

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan yang mempengaruhi fungsi otak, melibatkan berbagai faktor seperti perubahan struktural dan kimia pada otak, serta faktor genetik. Gangguan ini merupakan sindrom kronis yang *heterogen*, ditandai dengan pola pikir yang kacau, delusi, halusinasi, perilaku yang tidak sesuai, dan gangguan dalam fungsi psikososial. Penderita skizofrenia mengalami gangguan dalam berpikir yang tidak terorganisir, persepsi dan perhatian yang salah, afek yang datar atau tidak cocok, serta kelainan dalam aktivitas motorik yang aneh. Orang dengan skizofrenia cenderung menjauh dari dunia nyata dan orang lain, sering terjebak dalam kehidupan imajinasi yang dipenuhi dengan delusi dan halusinasi (Yunita, R., 2020).

Skizofrenia adalah gangguan mental yang ditandai dengan gejala positif, seperti delusi, halusinasi, gangguan bicara yang tidak teratur, dan perilaku katatonik, yang mencakup dua atau lebih dari gejala-gejala tersebut. Penyakit ini menimbulkan beban emosional dan mempengaruhi mekanisme penyesuaian yang tidak sehat dalam keluarga. Skizofrenia merupakan salah satu jenis gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku seseorang (Yudhantara, 2018).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

1. Faktor predisposisi

a) Faktor *genetic*

Faktor genetik memiliki peran dalam skizofrenia, di mana semakin dekat hubungan keluarga dengan individu yang menderita skizofrenia, semakin tinggi pula kemungkinan untuk mengalaminya. Gangguan jiwa yang berkaitan dengan skizofrenia, seperti gangguan kepribadian *skizotipal*, *skizoid*, dan paranoid, juga lebih sering ditemukan di antara anggota keluarga biologis penderita skizofrenia (Fitrikasari, A., 2022).

b) Faktor biologis (dari dalam diri)

Beberapa kelainan pada struktur dan fungsi otak dapat berhubungan dengan timbulnya penyakit skizofrenia, seperti penyusutan ukuran otak, pembesaran ventrikel, dan gangguan konektivitas antar daerah otak. Selain itu, gangguan fungsi kognitif pada penderita skizofrenia dapat mempengaruhi kemampuan ingatan dan interaksi sosial mereka. Faktor biologis juga dipengaruhi oleh peran *neurotransmitter*. Otak manusia terdiri dari jutaan sel yang dapat saling berkomunikasi melalui proses kimiawi dan elektrik. Ketika sebuah sel otak terstimulasi, sel tersebut melepaskan *neurotransmitter*. Setiap sel memiliki jenis *neurotransmitter* yang berbeda, dan ketidakseimbangan kadar *neurotransmitter* ini dapat menyebabkan munculnya gejala-gejala skizofrenia (Sitawati et al., 2022).

c) Faktor presipitasi

Sikap dan perilaku dapat menjadi pemicu timbulnya skizofrenia, terutama karena munculnya perasaan tidak mampu, tekanan psikologis, keputusan, rasa kegagalan, kehilangan kendali diri (*demoralisasi*), serta perasaan memiliki kekuatan berlebihan. Faktor lain seperti merasa sial, usia, budaya, rendahnya kemampuan dalam bersosialisasi, perilaku agresif, kekerasan, serta ketidaksesuaian pengobatan dan penanganan gejala stres juga turut mempengaruhi. Seseorang yang mengalami stresor terpaksa berusaha beradaptasi untuk menghadapinya, namun tidak semua orang berhasil melakukannya. Ketidakmampuan dalam beradaptasi tersebut dapat menyebabkan dampak negatif, termasuk terjadinya skizofrenia.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Skizofrenia menunjukkan gangguan pada berbagai aspek mental dan melibatkan berbagai fungsi di area otak. Gejala skizofrenia dibagi menjadi tiga kategori gangguan berikut:

1. Gejala positif, yaitu berupa halusinasi dan delusi. Gejala positif disebabkan oleh aktivitas dopamin yang berlebihan di area mesolimbik otak.
2. Gejala, negatif yang ditandai dengan afek datar/tumpul, apatis, anhedonia, penarikan diri dari sosial, dan alogia. Gejala sulit diidentifikasi dan diobati secara negatif. Gejala utama negatif tersebut dikenal sebagai 5A: apatis,

kemauan, alogia dan afektif menumpulkan atau ketidaksesuaian serta asosial/anhedonia).

- a. *Apatis* adalah kurangnya minat pada acara pribadi dan acara lainnya
 - b. *Avolition*, menggambarkan ketidakmampuan untuk memulai tugas atau menyelesaikannya, yang menyebabkan pasien menghindari aktivitas dan menghabiskan waktu lama untuk tidak melakukan apapun.
 - c. *Alogia* adalah istilah lain untuk kemiskinan bicara di mana pasien berbicara sedikit secara spontan dan memberikan jawaban singkat untuk pertanyaan.
 - d. *Afek tumpul* adalah pengurangan ekspresi emosional yang ditandai dengan pengurangan ekspresi wajah, kontak mata dan bahasa tubuh.
 - e. *Affective incongruity* merujuk pada emosi yang tampak tidak cocok dengan keadaan, yang sering kali membuat seseorang terlihat aneh atau konyol. Gejala negatif sering kali dikaitkan dengan perkembangan penyakit yang buruk dan kecacatan. Gejala negatif terbagi menjadi dua jenis, yaitu gejala negatif primer (gejala yang merupakan bagian alami dari skizofrenia) dan gejala negatif sekunder (gejala yang muncul akibat penggunaan obat antipsikotik).
3. Gangguan kognitif, merujuk pada disfungsi dalam kemampuan kognitif, yang mencakup masalah dengan perhatian, ingatan, atau memori, serta fungsi eksekutif. Pola gangguan kognitif pada skizofrenia memengaruhi korteks frontal (*Hipofrontalitas*). Disfungsi kognitif dalam skizofrenia meliputi gangguan pada fungsi atensi (perhatian), yang mencakup tiga fungsi utama, yaitu kewaspadaan, orientasi, dan kontrol eksekutif. Kewaspadaan adalah kemampuan untuk mencapai dan mempertahankan sensitivitas tinggi terhadap rangsangan. Orientasi adalah proses pemilihan informasi dari input sensorik, sementara kontrol eksekutif adalah mekanisme untuk memantau dan mengelola konflik antara pikiran dan perasaan, serta meresponsnya (Muthmainnah, 2024).

2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Febriyani, 2019) diklasifikasikan menjadi beberapa tipe sebagai berikut:

1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)

Skizofrenia paranoid adalah jenis skizofrenia yang ditandai dengan gejala utama berupa delusi dan halusinasi, seperti gangguan penglihatan dan pendengaran, yang berhubungan dengan rasa takut tertentu. Ciri utama dari skizofrenia paranoid adalah adanya halusinasi yang bersifat mengancam serta keyakinan bahwa diri mereka sedang dikendalikan. Penderita skizofrenia paranoid umumnya menunjukkan gejala seperti delusi paranoid yang konsisten dan stabil, serta merasa bahwa dirinya lebih unggul daripada kenyataan.

2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)

Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun), Kepribadian premorbid: pemalu, senang menyendiri, Afek dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*inappropriate*), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bercanda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata di ulang-ulang.

3. Skizofrenia katatonik (F20.2)

Gaduh – gelisah (tampak aktivitas motorik yang tidak bertujuan untuk stimulus eksternal), *rigiditas* (kaku tubuh), memenuhi kriteria umum skizofrenia, *stupor* (reaktivitas rendah dan tidak mau bicara, dan pasien tidak komunikatif

4. Skizofrenia tak terinci (F20.3)

Residual atau depresi pasca skizofrenia, memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia, skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik.

5. Skizofrenia pasca skizofrenia (F20.4)

Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya),

6. Skizofrenia residual (F20.5)

Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia, dan tidak terdapat gangguan mental organik

7. Skizofrenia simpleks F20.6)

Waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik, gejala negatif yang khas tanpa didahului riwayat halusinasi, disertai dengan perubahan perilaku pribadi yang

bermakna. Skizofrenia tak spesifik skizofrenia tak spesifik tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Pedoman Praktik American Psychiatric Association untuk Perawatan Pasien Skizofrenia, penanganan harus dilakukan secara menyeluruh, dengan berbagai pendekatan, dan didasarkan pada bukti empiris. Saat ini, pengelolaan skizofrenia mencakup pengobatan dengan obat-obatan, terapi psikologis, rehabilitasi, serta dukungan dari masyarakat, yang bertujuan untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian, memperbaiki kondisi pasien, serta meningkatkan kualitas hidup mereka.

1. Terapi farmakologi

Obat antipsikotik terdiri dari dua kelas utama yaitu sebagai antagonis reseptor dopamin (misalnya Klorpromazin, Haloperidol) dan SDA (Serotonin-Dopamine Antagonis) misalnya Risperidon dan Klozapin. Secara khusus, beberapa G-Protein-Coupled Receptors (GPCR), terutama reseptor dopamin, serotonin dan adrenalin adalah target molekuler tradisional untuk antipsikotik. Penghambatan reseptor dopamin di substansia nigra menghasilkan efek samping ekstrapiramidal, termasuk gejala tremor parkinson dan peningkatan tonus otot. Penghambatan reseptor dopamin di saluran tuberoinfundibular menghasilkan peningkatan kadar prolaktin yang dapat menyebabkan galaktorea pada wanita atau ginekomastia pada pria, dikarenakan efek dopaminergiknya yang lebih kuat, antipsikotik tipikal lebih mungkin menyebabkan gangguan gerakan ekstrapiramidal

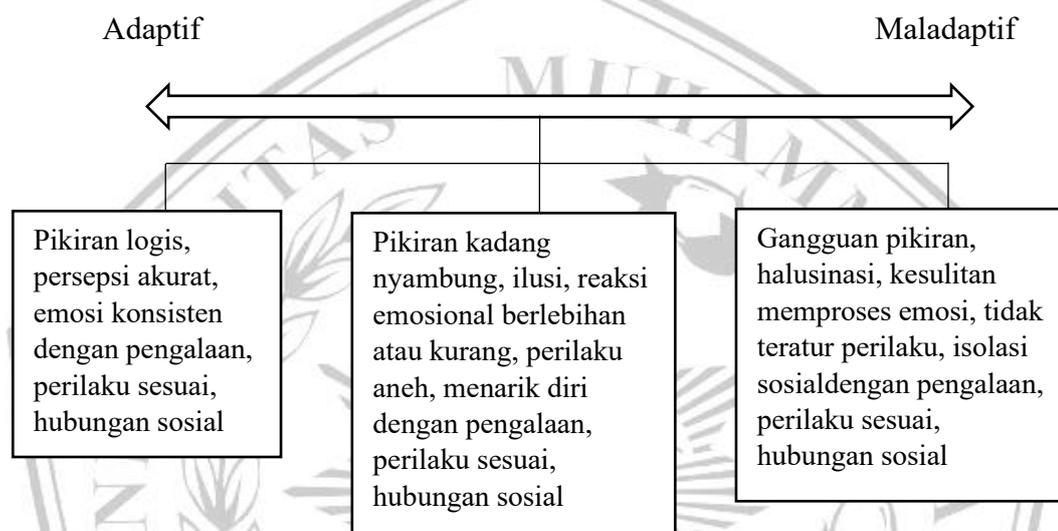
2. Terapi nonfarmakologi

- a. Terapi Psikososial terapi ini mencakup metode untuk meningkatkan kemampuan sosial, kecukupan diri, keterampilan praktis dan komunikasi interpersonal pasien skizofrenia. Tujuannya yaitu untuk memungkinkan seseorang yang sakit parah agar membangun keterampilan sosial dan keterampilan pekerjaan untuk hidup mandiri.
- b. Terapi music yang bermanfaat untuk merelaksasi, memperbaiki persepsi, konsentrasi, ingatan, mempertajam pikiran, menyehatkan tubuh, meningkatkan fungsi otak. Musik yang sering digunakan untuk terapi yaitu

musik yang lembut, memiliki nada-nada, dan irama teratur contohnya musik instrumental, mural, suara alam atau musik lainnya

- c. Terapi Okupasi merupakan latihan melakukan kegiatan sehari-hari yang sifatnya bermanfaat dan memuaskan seperti kegiatan berkesenian, kegiatan rekreasi, ataupun kegiatan vokasional seperti menyapu, menyanyi, memasak dan berwirausaha (Muthmainnah, 2024).

2.1.6 Rentang Respon Skizofrenia



Gambar 2.1 Rentang Respon Skizofrenia

2.2 Konsep Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi

Perilaku kekerasan merujuk pada tindakan yang dapat membahayakan fisik, baik terhadap diri sendiri maupun orang lain. Ini merupakan bentuk kekerasan dan pemaksaan, baik secara fisik maupun verbal, yang ditujukan pada diri sendiri atau orang lain. Perilaku kekerasan bertujuan untuk merugikan seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku agresif dan kekerasan sering dianggap sebagai spektrum, dengan agresi verbal di satu sisi dan kekerasan fisik di sisi lainnya. Kondisi emosional, seperti perasaan frustrasi, kebencian, atau kemarahan, dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Emosi yang intens ini kadang-kadang menyebabkan perilaku agresif atau kekerasan, terutama jika seseorang tidak menggunakan mekanisme koping yang baik (Kandar, 2019).

2.2.2 Etiologi

1. Faktor predisposisi

a. Teori Biologik

1) Neurobiologik

Terdapat tiga area dalam otak yang mempengaruhi proses impuls agresif, yaitu sistem limbik, lobus frontal, dan hipotalamus. Neurotransmitter juga berperan dalam mendukung atau menghambat impuls agresif. Sistem limbik berfungsi dalam mengatur informasi, ekspresi, perilaku, dan memori. Gangguan pada sistem ini dapat meningkatkan atau mengurangi potensi perilaku kekerasan. Kerusakan pada lobus frontal dapat menyebabkan kesulitan dalam pengambilan keputusan, penilaian yang buruk, perilaku yang tidak tepat, dan kecenderungan agresif. Berbagai komponen dalam sistem neurologi dapat memfasilitasi atau menghambat impuls agresif. Sistem limbik memiliki keterlambatan dalam memicu perilaku agresif, sementara pusat otak bagian atas terus berinteraksi dengan pusat yang mengatur agresi.

2) Gangguan otak

Sindroma otak organik terbukti sebagai faktor predisposisi perilaku agresif dan tindak kekerasan. Tumor otak, khususnya yang menyerang sistem limbik dan lobus temporal; trauma otak, yang menimbulkan perubahan serebral; dan penyakit seperti ensefalitis, dan epilepsi, khususnya lobus temporal, terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan

b. Teori Psikologik

1) Teori Psikoanalitik

Teori ini menjelaskan tidak terpenuhinya kebutuhan untuk mendapatkan kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri rendah. Agresi dan tindak kekerasan memberikan kekuatan dan *prestise* yang dapat meningkatkan citra diri dan memberikan arti dalam kehidupannya. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri

2) Teori Sosiokultural

Pakar sosiolog lebih menekankan pengaruh faktor budaya dan struktur sosial terhadap perilaku agresif. Ada kelompok sosial yang secara umum menerima perilaku kekerasan sebagai cara untuk menyelesaikan masalah. Masyarakat juga berpengaruh pada perilaku tindak kekerasan, apabila individu menyadari bahwa kebutuhan dan keinginan mereka tidak dapat dipenuhi secara konstruktif. Penduduk yang ramai /padat dan lingkungan yang ribut dapat berisiko melakukan perilaku kekerasan. Adanya keterbatasan sosial dapat menimbulkan kekerasan dalam kehidupan individu.

2. Faktor presipitasi

- a) Ekspresi diri yang bertujuan untuk menunjukkan eksistensi diri atau sebagai simbol solidaritas, seperti yang terlihat dalam konser, pertandingan sepak bola, kelompok sekolah, atau perkelahian massal.
- b) Ekspresi yang muncul akibat tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi yang sulit.
- c) Kesulitan dalam berkomunikasi di dalam keluarga serta kurangnya kebiasaan berdialog untuk menyelesaikan masalah, yang kemudian memicu kecenderungan melakukan kekerasan dalam menghadapi konflik.
- d) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya serta ketidakmampuan untuk berperan sebagai individu yang dewasa.
- e) Adanya riwayat perilaku antisocial, seperti penyalahgunaan narkoba dan alkoholisme, serta ketidakmampuan mengontrol emosi saat menghadapi rasa frustrasi.
- f) Peristiwa kehilangan yang penting, seperti kematian anggota keluarga yang terpenting, pemecatan dari pekerjaan, perceraian, atau perubahan tahap kehidupan (Kandar, 2019).

2.2.3 Tanda dan Gejala

Menurut Muhith (2015) perawat dapat mendeteksi dan mengobservasi tanda-tanda dan gejala perilaku kekerasan:

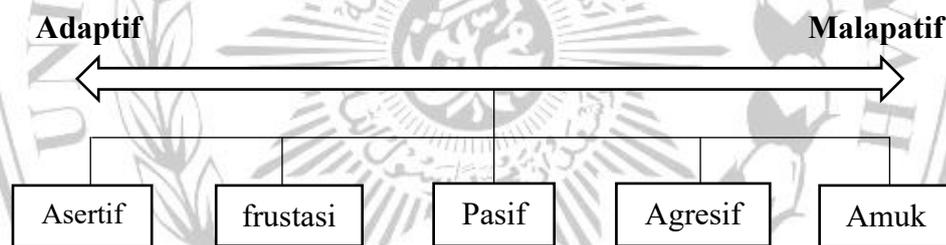
- 1) Muka merah dan tegang
- 2) mata melotot/pandangan tajam

- 3) mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat
- 4) Bicara kasar Suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal dan fisik
- 5) melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau barang lain,
- 6) tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) Terdapat 2 tanda dan gejala yaitu mayor dan minor pada pasien perilaku kekerasan:

- 1) mayor subyektif: mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus, tujuannya: menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk,
- 2) sedangkan minornya yaitu: mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengempal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku (Malfasari, E., 2020).

2.2.4 Rentang Respon



Gambar 2.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

- a) Assertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
- b) Frustrasi adalah respons yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
- c) Pasif adalah respons dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
- d) Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak

orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain

- e) Amuk adalah perasaan marah dan permusuhan yang kuat disertai hilangnya kendali diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain (Fathurozaq, 2024).

2.2.5 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan farmakologis

a) Clorpromazine (CPZ, Largactile)

Indikasi untuk mensupresi gejala-gejala psikosa: agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala-gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, mania depresif, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil

b) Haloperidol (Haldol, Serenace)

Indikasinya yaitu manifestasi dari gangguan psikotik, sindroma Gilles de la Tourette pada anak-anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku berat pada anak-anak. Dosis oral untuk dewasa 1-6 mg sehari yang terbagi 6-15 mg untuk keadaan berat. Kontraindikasinya depresi sistem saraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol. Efek sampingnya sering mengantuk, kaku, tremor lesu, letih, gelisah.

c) Thrihexiphenidil

Mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas

d) Trifluoperazine

Trifluoperazine adalah obat untuk mengobati gangguan mental, seperti skizofrenia dan gangguan psikotik. Obat ini juga dapat digunakan untuk mengatasi gangguan kecemasan, mual muntah, serta mengurangi perilaku agresif, halusinasi, dan keinginan untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain. Trifluoperazine merupakan obat anti psikosis tipikal, dikombinasikan dengan fluoksetin merupakan obat antidepresan lini pertama, Penggunaan trihexyphenidyl dapat menyebabkan efek antikolinergik perifer berupa mulut dan hidung kering (Asqiya, A. I., 2023).

2. Penatalaksanaan non farmakologis

a) Terapi Aktivitas Kelompok

Kegiatan atau kelompok yang dirancang, seperti bermain kartu, menonton dan mendiskusikan film, atau diskusi santai, memberikan kesempatan bagi pasien untuk membicarakan peristiwa atau masalah saat mereka merasa lebih tenang. Kegiatan ini juga melibatkan pasien dalam proses terapi dan mengurangi rasa bosan. Dalam terapi kelompok, pasien ikut serta dalam sesi bersama dengan anggota kelompok lainnya. Semua anggota kelompok memiliki tujuan yang sama, diharapkan dapat memberikan kontribusi untuk membantu satu sama lain serta menerima dukungan dari anggota lainnya.

b) Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan pasien dan anggota keluarganya. Tujuannya ialah memahami bagaimana dinamika keluarga memengaruhi psikopatologi klien, memobilisasi kekuatan dan sumber fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang maladaptive, dan menguatkan perilaku penyelesaian masalah keluarga

2.3 Konsep Terapi Musik

2.3.1 Definisi

Terapi musik adalah suatu proses interaksi yang melibatkan musik sebagai alat untuk mengobati berbagai aspek fisik, emosional, mental, sosial, dan spiritual, dengan tujuan untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan pasien. Terapi musik merupakan metode pengobatan yang memanfaatkan musik dan kegiatan musik untuk mendukung proses terapi dalam membantu klien. Raharjo (2007) menyatakan bahwa terapi musik adalah penggunaan musik sebagai media untuk memperbaiki dan mengembangkan kesehatan mental, fisik, emosional, serta interaksi sosial. Musik dianggap sebagai ungkapan isi hati manusia yang diwujudkan dalam bentuk bunyi teratur dengan melodi, ritme, dan harmoni yang indah. Terapi musik diterapkan dengan dua pendekatan: pasif, melalui mendengarkan musik, dan aktif, dengan memainkan alat musik atau bernyanyi (Yaman, S. W., & Ridfah, A. 2022).

2.3.2 Tujuan Terapi musik

Terapi ini bertujuan untuk mempertahankan, meningkatkan, serta memulihkan kesehatan baik secara fisik, emosional, mental, maupun spiritual.

Dalam bidang kesehatan, terapi musik dianggap sebagai bentuk pengobatan tambahan atau pelengkap (Pengobatan Komplementer). Seperti terapi pada umumnya, yang bertujuan untuk membantu pemulihan seseorang, terapi musik dirancang untuk mendorong klien agar lebih aktif berinteraksi, berimprovisasi, serta mendengarkan musik. Prasetya (2018) mengemukakan bahwa terapi musik merupakan salah satu bentuk dari teknik relaksasi yang bertujuan untuk mengurangi agresif, memberikan perasaan tenang, sebagai pendidikan moral, mengendalikan emosi, pengembangan spritual dan menyembuhkan gangguan psikologis (Yaman, S. W., & Ridfah, A. 2022).

2.3.3 Manfaat terapi musik

Pemberian terapi musik memiliki banyak manfaat yaitu:

1. Mendengarkan musik dapat digunakan untuk membantu meningkatkan artikulasi dalam kemampuan berbahasa, irama, serta kontrol pernapasan.
2. Aktivitas mendengarkan musik juga dapat membantu dalam pengembangan kemampuan motorik, seperti pada penderita gangguan perilaku yang perlu belajar mengontrol impuls saraf yang tidak teratur melalui kegiatan bermain musik
3. Untuk meningkatkan keterampilan kognitif, seperti memori dan konsentrasi, mendengarkan musik dapat menjadi aktivitas yang efektif. Selain itu, kegiatan ini juga berfungsi sebagai proses untuk menghadapi tantangan sulit dengan menciptakan lingkungan yang mendukung ekspresi diri (Eko Raharjo, 2018).

Musik memiliki banyak manfaat sebagai alat penyembuhan dalam berbagai terapi, yang dibuktikan oleh berbagai penelitian dan literatur. Musik dianggap sebagai metode terapi yang istimewa karena merupakan bahasa universal yang dapat memfasilitasi proses belajar, membangun hubungan, ekspresi diri, dan sebagai alat komunikasi (Geraldina, 2017). Pada pasien perilaku kekerasan dengan pemberian terapi musik akan menimbulkan dampak yang besar pada gejala yang dialami oleh pasien dengan PK atau perilaku kekerasan, karena terapi musik tersebut dapat memberikan kenyamanan pada penderita dan dapat menurunkan stimulus. Pemberian terapi music dengan pemberian waktu yang ideal untuk melakukan terapi musik yaitu lebih kurang 30 menit hingga 1 jam perhari, akan

tetapi jika tidak memiliki banyak waktu hanya 10 menit, karena dalam waktu 10 menit saja telah membuat pikiran rileks (Vahurina, J., 2021).

2.3.4 Jenis terapi musik

Terdapat beberapa jenis musik yang dapat digunakan untuk terapi, yaitu musik klasik, instrumental, jazz, dangdut, pop rock, dan keroncong. Namun beberapa ahli menyarankan untuk terapi musik sebaiknya menggunakan musik yang lembut atau dengan nada rendah dan dengan nada yang teratur seperti musik instrumental, klasik, dan jazz adalah salah satu jenis musik yang banyak dipergunakan sebagai terapi musik (Suryana, 2012). (Campbell & Don, 2010) juga mengatakan musik yang dapat digunakan untuk terapi musik pada umumnya adalah musik yang lembut dan menenangkan, musik yang memiliki irama dan nada-nada teratur seperti musik instrumental, musik klasik, dan jazz (Vahurina, J., 2021).

2.3.5 Pengaruh terapi musik terhadap perilaku kekerasan

Terapi musik merupakan salah satu teknik relaksasi yang bertujuan untuk mengurangi perilaku agresif, memberikan ketenangan, mendidik moral, mengendalikan emosi, mengembangkan spiritualitas, serta menyembuhkan gangguan psikologis (Sukma, P. R. A., 2023). Terapi ini menggunakan musik untuk meningkatkan atau memperbaiki kondisi fisik, emosional, kognitif, dan sosial individu dari berbagai usia. Musik memiliki manfaat dalam meningkatkan kesehatan, mengurangi ketegangan otot, mengurangi rasa sakit, serta menciptakan suasana yang santai, aman, dan menyenangkan. Musik juga mempengaruhi sistem limbik dan saraf otonom, merangsang pelepasan endorfin yang dapat mengurangi neurotransmitter penyebab rasa sakit, memperlambat dan menyeimbangkan gelombang otak, serta menurunkan denyut jantung, denyut nadi, dan tekanan darah.

Terapi musik dapat memengaruhi sistem limbik dan saraf otonom dengan menciptakan suasana yang tenang, aman, dan menyenangkan, yang memicu pelepasan zat-zat seperti *Gamma Amino Butyric Acid* (GABA), enkefalin, atau beta endorfin. Zat-zat ini berfungsi untuk mengurangi neurotransmitter yang menyebabkan perasaan tertekan, cemas, dan stres, sehingga membantu menciptakan ketenangan dan memperbaiki suasana hati pasien. Musik klasik, jazz, instrumental dengan berbagai instrumen yang digunakan, menawarkan beragam warna suara dan variasi yang lebih luas dibandingkan dengan genre musik lainnya,

sehingga memberikan rangsangan yang lebih kaya bagi pendengarnya (Artika, D., 2021).

