disorganisasi atau penampilan yang bizar. Dasar penilaian : Observasi tentang manifestasi fisik selama wawancara dan juga laporan dari perawat atau keluarga.		1
G6	Depresi. Perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme. Dasar penilaian : Laporan lisan tentang alam perasaan depresi selama wawancara dan yang teramati pengaruhnya terhadap sikap dan perilaku.		1
G7	Kelambanan Motorik. Penurunan aktivitas motorik seperti tampak dalam perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimulasi dan pengurangan tonus tubuh. Dasar penilaian : Manifestasi selama wawancara dan juga laporan oleh perawat atau keluarga.		1
G8	Ketidakkoooperatifan. Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.		1
G9	Isi Pikiran Yang Tidak Biasa. Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fantastik atau bizar, berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak logis dan sangat tidak masuk akal. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara.		1



G10	Disorientasi. Kurang menyadari (<i>awareness</i>) hubungan seseorang dengan lingkungannya, termasuk orang, tempat dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri. Dasar penilaian : Respons terhadap pertanyaan tentang orientasi.		1
G11	Perhatian Buruk. Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulasi eksternal dan internal dan kesulitan dalam mengendalikan (<i>harnessing</i>), mempertahankan, atau mengalihkan (<i>shifting</i>) fokus pada stimuli baru. Dasar penilaian : Manifestasi-manifestasi selama wawancara.		2
G12	Kurangnya Daya Nilai dan Tilikan. Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya. Dibuktikan oleh kegagalan untuk mengenali penyakit atau gejala-gejala psikiatrik yang lalu atau sekarang, menolak perlunya perawatan atau pengobatan psikiatrik, keputusan ditandai oleh buruknya antisipasi terhadap konsekuensi, serta rencana jangka pendek dan jangka panjang yang tidak realistik. Dasar penilaian : Isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara		1
G13	Gangguan Dorongan Kehendak. Gangguan dalam dorongan kehendak, makan dan minum dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan. Dasar penilaian : Isi pikiran dan perilaku yang dimanifestasikan selama wawancara.		3
G14	Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.		2
G15	Preokupasi. Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif. Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang tampak selama wawancara.		2
G16	Penghindaran Sosial Secara Aktif. Penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan atau ketidakpercayaan. Dasar penilaian : Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga.		1
Subtotal			
Total P+N+G		8 + 7 + 21	36

Sakit ringan ± 61 total skor PANSS
 Sakit sedang ± 78 total skor PANSS
 Terlihat nyata sakit ± 96 total skor PANSS
 Sakit berat ± 118 total skor PANSS
 Sakit sangat berat ± 147 total skor PANSS

21
 21
 20
 10
 36

9. Nilai SWLS S1-S10

S1

Skala Kepuasan Hidup (SWLS Indonesia)

Petunjuk :

Lima pernyataan di bawah ini menunjukkan penilaian kognitif bpk/ibu terhadap kepuasan hidup yang Bpk/Ibu alami saat ini. Gunakan skala satu sampai tujuh untuk menunjukkan derajat tingkatan persetujuan Bpk/Ibu dengan pernyataan-pernyataan di bawah ini sesuai dengan apa yang Bpk/Ibu alami saat ini dalam kehidupan Bpk/Ibu masing-masing secara keseluruhan. Berikanlah tanda centang/Checklist pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing pernyataan-pernyataan di bawah ini.

Contoh :

NO	Pernyataan	1	2	3	4	5	6	7
1.	Saya merasa puas dengan hasil kerja saya.						✓	✓

Keterangan :

7 : sangat setuju 4 : netral/Antara Setuju dan tidak setuju 1 : sangat tidak setuju
 6 : setuju 3 : agak tidak setuju
 5 : agak setuju 2 : tidak setuju

No.	Kepuasan Hidup	Pernyataan/terjemahan	1	2	3	4	5	6	7
			STS	TS	ATS	N	AS	S	SS
1.	Kepuasan Terhadap Kehidupan Di Masa Mendatang	Dalam hampir semua aspek kehidupan saya, saat ini saya merasa bahwa kehidupan saya telah mencapai apa yang saya anggap ideal.							✓
2.	Kepuasan terhadap hidup saat ini	Kondisi kehidupan saya dalam keadaan yang sangat baik.						✓	
3.	Penilaian diri sendiri Terhadap Kehidupan	Saya merasa puas dengan kehidupan saya.						✓	
4.	Kepuasan Hidup di Masa Lalu	Sejauh ini, saya telah memperoleh hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup saya.							✓
5.	Keinginan untuk mengubah kehidupan	Jika saya dapat mengulangi kehidupan ini, saya hampir tidak akan mengubah apa pun dalam hidup saya.							✓

S2

Skala Kepuasan Hidup (SWLS Indonesia)

Petunjuk :

Lima pernyataan di bawah ini menunjukkan penilaian kognitif bpk/ibu terhadap kepuasan hidup yang Bpk/Ibu alami saat ini. Gunakan skala satu sampai tujuh untuk menunjukkan derajat tingkatan persetujuan Bpk/Ibu dengan pernyataan-pernyataan di bawah ini sesuai dengan apa yang Bpk/Ibu alami saat ini dalam kehidupan Bpk/Ibu masing-masing secara keseluruhan. Berikanlah tanda centang/Checklist pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing pernyataan-pernyataan di bawah ini.

Contoh :

NO	Pernyataan	1	2	3	4	5	6	7
1.	Saya merasa puas dengan hasil kerja saya.							✓

Keterangan :

7 : sangat setuju 4 : netral/Antara Setuju dan tidak setuju 1 : sangat tidak setuju
 6 : setuju 3 : agak tidak setuju
 5 : agak setuju 2 : tidak setuju

No.	Kepuasan Hidup	Pernyataan/terjemahan	1	2	3	4	5	6	7
			STS	TS	ATS	N	AS	S	SS
1.	Kepuasan Terhadap Kehidupan Di Masa Mendatang	Dalam hampir semua aspek kehidupan saya, saat ini saya merasa bahwa kehidupan saya telah mencapai apa yang saya anggap ideal.				✓			
2.	Kepuasan terhadap hidup saat ini	Kondisi kehidupan saya dalam keadaan yang sangat baik.							✓
3.	Penilaian diri sendiri Terhadap Kehidupan	Saya merasa puas dengan kehidupan saya.						✓	
4.	Kepuasan Hidup di Masa Lalu	Sejauh ini, saya telah memperoleh hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup saya.				✓			
5.	Keinginan untuk mengubah kehidupan	Jika saya dapat mengulangi kehidupan ini, saya hampir tidak akan mengubah apa pun dalam hidup saya.	✓						

S3

Skala Kepuasan Hidup (SWLS Indonesia)

Petunjuk :

Lima pernyataan di bawah ini menunjukkan penilaian kognitif bpk/ibu terhadap kepuasan hidup yang Bpk/Ibu alami saat ini. Gunakan skala satu sampai tujuh untuk menunjukkan derajat tingkatan persetujuan Bpk/Ibu dengan pernyataan-pernyataan di bawah ini sesuai dengan apa yang Bpk/Ibu alami saat ini dalam kehidupan Bpk/Ibu masing-masing secara keseluruhan. Berikanlah tanda centang/Checklist pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing pernyataan-pernyataan di bawah ini.

Contoh :

NO	Pernyataan	1	2	3	4	5	6	7
1.	Saya merasa puas dengan hasil kerja saya.							√

Keterangan :

7 : sangat setuju 4 : netral/Antara Setuju dan tidak setuju 1 : sangat tidak setuju
 6 : setuju 3 : agak tidak setuju
 5 : agak setuju 2 : tidak setuju

No.	Kepuasan Hidup	Pernyataan/terjemahan	1 STS	2 TS	3 ATS	4 N	5 AS	6 S	7 SS
1.	Kepuasan Terhadap Kehidupan Di Masa Mendatang	Dalam hampir semua aspek kehidupan saya, saat ini saya merasa bahwa kehidupan saya telah mencapai apa yang saya anggap ideal.				√			
2.	Kepuasan terhadap hidup saat ini	Kondisi kehidupan saya dalam keadaan yang sangat baik.		√					
3.	Penilaian diri sendiri Terhadap Kehidupan	Saya merasa puas dengan kehidupan saya.				√			
4.	Kepuasan Hidup di Masa Lalu	Sejauh ini, saya telah memperoleh hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup saya.				√			
5.	Keinginan untuk mengubah kehidupan	Jika saya dapat mengulangi kehidupan ini, saya hampir tidak akan mengubah apa pun dalam hidup saya.				√			

54

Skala Kepuasan Hidup (SWLS Indonesia)

Petunjuk :

Lima pernyataan di bawah ini menunjukkan penilaian kognitif bpk/ibu terhadap kepuasan hidup yang Bpk/Ibu alami saat ini. Gunakan skala satu sampai tujuh untuk menunjukkan derajat tingkatan persetujuan Bpk/Ibu dengan pernyataan-pernyataan di bawah ini sesuai dengan apa yang Bpk/Ibu alami saat ini dalam kehidupan Bpk/Ibu masing-masing secara keseluruhan. Berikanlah tanda centang/Checklist pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing pernyataan-pernyataan di bawah ini.

Contoh :

NO	Pernyataan	1	2	3	4	5	6	7
1.	Saya merasa puas dengan hasil kerja saya.							√

Keterangan :

7 : sangat setuju 4 : netral/Antara Setuju dan tidak setuju 1 : sangat tidak setuju
 6 : setuju 3 : agak tidak setuju
 5 : agak setuju 2 : tidak setuju

No.	Kepuasan Hidup	Pernyataan/terjemahan	1	2	3	4	5	6	7
			STS	TS	ATS	N	AS	S	SS
1.	Kepuasan Terhadap Kehidupan Di Masa Mendatang	Dalam hampir semua aspek kehidupan saya, saat ini saya merasa bahwa kehidupan saya telah mencapai apa yang saya anggap ideal.							√
2.	Kepuasan terhadap hidup saat ini	Kondisi kehidupan saya dalam keadaan yang sangat baik.							√
3.	Penilaian diri sendiri Terhadap Kehidupan	Saya merasa puas dengan kehidupan saya.						√	
4.	Kepuasan Hidup di Masa Lalu	Sejauh ini, saya telah memperoleh hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup saya.							√
5.	Keinginan untuk mengubah kehidupan	Jika saya dapat mengulangi kehidupan ini, saya hampir tidak akan mengubah apa pun dalam hidup saya.					√		

55

Skala Kepuasan Hidup (SWLS Indonesia)

Petunjuk :

Lima pernyataan di bawah ini menunjukkan penilaian kognitif bpk/ibu terhadap kepuasan hidup yang Bpk/Ibu alami saat ini. Gunakan skala satu sampai tujuh untuk menunjukkan derajat tingkatan persetujuan Bpk/Ibu dengan pernyataan-pernyataan di bawah ini sesuai dengan apa yang Bpk/Ibu alami saat ini dalam kehidupan Bpk/Ibu masing-masing secara keseluruhan. Berikanlah tanda centang/Checklist pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing pernyataan-pernyataan di bawah ini.

Contoh :

NO	Pernyataan	1	2	3	4	5	6	7
1.	Saya merasa puas dengan hasil kerja saya.							√

Keterangan :

7 : sangat setuju 4 : netral/Antara Setuju dan tidak setuju 1 : sangat tidak setuju
 6 : setuju 3 : agak tidak setuju
 5 : agak setuju 2 : tidak setuju

No.	Kepuasan Hidup	Pernyataan/terjemahan	1	2	3	4	5	6	7
			STS	TS	ATS	N	AS	S	SS
1.	Kepuasan Terhadap Kehidupan Di Masa Mendatang	Dalam hampir semua aspek kehidupan saya, saat ini saya merasa bahwa kehidupan saya telah mencapai apa yang saya anggap ideal.			√				
2.	Kepuasan terhadap hidup saat ini	Kondisi kehidupan saya dalam keadaan yang sangat baik.					√		
3.	Penilaian diri sendiri Terhadap Kehidupan	Saya merasa puas dengan kehidupan saya.					√		
4.	Kepuasan Hidup di Masa Lalu	Sejauh ini, saya telah memperoleh hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup saya.						√	
5.	Keinginan untuk mengubah kehidupan	Jika saya dapat mengulangi kehidupan ini, saya hampir tidak akan mengubah apa pun dalam hidup saya.				√			

56

Skala Kepuasan Hidup (SWLS Indonesia)

Petunjuk :

Lima pernyataan di bawah ini menunjukkan penilaian kognitif bpk/ibu terhadap kepuasan hidup yang Bpk/Ibu alami saat ini. Gunakan skala satu sampai tujuh untuk menunjukkan derajat tingkatan persetujuan Bpk/Ibu dengan pernyataan-pernyataan di bawah ini sesuai dengan apa yang Bpk/Ibu alami saat ini dalam kehidupan Bpk/Ibu masing-masing secara keseluruhan. Berikanlah tanda centang/Checklist pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing pernyataan-pernyataan di bawah ini.

Contoh :

NO	Pernyataan	1	2	3	4	5	6	7
1.	Saya merasa puas dengan hasil kerja saya.							√

Keterangan :

7 : sangat setuju 4 : netral/Antara Setuju dan tidak setuju 1 : sangat tidak setuju
 6 : setuju 3 : agak tidak setuju
 5 : agak setuju 2 : tidak setuju

No.	Kepuasan Hidup	Pernyataan/terjemahan	1 STS	2 TS	3 ATS	4 N	5 AS	6 S	7 SS
1.	Kepuasan Terhadap Kehidupan Di Masa Mendatang	Dalam hampir semua aspek kehidupan saya, saat ini saya merasa bahwa kehidupan saya telah mencapai apa yang saya anggap ideal.		√					
2.	Kepuasan terhadap hidup saat ini	Kondisi kehidupan saya dalam keadaan yang sangat baik.		√					
3.	Penilaian diri sendiri Terhadap Kehidupan	Saya merasa puas dengan kehidupan saya.		√					
4.	Kepuasan Hidup di Masa Lalu	Sejauh ini, saya telah memperoleh hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup saya.			√				
5.	Keinginan untuk mengubah kehidupan	Jika saya dapat mengulangi kehidupan ini, saya hampir tidak akan mengubah apa pun dalam hidup saya.	√						

57

Skala Kepuasan Hidup (SWLS Indonesia)

Petunjuk :

Lima pernyataan di bawah ini menunjukkan penilaian kognitif bpk/ibu terhadap kepuasan hidup yang Bpk/Ibu alami saat ini. Gunakan skala satu sampai tujuh untuk menunjukkan derajat tingkatan persetujuan Bpk/Ibu dengan pernyataan-pernyataan di bawah ini sesuai dengan apa yang Bpk/Ibu alami saat ini dalam kehidupan Bpk/Ibu masing-masing secara keseluruhan. Berikanlah tanda centang/Checklist pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing pernyataan-pernyataan di bawah ini.

Contoh :

NO	Pernyataan	1	2	3	4	5	6	7
1.	Saya merasa puas dengan hasil kerja saya.							✓

Keterangan :

7 : sangat setuju 4 : netral/Antara Setuju dan tidak setuju 1 : sangat tidak setuju
 6 : setuju 3 : agak tidak setuju
 5 : agak setuju 2 : tidak setuju

No.	Kepuasan Hidup	Pernyataan/terjemahan	1	2	3	4	5	6	7
			STS	TS	ATS	N	AS	S	SS
1.	Kepuasan Terhadap Kehidupan Di Masa Mendatang	Dalam hampir semua aspek kehidupan saya, saat ini saya merasa bahwa kehidupan saya telah mencapai apa yang saya anggap ideal.							✓
2.	Kepuasan terhadap hidup saat ini	Kondisi kehidupan saya dalam keadaan yang sangat baik.						✓	
3.	Penilaian diri sendiri Terhadap Kehidupan	Saya merasa puas dengan kehidupan saya.						✓	
4.	Kepuasan Hidup di Masa Lalu	Sejauh ini, saya telah memperoleh hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup saya.						✓	
5.	Keinginan untuk mengubah kehidupan	Jika saya dapat mengulangi kehidupan ini, saya hampir tidak akan mengubah apa pun dalam hidup saya.						✓	

58

Skala Kepuasan Hidup (SWLS Indonesia)

Petunjuk :

Lima pernyataan di bawah ini menunjukkan penilaian kognitif bpk/ibu terhadap kepuasan hidup yang Bpk/Ibu alami saat ini. Gunakan skala satu sampai tujuh untuk menunjukkan derajat tingkatan persetujuan Bpk/Ibu dengan pernyataan-pernyataan di bawah ini sesuai dengan apa yang Bpk/Ibu alami saat ini dalam kehidupan Bpk/Ibu masing-masing secara keseluruhan. Berikanlah tanda centang/Checklist pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing pernyataan-pernyataan di bawah ini.

Contoh :

NO	Pernyataan	1	2	3	4	5	6	7
1.	Saya merasa puas dengan hasil kerja saya.							✓

Keterangan :

7 : sangat setuju 4 : netral/Antara Setuju dan tidak setuju 1 : sangat tidak setuju
 6 : setuju 3 : agak tidak setuju
 5 : agak setuju 2 : tidak setuju

No.	Kepuasan Hidup	Pernyataan/terjemahan	1	2	3	4	5	6	7
			STS	TS	ATS	N	AS	S	SS
1.	Kepuasan Terhadap Kehidupan Di Masa Mendatang	Dalam hampir semua aspek kehidupan saya, saat ini saya merasa bahwa kehidupan saya telah mencapai apa yang saya anggap ideal.					✓		
2.	Kepuasan terhadap hidup saat ini	Kondisi kehidupan saya dalam keadaan yang sangat baik.					✓		
3.	Penilaian diri sendiri Terhadap Kehidupan	Saya merasa puas dengan kehidupan saya.					✓		
4.	Kepuasan Hidup di Masa Lalu	Sejauh ini, saya telah memperoleh hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup saya.					✓		
5.	Keinginan untuk mengubah kehidupan	Jika saya dapat mengulangi kehidupan ini, saya hampir tidak akan mengubah apa pun dalam hidup saya.		✓					

Sg

Skala Kepuasan Hidup (SWLS Indonesia)

Petunjuk :

Lima pernyataan di bawah ini menunjukkan penilaian kognitif bpk/ibu terhadap kepuasan hidup yang Bpk/Ibu alami saat ini. Gunakan skala satu sampai tujuh untuk menunjukkan derajat tingkatan persetujuan Bpk/Ibu dengan pernyataan-pernyataan di bawah ini sesuai dengan apa yang Bpk/Ibu alami saat ini dalam kehidupan Bpk/Ibu masing-masing secara keseluruhan. Berikanlah tanda centang/Checklist pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing pernyataan-pernyataan di bawah ini.

Contoh :

NO	Pernyataan	1	2	3	4	5	6	7
1.	Saya merasa puas dengan hasil kerja saya.							√

Keterangan :

7 : sangat setuju 4 : netral/Antara Setuju dan tidak setuju 1 : sangat tidak setuju
 6 : setuju 3 : agak tidak setuju
 5 : agak setuju 2 : tidak setuju

No.	Kepuasan Hidup	Pernyataan/terjemahan	1 STS	2 TS	3 ATS	4 N	5 AS	6 S	7 SS
1.	Kepuasan Terhadap Kehidupan Di Masa Mendatang	Dalam hampir semua aspek kehidupan saya, saat ini saya merasa bahwa kehidupan saya telah mencapai apa yang saya anggap ideal.				√			
2.	Kepuasan terhadap hidup saat ini	Kondisi kehidupan saya dalam keadaan yang sangat baik.						√	
3.	Penilaian diri sendiri Terhadap Kehidupan	Saya merasa puas dengan kehidupan saya.				√			
4.	Kepuasan Hidup di Masa Lalu	Sejauh ini, saya telah memperoleh hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup saya.						√	
5.	Keinginan untuk mengubah kehidupan	Jika saya dapat mengulangi kehidupan ini, saya hampir tidak akan mengubah apa pun dalam hidup saya.				√			

S10

Skala Kepuasan Hidup (SWLS Indonesia)

Petunjuk :

Lima pernyataan di bawah ini menunjukkan penilaian kognitif bpk/ibu terhadap kepuasan hidup yang Bpk/Ibu alami saat ini. Gunakan skala satu sampai tujuh untuk menunjukkan derajat tingkatan persetujuan Bpk/Ibu dengan pernyataan-pernyataan di bawah ini sesuai dengan apa yang Bpk/Ibu alami saat ini dalam kehidupan Bpk/Ibu masing-masing secara keseluruhan. Berikanlah tanda centang/Checklist pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing pernyataan-pernyataan di bawah ini.

Contoh :

NO	Pernyataan	1	2	3	4	5	6	7
1.	Saya merasa puas dengan hasil kerja saya.							✓

Keterangan :

7 : sangat setuju 4 : netral/Antara Setuju dan tidak setuju 1 : sangat tidak setuju
 6 : setuju 3 : agak tidak setuju
 5 : agak setuju 2 : tidak setuju

No.	Kepuasan Hidup	Pernyataan/terjemahan	1	2	3	4	5	6	7
			STS	TS	ATS	N	AS	S	SS
1.	Kepuasan Terhadap Kehidupan Di Masa Mendatang	Dalam hampir semua aspek kehidupan saya, saat ini saya merasa bahwa kehidupan saya telah mencapai apa yang saya anggap ideal.							✓
2.	Kepuasan terhadap hidup saat ini	Kondisi kehidupan saya dalam keadaan yang sangat baik.							✓
3.	Penilaian diri sendiri Terhadap Kehidupan	Saya merasa puas dengan kehidupan saya.							✓
4.	Kepuasan Hidup di Masa Lalu	Sejauh ini, saya telah memperoleh hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup saya.							✓
5.	Keinginan untuk mengubah kehidupan	Jika saya dapat mengulangi kehidupan ini, saya hampir tidak akan mengubah apa pun dalam hidup saya.						✓	