

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi (Indra *et al.*, 2021). Skizofrenia adalah gangguan mental berat yang bersifat kronis dan persisten, ditandai dengan gangguan pada proses berpikir (kognitif), persepsi, emosi, dan perilaku (Syafwan, 2025).

Skizofrenia adalah gangguan psikiatri kompleks yang mendistorsi aspek emosi, pikiran, dan perilaku individu. Gangguan ini secara khas ditandai dengan penurunan kesadaran diri (*insight*) serta ketidakmampuan dalam menginterpretasikan realitas secara akurat. Sebagai sebuah sindrom dengan spektrum yang luas, perkembangan penyakit ini dipengaruhi oleh interaksi antara faktor biologis (genetik), kondisi fisik, serta pengaruh lingkungan sosial budaya (Permatasari *et al.*, 2025).

Berdasarkan beberapa sumber tersebut, dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan mental berat dan kronis yang ditandai dengan terjadinya perpecahan atau disharmoni antara pikiran, emosi, dan perilaku. Kondisi ini menyebabkan penderita mengalami distorsi realitas yang nyata seperti halusinasi dan waham serta kehilangan kemampuan untuk menilai kenyataan secara akurat akibat menurunnya kesadaran diri (*insight*).

2. Etiologi Skizofrenia

Menurut Mashudi (2021), menyatakan bahwa skizofrenia bisa disebabkan oleh 2 faktor, yaitu :

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

a) Faktor genetik

Skizofrenia secara signifikan dipengaruhi oleh kerentanan genetik yang melampaui faktor pengasuhan lingkungan. Studi adopsi mengonfirmasi bahwa keterpaparan genetik dari orang tua biologis tetap menjadi prediktor utama gangguan, terlepas dari latar belakang keluarga angkat. Data prevalensi menunjukkan korelasi linear antara beban genetik dan risiko klinis, dengan probabilitas kemunculan sebesar 15% pada keturunan satu orang tua penderita dan melonjak hingga 35% pada keturunan dari pasangan pengidap skizofrenia.

b) Faktor neuroanatomi

Penulisan menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography (CT Scan)* menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography (PET)* menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia.

c) Neurokimia

Disfungsi sistem neurotransmitter merupakan landasan patofisiologis utama dalam skizofrenia yang membedakannya dari fungsi neural tipikal. Pada kondisi sehat, sirkuit saraf berfungsi sebagai sistem transmisi yang efisien dalam mengintegrasikan input sensorik menjadi luaran kognitif yang koheren. Namun, pada patologi skizofrenia, terjadi diskonektivitas fungsional akibat hambatan dalam konduksi sinyal antar-neuron. Kegagalan komunikasi sinaptik ini mengakibatkan inkoherensi dalam pemikiran dan tindakan, yang berakar pada ketidakmampuan sinyal neurotransmitter untuk mencapai reseptor target secara akurat..

2) Faktor psikososial

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut :

1) Penyalahgunaan zat

Penggunaan ganja dengan potensi THC tinggi secara konsisten diidentifikasi sebagai pemicu utama episode psikotik pertama dan kekambuhan, karena dampaknya pada sensitivitas dopamin.

2) Lingkungan

Interaksi sinergis antara ambang batas ambivalensi biologis dan beban stresor lingkungan menentukan trajektori perkembangan patologi pemikiran. Dalam kerangka neurobiologis, stresor eksternal bertindak sebagai katalis yang memicu respons maladaptif pada sistem saraf yang secara inheren memiliki ambang toleransi rendah. Hal ini menegaskan bahwa gangguan pikiran tidak muncul secara terisolasi, melainkan hasil dari kegagalan sistemik dalam menjaga homeostasis kognitif saat menghadapi tekanan lingkungan yang intens.

3) Ketidakpatuhan pengobatan (*Medication Non-adherence*)

Penghentian obat antipsikotik secara mandiri adalah pemicu tercepat terjadinya disregulasi reseptor dopamin yang berujung pada episode baru.

4) Keluarga dengan *expressed emotion* (EE) tinggi

Interaksi keluarga yang ditandai dengan kritik tajam, permusuhan, atau keterlibatan emosional yang berlebihan merupakan presipitasi utama kekambuhan pasien setelah pulang dari perawatan.

3. Klasifikasi skizofrenia

Klasifikasi skizofrenia menurut Permatasari (2025) berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III) adalah sebagai berikut :

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia tipe paranoid diklasifikasikan sebagai subtype yang memiliki tingkat stabilitas klinis tertinggi. Karakteristik utamanya meliputi persistensi waham dan halusinasi auditorik yang menonjol, namun tetap dalam lingkup fungsi kognitif dan afektif yang relatif intak. Secara perilaku, pasien cenderung menunjukkan sikap defensif, resistensi terhadap kolaborasi (non-kooperatif), serta labilitas emosional yang bermanifestasi dalam bentuk kecemasan, kecenderungan berargumentasi, dan hostilitas. Berbeda dengan subtype lainnya, skizofrenia paranoid jarang disertai dengan disorganisasi perilaku yang berat atau inkoherensi berpikir yang nyata.

b. Skizofrenia disorganisasi (hebefrenik)

Skizofrenia tipe hebefrenik memiliki kekhasan pada awitan (*onset*) yang lebih dini dibandingkan subtype lainnya, di mana gejala umumnya mulai bermanifestasi pada masa remaja atau dewasa muda. Indikator utama dari kondisi ini adalah terjadinya regresi atau kemunduran perilaku yang signifikan pada penderitanya.

c. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia tipe katatonik umumnya memiliki awitan (*onset*) pada rentang usia produktif, yakni antara 15 hingga 30 tahun. Manifestasi klinis awal sering kali dipicu oleh paparan stresor psikososial akut yang melibatkan beban emosional yang berat. Karakteristik utama yang membedakan tipe ini adalah adanya gangguan pada fungsi motorik, di mana pasien menunjukkan satu atau kombinasi dari berbagai variasi perilaku katatonia.

d. Skizofrenia tak terinci

Penderita termasuk dalam kualifikasi umum diagnosis skizofrenia, namun tidak dapat dimasukkan ke golongan skizofrenia katatonik, skizofrenia residual, skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, maupun depresi pasca skizofrenia. Gangguan waham, halusinasi dan tanda psikosis aktif yang khas seperti kebingungan dan inkoheren dapat dijumpai pada penderita skizofrenia tak terinci.

e. Depresi pasca skizofrenia

Depresi pasca skizofrenia merupakan periode depresif yang berisiko dapat terjadi dalam jangka panjang dan muncul setelah serangan penyakit skizofrenia. Masih dapat ditemukan variasi tanda dari skizofrenia, tetapi hal ini tidak mempengaruhi tanda klinisnya. Terkait menetapnya tandatanda tersebut dapat berupa gejala positif maupun gejala negatif, dimana gejala negatif biasanya lebih banyak ditemukan.

f. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual merupakan keadaan kronis dari skizofrenia. Beberapa indikasi yang mengarah ke gejala negatif skizofrenia lebih khas, tanda negatif mencakup keterlambatan psikomotor, tumpulnya afek, penurunan aktivitas, tidak ada gagasan dan pasifnya sikap, sedikit pembicaraan baik kualitas maupun isi, ekspresi nonverbal.

g. Skizofrenia simplex

Skizofrenia simplex awal mulanya saat masa pubertas, dimana tanda utamanya berupa emosi yang dangkal dan berkurangnya Skizofrenia ini sering muncul setidaknya sekali pada fase pubertas, dimana tanda utamanya berupa emosi yang dangkal dan berkurangnya motivasi. Skizofrenia tipe ini sulit dinilai karena

perlahannya pemastian perkembangan dan progresif dari gejala “negatif” skizofrenia residual dengan tidak disertainya waham, riwayat halusinasi, ataupun manifestasi lain terkait adanya suatu episode/fase psikotik sebelumnya, dan disertai dengan adanya beberapa perubahan yang signifikan pada tingkah laku seseorang, yang ditunjukkan sebagai kehilangan motivasi yang cukup menonjol, malas, serta adanya penarikan diri dari lingkungan sosial.

4. Tanda dan gejala skizofrenia

Skizofrenia dikenal sebagai gangguan mental yang kompleks dengan spektrum gejala yang luas. Gangguan ini dapat mempengaruhi aspek kognitif, emosi, dan perilaku individu. Gejala dan tanda dari skizofrenia dibagi menjadi tiga domain secara garis besar : gejala positif, gejala negatif, dan gangguan kognitif (Syafwan, 2025).

Gejala positif adalah gejala yang muncul pada penderita skizofrenia dan tidak ditemukan pada orang normal. Gejala ini merupakan kondisi psikotik, yaitu keadaan ketika seseorang mengalami perubahan dalam berpikir, bertindak, dan menerima pengalaman. Beberapa macam dari gejala positif adalah seperti delusi, halusinasi, gangguan piker atau bicara, atau perilaku abnormal (Syafwan, 2025).

Menurut Mashudi (2021) gejala-gejala skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Gejala positif

1) Waham

Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).

2) Halusinasi

Gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan).

3) Perubahan arus pikir

- a) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
- b) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
- c) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.

b. Gejala negatif

Gejala negatif adalah gejala yang dapat terjadi pada orang normal namun makin berat pada penderita skizofrenia. Beberapa karakteristik gejala yang muncul adalah seperti tidak adanya motivasi, tidak adanya kesenangan, dan tidak adanya perhatian. (Syafwan, 2025). Gejala negatif utama tersebut dikenal sebagai 5A: *apathy, avolition, alogia and affective blunting or incongruity* serta *asosial/anhedonia* (Amris dan Muthmainnah, 2024)

1) Apatitis

Apatitis adalah kurangnya minat pada acara pribadi dan acara lainnya.

2) Avolition

Avolition, menggambarkan ketidakmampuan untuk memulai tugas atau menyelesaikannya, yang menyebabkan pasien menghindari aktivitas dan menghabiskan waktu lama untuk tidak melakukan apapun.

3) Alogia

Alogia adalah istilah lain untuk kemiskinan bicara di mana pasien berbicara sedikit secara spontan dan memberikan jawaban singkat untuk pertanyaan.

4) Afek tumpul / datar

Afek tumpul adalah pengurangan ekspresi emosional yang ditandai dengan pengurangan ekspresi wajah, kontak mata dan bahasa tubuh.

5) *Affective incongruity*

Affective incongruity adalah emosi yang jelas tidak sesuai dengan situasi, sering membuat orang tampak konyol atau aneh.

Gejala negatif sering dihubungkan dengan buruknya perjalanan penyakit dan disabilitas. Gejala negatif dibagi menjadi dua, yaitu gejala negatif primer (gejala yang merupakan bagian intrinsik skizofrenia) dan gejala negatif sekunder (gejala yang timbul akibat penggunaan obat antipsikotik).

c. Gangguan kognitif

Gangguan kognitif, yaitu disfungsi kognitif yang meliputi masalah dengan perhatian, ingatan atau memori dan fungsi eksekutif. Pola gangguan kognitif pada skizofrenia berimplikasi pada cortex frontalis (Hipofrontalitas).

Disfungsi kognitif pada skizofrenia berupa gangguan fungsi atensi (perhatian), yaitu gangguan terhadap 3 fungsi utama yaitu kewaspadaan, orientasi dan kontrol eksekutif. Kewaspadaan merupakan kemampuan dalam mencapai dan mempertahankan kondisi sensitivitas tinggi terhadap stimulus. Orientasi merupakan proses memilih informasi dari input sensoris, dan kontrol eksekutif merupakan mekanisme untuk memantau dan mengatasi konflik pikiran dan perasaan lalu meresponnya.

5. Penatalaksanaan Medis

Berdasarkan *American Psychiatric Association's Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia*, tatalaksana harus komprehensif, multimodal dan diterapkan secara empiris. Saat ini, tatalaksana skizofrenia yaitu penanganan farmakologis, psikoterapi, rehabilitasi dan dukungan masyarakat sehingga dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas penyakit, meningkatkan kondisi pasien dan meningkatkan kualitas hidup (Amris dan Muthmainnah, 2024).

a. Terapi anti psikotik

Obat antipsikotik terdiri dari dua kelas utama yaitu sebagai antagonis reseptor dopamin (misalnya Klorpromazin, Haloperidol) dan SDA (*Serotonin-Dopamine Antagonis*) misalnya Risperidon dan Klozapin.

1) Antipsikotik Generasi I (Antipsikosis Tipikal)

Mekanisme kerja APG I sebagai *Dopamine Receptor Antagonist*. APG-I memblokir dopamin pada reseptor pasca sinaptik di neuron otak, khususnya di *limbic system* dan *ekstrapiramidal system* sehingga efektif untuk mengatasi gejala positif. Antipsikotik tipikal cenderung lebih menyebabkan efek samping ekstrapiramidal, hiperprolaktinemia dan *tardive dyskinesia*. Jenis Antipsikotik Generasi I adalah *Chlorpromazine*, *Fluphenazine*, *Perphenazine*, *Haloperidol*, *Trifluoperazin*, *Thioridazine*, *Loxapine*.

2) Antipsikotik Generasi 2 (Antipsikotik Atipikal)

Antipsikotik atipikal (Aripiprazole, Clozapine, Olanzapine, Risperidone) sekarang direkomendasikan untuk terapi lini pertama psikosis onset baru, tetapi antipsikotik tipikal masih digunakan. Antipsikotik atipikal mungkin sedikit lebih baik dalam mengobati gejala negatif skizofrenia, sehingga berguna untuk

mengontrol gejala positif dan negatif. Obat ini memiliki efikasi yang lebih baik dan efek samping yang minimal.

Mekanisme kerja APG-2 yaitu sebagai *Serotonine-Dopamine Receptor Antagonist (SDA)*. Obat ini berafinitas terhadap “*Dopamine D2 Receptors*” dan “*Serotonin 5HT2 Receptors*”, sehingga bermanfaat untuk gejala positif dan negatif.

Indikasi rawat inap pasien skizofrenia yaitu untuk kepentingan diagnostik, stabilisasi pengobatan, untuk keamanan pasien karena adanya keinginan bunuh diri dan pembunuhan, jika perilaku sangat kacau atau tidak pada tempatnya, termasuk ketidakmampuan mengurus kebutuhan dasar seperti pangan, sandang dan papan.

b. 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. Penanganan dilaksanakan di berbagai tempat misalnya rumah sakit, klinik rawat jalan, pusat kesehatan jiwa, rumah atau klub sosial.

Pelatihan keterampilan perilaku dilakukan melalui penggunaan video, bermain drama dalam terapi dan tugas pekerjaan rumah untuk keterampilan khusus yang dipraktikkan. Pelatihan keterampilan sosial telah terbukti mengurangi angka relaps, yang terukur melalui kebutuhan rawat inap. Terapi berorientasi keluarga juga sangat diperlukan untuk mendukung perbaikan pasien.

B. Harga Diri Rendah pada Pasien dengan Skizofrenia

1. Definisi harga diri rendah

Harga diri rendah didefinisikan sebagai pandangan negatif terhadap diri sendiri yang memicu hilangnya rasa percaya diri, sikap pesimis, serta perasaan tidak berarti dalam hidup. Dalam konteks klinis, berbagai masalah keperawatan dapat memicu penurunan harga diri, yang pada akhirnya berdampak pada buruknya hubungan interpersonal serta peningkatan risiko depresi dan skizofrenia. Secara mendasar, emosi negatif inilah yang menjadi akar dari krisis kepercayaan diri dan gangguan harga diri seseorang (Citra dan Sukamti, 2023)

Harga diri rendah merupakan bentuk evaluasi diri negatif yang menetap, di mana individu merasa tidak memiliki arti, tidak berharga, dan inferior. Kondisi ini umumnya muncul akibat persepsi kegagalan dalam mewujudkan standar ideal diri, yang kemudian mengikis kepercayaan diri individu tersebut (Hendra *et al.*, 2020)

Berdasarkan pendapat para ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah adalah pandangan dan perasaan negatif yang menetap terhadap diri sendiri, di mana seseorang merasa tidak berharga, tidak kompeten, dan kehilangan rasa percaya diri. Kondisi ini dipicu oleh ketidakmampuan memenuhi standar pribadi serta faktor eksternal seperti buruknya hubungan interpersonal, yang pada akhirnya menghambat kemampuan individu untuk berinteraksi dengan lingkungan sosialnya secara sehat.

2. Etiologi harga diri rendah

Menurut Nurhidayat (2024) faktor penyebab yang mempengaruhi harga diri rendah meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi yaitu :

a. Faktor predisposisi

Faktor yang mempengaruhi harga diri rendah meliputi penolakan dari orang tua, seperti tidak dikasih pujian, dan sikap orang tua yang terlalu mengekang, sehingga anak menjadi frustrasi dan merasa tidak berguna lagi serta merasa rendah diri. Faktor yang mempengaruhi harga diri rendah juga meliputi ideal diri seperti dituntut untuk selalu berhasil dan tidak boleh berbuat salah, sehingga anak kehilangan rasa percaya diri.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi ditimbulkan dari sumber internal dan eksternal misalnya ada salah satu anggota yang mengalami gangguan mental sehingga keluarga merasa malu dan rendah diri. Pengalaman traumatik juga dapat menimbulkan harga diri rendah seperti penganiayaan seksual, kecelakaan yang menyebabkan seseorang dirawat di rumah sakit dengan pemasangan alat bantu yang tidak nyaman baginya. Respon terhadap trauma umumnya akan mengubah arti trauma dan kopingnya menjadi represi dan denial.

3. Tanda dan gejala harga diri rendah

Menurut PPNI (2016) tanda dan gejala dari harga diri rendah situasional dan kronik yaitu:

a. Harga diri rendah situasional

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subyektif

(1) Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)

(2) Merasa malu/bersalah

(3) Lebih – lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri

(4) Menolak penilaian positif tentang diri sendiri

b) Obyektif

(1) Berbicara pelan dan lirih

(2) Menolak berinteraksi dengan orang lain

(3) Berjalan menunduk

(4) Postur tubuh menunduk

2) Gejala dan tanda minor

a) Subyektif

(1) Sulit berkonsentrasi

b) Obyektif

(1) Kontak mata kurang

(2) Lesu dan tidak bergairah

(3) Pasif

(4) Tidak mampu membuat Keputusan

b. Harga diri rendah kronis

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subyektif

(1) Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)

(2) Merasa malu/bersalah

(3) Merasa tidak mampu melakukan apapun

(4) Meremehkan kemampuan mengatasi masalah

(5) Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif

(6) Melebih – lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri

(7) Menolak penilaian positif tentang diri sendiri

b) Obyektif

(1) Enggan mencoba hal baru

(2) Berjalan menunduk

(3) Postur tubuh menunduk

2) Gejala dan tanda minor

a) Subyektif

(1) Merasa sulit berkonsentrasi

(2) Sulit tidur

(3) Mengungkapkan keputusan

b) Obyektif

(1) Kontak mata kurang

(2) Lesu dan tidak bergairah

(3) Berbicara pelan dan lirih

(4) Pasif

(5) Perilaku tidak asertif

(6) Mencari penguatan secara berlebihan

(7) Bergantung pada pendapat orang lain

(8) Sulit membuat Keputusan

(9) Sering mencari penegasan

4. Klasifikasi harga diri rendah

Menurut Pardede (2020) klasifikasi harga diri rendah dibagi menjadi 2 jenis, yaitu :

a. Harga diri rendah situasional

Harga diri rendah situasional yaitu kondisi seseorang yang sebelumnya memandang diri positif kemudian menilai dirinya negatif sebagai respon sebuah peristiwa, mengalamai kehilangan serta perubahan.

b. Harga diri rendah kronis

Harga diri rendah kronis yaitu kondisi individu yang memandang negatif dirinya sendiri dan ketidakmampuan melakukan apapun selama bertahun-tahun. Individu.

5. Penatalaksanaan harga diri rendah

Menurut Syafwan (2025) penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan harga diri rendah antara lain:

a. Psikoterapi

Psikoterapi adalah terapi yang mendorong pasien untuk berinteraksi dengan orang lain, termasuk perawat dan dokter. Tujuannya adalah untuk mencegah pasien menarik diri atau mengasingkan diri lagi, yang dapat menyebabkan kebiasaan yang buruk. Dalam psikoterapi, pasien dapat diminta untuk berpartisipasi dalam aktivitas kelompok, permainan, atau latihan bersama.

b. *Electro Convulsive Therapy (ECT)*

Terapi kejang listrik (ECT) adalah teknik terapi yang menggunakan listrik untuk mengobati sejumlah kondisi gangguan jiwa.

c. Terapi aktivitas kelompok

Terapi aktivitas kelompok adalah suatu upaya memfasilitasi terapi terhadap sejumlah pasien dengan gangguan jiwa secara bersamaan. Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan hubungan individu dengan orang lain dalam kelompok. TAK

biasanya diterapkan pada pasien dengan masalah keperawatan yang sama. Terapi aktivitas kelompok dibagi menjadi 4, yaitu terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif atau persepsi, terapi aktivitas kelompok stimulasi sensorik, terapi aktivitas kelompok stimulasi realita, dan terapi aktivitas kelompok sosialisasi.

d. Terapi okupasi

Terapi okupasi adalah terapi yang dilakukan untuk mengarahkan pasien dalam melakukan aktivitas atau menguasai keterampilan motorik yang sengaja dipilih untuk meningkatkan harga diri

e. Terapi Kognitif Perilaku (*Cognitive Behaviour Therapy*)

Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan dilakukan secara teratur, yang memberikan dasar berfikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatif, memahami masalah, mengatasi perasaan negatif, serta mampu memecahkan masalah tersebut. Terapi kognitif sebenarnya merupakan rangkaian dengan terapi perilaku yang disebut terapi kognitif perilaku.

C. Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah Kronis pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan awal dan fundamental dalam proses keperawatan yang berfungsi sebagai sarana pengumpulan data pasien. Proses ini bertujuan untuk memetakan masalah kesehatan serta kebutuhan keperawatan klien secara komprehensif, mencakup aspek fisik, mental, sosial, hingga faktor lingkungan (Hendra *et al.*, 2020)

a. Pengumpulan data menurut Faizah *et al.*, (2025) :

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status marital, suku bangsa, alamat, nomor rekam medik.

2) Alasan masuk

Keluhan utama yang mendasari pasien masuk rumah sakit adalah kecenderungan menarik diri dari lingkungan sosial. Secara objektif, pasien tampak sering menyendiri, menghindari kontak mata saat berinteraksi, serta berkomunikasi dengan postur menunduk dan volume suara yang pelan.

3) Faktor predisposisi

a) Riwayat gangguan psikiatrik

Pasien dengan indikasi harga diri rendah umumnya memiliki rekam medis terkait gangguan kejiwaan di masa lalu, termasuk riwayat menjalani rawat inap di fasilitas kesehatan jiwa sebelumnya.

b) Riwayat pengobatan

Meskipun pasien sudah pernah mendapatkan penanganan medis untuk kondisi kejiwaannya, sering kali proses pengobatan yang dijalani sebelumnya dinilai belum mencapai hasil yang optimal atau mengalami kegagalan.

c) Riwayat trauma

Pasien cenderung memiliki latar belakang sebagai pelaku, korban, maupun saksi atas berbagai tindak kekerasan. Hal ini meliputi penganiayaan fisik, pelecehan seksual, pengalaman penolakan oleh masyarakat, konflik domestik dalam keluarga, hingga keterlibatan dalam peristiwa kriminal.

d) Faktor keturunan

Terdapat kecenderungan adanya faktor genetik dalam keluarga, di mana satu atau lebih anggota keluarga memiliki riwayat gangguan kesehatan mental yang serupa dengan kondisi yang dialami pasien.

e) Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan

Stressor psikologis yang memicu gangguan jiwa sering kali berasal dari pengalaman masa lalu yang menyakitkan. Hal ini mencakup duka akibat kehilangan orang terdekat, pemutusan hubungan kerja, serta kegagalan dalam mewujudkan cita-cita atau standar hidup yang diharapkan (ideal diri).

4) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah adalah penolakan orang tua yang tidak realistis, kegagalan berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, ideal diri yang tidak realistis

5) Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda – tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien. Memeriksa apakah ada kekurangan pada kondisi fisiknya. Pada klien harga diri rendah terjadi peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi

6) Psikososial

a) Genogram

Analisis silsilah keluarga digunakan untuk menelusuri riwayat kesehatan lintas generasi. Hal ini dilakukan guna mengetahui apakah terdapat faktor genetik atau kecenderungan gangguan jiwa yang sama di dalam silsilah keluarga pasien. Konsep diri.

b) Konsep diri

(1) Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai. Pada klien harga diri rendah cenderung merendahkan dirinya sendiri, perasaan tidak mampu dan rasa bersalah terhadap diri sendiri

(2) Identitas diri

Pasien merasa rendah diri dan tidak berdaya, sehingga merasa tidak memiliki kebanggaan atau posisi yang berarti di lingkungan keluarga maupun masyarakat.

(3) Fungsi peran

Pasien merasa tidak mampu menjalankan tugasnya sehari-hari, kurang produktif, dan merasa tertekan dengan tanggung jawab yang dimiliki.

(4) Ideal diri

Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien dengan harga diri rendah cenderung percaya diri kurang, selalu merendahkan martabat, dan penolakan terhadap kemampuan dirinya.

Masalah keperawatan : ideal diri tidak tercapai

(5) Harga diri

Menurut PPNI (2016) gejala dan tanda mayor dengan subjektif menilai diri negative, merasa malu/bersalah, merasa tidak mampu melakukan apapun, meremehkan kemampuan mengatasi masalah, merasa tidak memiliki kelebihan, data objektif yaitu enggan mencoba hal baru, berjalan menunduk, postur tubuh

menunduk. Pasien dengan harga diri rendah merasa malu terhadap dirinya sendiri, rasa bersalah terhadap dirinya sendiri, merendahkan martabat, pandangan hidup yang pesimis, penolakan terhadap kemampuan diri, percaya diri kurang,

Masalah keperawatan : harga diri rendah kronis

c) Hubungan sosial

(1) Pasien tidak mempunyai orang yang berarti untuk mengadu atau meminta dukungan

(2) Pasien merasa berada di lingkungan yang mengancam

(3) Keluarga kurang memberikan penghargaan kepada klien

Masalah keperawatan : isolasi sosial

d) Spiritual

Nilai dan keyakinan, pelaksanaan aktivitas ibadah atau praktik spiritual, serta tingkat kepuasan dalam menjalankan keyakinan merupakan aspek yang perlu dikaji. Pada klien dengan harga diri rendah, umumnya ditemukan kecenderungan untuk menarik diri dan kurang optimal dalam menjalankan fungsi spiritualnya.

7) Status mental

a) Penampilan

Pasien dengan harga diri rendah sering ditemukan kurangnya perhatian terhadap perawatan diri. Hal tersebut dapat ditunjukkan dengan kondisi rambut yang tampak kotor dan kusam, kuku panjang dan menghitam, kulit tampak kurang bersih, serta kebersihan gigi yang kurang terjaga sehingga terlihat kekuningan.

b) Pembicaraan

Klien dengan harga diri rendah umumnya menunjukkan gangguan dalam pola komunikasi verbal, seperti berbicara terbata-bata, sering mengalami blocking,

berbicara lambat, cenderung membisu, menghindari interaksi, serta mengalami kesulitan dalam memulai pembicaraan.

c) Aktivitas motorik

Pasien dengan harga diri rendah sering ditemukan perilaku menundukkan kepala, tidak berani melakukan kontak mata dengan lawan bicara, serta menunjukkan perasaan malu dalam berinteraksi sosial.

d) Afek dan emosi

Pasien dengan harga diri rendah cenderung menunjukkan afek datar, yaitu tidak adanya perubahan ekspresi wajah meskipun menerima stimulus yang menyenangkan maupun menyedihkan.

e) Interaksi selama wawancara

Pasien dengan harga diri rendah sering ditemukan kontak mata yang kurang adekuat, ditandai dengan ketidakmampuan atau ketidakmauan klien untuk menatap lawan bicara saat berinteraksi.

f) Proses pikir

(1) Arus pikir

Klien dengan harga diri rendah cenderung blocking (pembicaraan terhenti tiba – tiba tanpa gangguan dari luar kemudian dilanjutkan kembali)

(2) Bentuk pikir

Otistik: bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya

(3) Isi pikir

Pikiran rendah diri: selalu merasa bersalah pada dirinya dan penolakan terhadap kemampuan diri. Klien menyalahkan, menghina dirinya terhadap hal –

hal yang pernah dilakukan ataupun belum pernah dia lakukan Rasa bersalah: pengungkapan diri negative Pesimis: berpaandangan bahwa masa depan dirinya yang suram tentang banyak hal di dalam kehidupannya.

g) Tingkat kesadaran

Klien dengan harga diri rendah tingkat kesadaran composmentis, namun ada gangguan orientasi terhadap orang lain.

h) Memori

Klien dengan harga diri rendah mampu mengingat memori jangka panjang ataupun jangka pendek

i) Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien harga diri rendah menurun karena pemikiran dirinya sendiri yang merasa tidak mampu

j) Kemampuan penialain / pengambilan Keputusan

Klien harga diri rendah sulit menentukan tujuan dan mengambil keputusan karena selalu terbayang ketidakmampuan untuk dirinya sendiri

k) Daya tilik

Mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya. Menyalahkan hal – hal diluar dirinya: menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang

8) Kebutuhan perencanaan pulang

a) Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

b) Kegiatan hidup sehari – hari (ADL)

9) Mekanisme coping

Bagaimana dan jelaskan reaksi klien bila menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara – cara yang adaptif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, olahraga, atau menggunakan cara – cara yang maladaptif seperti minum alkohol, merokok, reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya

b. Daftar masalah keperawatan

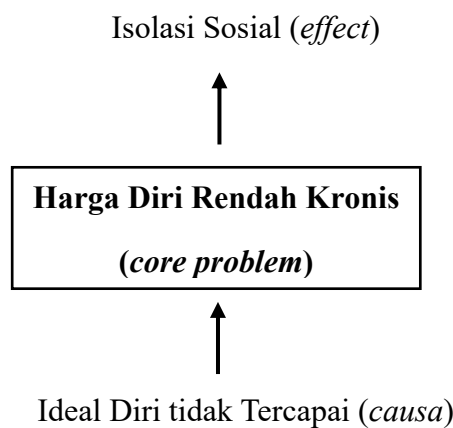
Tabel 1.
Daftar Masalah Keperawatan

No	Data	Masalah Keperawatan
1	S : - Mengungkapkan ingin diakui jati dirinya - Mengungkapkan tidak ada lagi yang peduli - Mengungkapkan tidak bisa apa-apa - Mengungkapkan dirinya tidak berguna - Mengkritik diri sendiri. Perasaan tidak mampu. O : - Merusak diri sendiri maupun orang lain - Ekspresi malu - Menarik diri dari hubungan sosial - Tampak mudah tersinggung - Tidak mau makan tidak tidur	Harga Diri Rendah Kronis
2	S : - Mengungkapkan enggan bicara dengan orang lain - Mengatakan malu bertemu dan berhadapan dengan orang lain O : - Ekspresi wajah kosong tidak ada kontak mata - Ketika diajak bicara suara pelan dan tidak jelas hanya memberi jawaban singkat - Menghindar ketika didekati	Isolasi Sosial

No	Data	Masalah Keperawatan
3	S : - Mengatakan tugas dan peran tidak sesuai harapan - Mengatakan harapan terhadap penyakitnya - Mengatakan tidak percaya diri dengan kemampuannya O : - Postur tubuh tampak menunduk - Pasien tampak tidak bersemangat	Ideal Diri Tidak Tercapai

(sumber : Pranata et al. (2023). Buku Ajar Keperawatan Jiwa)

c. Pohon masalah keperawatan



Gambar 1. Pohon Masalah Keperawatan

2. Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan merupakan tahap kedua dalam proses keperawatan. Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan, baik yang terjadi secara aktual maupun yang berpotensi terjadi (Astuti et al., 2024). Menurut Pranata et al., (2023), pasien dengan harga diri rendah mempunyai beberapa diagnosis yang akan muncul yaitu :

- Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai
- Isolasi sosial berhubungan dengan harga diri rendah kronis

3. Rencana Keperawatan

Menurut PPNI (2018) perencanaan keperawatan dirumuskan sesuai diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan berpedoman pada standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Pada tahap ini, perawat menyusun rencana tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami pasien serta meningkatkan derajat kesehatannya. Rencana tindakan keperawatan meliputi tujuan umum, tujuan khusus, dan intervensi keperawatan yang akan diberikan (Astuti *et al.*, 2024)

Hasil keperawatan adalah hasil akhir yang diharapkan dari intervensi keperawatan. Dalam karya ini luaran keperawatan disusun berdasarkan (SLKI). Adapun kajian teori intervensi asuhan keperawatan dibuat dalam tabel 2 :

Tabel 2.
Intervensi Keperawatan Harga Diri Rendah Kronis dengan Pemberian Terapi Okupasi : *Activity Wheel Game* Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama Provinsi Bali

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	2	3	4
Harga Diri Rendah Kronis (D.0086)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 x 20 menit diharapkan harga diri (L.09069) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Bina hubungan saling percaya terbina 2. Penilaian diri positif meningkat	1. Membina hubungan saling percaya (BHSP) Manajemen Perilaku (I.12463) Observasi: 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku	1. Untuk menciptakan landasan rasa aman yang menurunkan kecurigaan dan kecemasan pasien. Manajemen Perilaku (I.12463) Observasi : 1. Mengetahui kemampuan dan tujuan pasien dalam mengontrol perilaku

1	2	3	4	5
	3. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 4. Minat mencoba hal baru meningkat 5. Aktifitas meningkat 6. Percaya diri berbicara meningkat	Terapeutik: - Jadwalkan kegiatan terstruktur - Ciptakan kegiatan dan pertahankan lingkungan perawatan konsisten setiap dinas - Pemberian intervensi inovasi terapi okupasi : <i>activity wheel game</i> selama 5-10 menit - Bicara dengan nada rendah dan tenang - Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku - Hindari bersikap menyudutkan menghentikan pembicaraan - Hindari sikap mengancam dan berdebat Edukasi : 1. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif Dukungan sosial 1. Dukungan sosial baik dari keluarga dan perawat	Terapeutik : 1. Mengurangi perilaku maladaptif dan kebosanan. 2. Memberikan rasa aman dan stabil - Untuk mengatasi masalah secara nonfarmakologis yang membantu mengatasi harga diri rendah - Membantu menenangkan pasien - Mempertahankan perilaku adaptif - Mencegah pasien merasa tertekan - Mencegah peningkatan emosi pasien Edukasi : 1. Keluarga berperan penting dalam proses pemulihan pasien Dukungan sosial 1. Meningkatkan motivasi dan rasa berharga pasien karena merasa diterima dan	

2. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat melakukan intervensi keperawatan yang telah disusun untuk mencapai luaran (outcome) yang telah ditetapkan (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan terhadap pasien diberikan secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk didalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan, implementasi keperawatan dibuat dalam bentuk tabel 3.

Tabel 3.
Implementasi Keperawatan Harga Diri Rendah Kronis dengan
Pemberian Terapi Okupasi : *Activity Wheel Game* Pada
Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Manah
Shanti Mahottama Provinsi Bali

No	Diagnosis	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4	5
1	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	- Membina hubungan saling percaya (BHSP), menjelaskan tujuan dan kontrak waktu	S : - Pasien mengatakan merasa nyaman saat mengobrol O : - Tampak kontak mata pasien baik, tidak menunduk, mampu menyebutkan nama dan umur	Bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang
2	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	- Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku - Berbicara dengan nada rendah dan tenang - Memberikan penguatan	S : - Pasien mengatakan mengatakan ingin belajar mengontrol emosi agar tidak merugikan diri sendiri maupun orang lain.	Bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan

1	2	3	4	5
		- mengendalikan perilaku - Menghindari bersikap menyudutkan menghentikan pembicaraan - Menghindari sikap mengancam dan berdebat	O : - Pasien kooperatif - Pasien mampu menyebutkan keinginan untuk menjadi lebih tenang, tidak mudah marah, dan dapat berinteraksi lebih baik dengan orang lain. - Tidak menunjukkan perilaku agresif, nada bicara stabil.	nama terang
3	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	- Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif - Dukungan sosial baik dari keluarga dan perawat	S : - Pasien mengatakan merasa diperhatikan dan didukung oleh perawat. O : - Pasien tampak lebih tenang, mau berinteraksi dengan perawat dan pasien lain, serta menunjukkan sikap kooperatif selama perawatan.	Bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang
4	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	- Jadwalkan kegiatan terstruktur - Pemberian intervensi inovasi terapi okupasi : <i>activity wheel game</i> selama 5-10 menit - Ciptakan kegiatan dan pertahankan lingkungan perawatan	S : - Pasien mengatakan senang dan tertarik mengikuti aktivitas yang diberikan - Pasien mengatakan	Bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang

1	2	3	4	5
		konsisten setiap dinas	- merasa lebih nyaman dengan kegiatan dan aturan yang tetap. O : - Pasien mengikuti jadwal kegiatan yang telah dibuat. - Pasien tampak antusias, mampu mengikuti permainan selama 5–10 menit, serta berpartisipasi aktif dalam kegiatan. - Lingkungan perawatan tampak kondusif	
5	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	- Pemberian intervensi inovasi terapi okupasi : <i>activity wheel game</i> selama 5-10 menit	S : - Pasien mengatakan merasa senang, terhibur, dan tidak bosan saat mengikuti aktivitas. O : - Pasien tampak antusias mengikuti kegiatan selama 5–10 menit, berpartisipasi aktif, mampu mengikuti instruksi, dan menunjukkan ekspresi wajah lebih ceria.	Bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang
6	Harga diri rendah kronis	- Pemberian intervensi inovasi	S :	Bukti tindakan

1	2	3	4	5
	berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	terapi okupasi : <i>activity wheel game</i> selama 5-10 menit - Melakukan evaluasi pengakhiran terapi okupasi	- Pasien mengatakan merasa senang, terhibur, dan tidak bosan saat mengikuti aktivitas. O : - Pasien tampak antusias mengikuti kegiatan selama 5–10 menit, berpartisipasi aktif, mampu mengikuti instruksi, dan menunjukkan ekspresi wajah lebih ceria. - Pasien mampu menyampaikan perasaan setelah terapi, tampak lebih tenang, kooperatif, dan mengikuti kegiatan terapi sampai selesai.	sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang

3. Evaluasi Keperawatan

Menurut PPNI (2018) Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP meliputi, subjektif (s) respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, objektif (o) respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, analisa ulang (a) analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada, perencanaan (p) tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien.

Tabel 4.
Evaluasi Keperawatan Harga Diri Rendah Kronis dengan
Pemberian Terapi Okupasi : *Activity Wheel Game* Pada
Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Manah
Shanti Mahottama Provinsi Bali

Hari/tgl/jam	Diagnosis	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4
Tanggal/hari/jam saat diberikan implementasi	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	S : - Pasien mengatakan merasa nyaman saat mengobrol O : - Tampak kontak mata pasien baik, tidak menunduk, mampu menyebutkan nama dan umur A : Bina hubungan saling percaya terbina P : - Pertahankan hubungan saling percaya - Lanjutkan intervensi : manajemen perilaku	Bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang
Tanggal/hari/jam saat diberikan implementasi	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	S : - Pasien mengatakan ingin belajar mengontrol emosi agar tidak merugikan diri sendiri maupun orang lain. O : - Pasien kooperatif, Pasien mampu menyebutkan keinginan untuk menjadi lebih tenang, tidak mudah marah, dan dapat berinteraksi lebih baik dengan orang lain. - Tidak menunjukkan perilaku agresif, nada bicara stabil.	Bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang

1	2	3	4
		A : Penilaian diri positif meningkat P : - Pertahankan manajemen perilaku - Lanjutkan intervensi dukungan sosial	
Tanggal/hari/jam saat diberikan implementasi	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	S : - Pasien mengatakan merasa diperhatikan dan didukung oleh perawat. O : - Pasien tampak lebih tenang, mau berinteraksi dengan perawat dan pasien lain, serta menunjukkan sikap kooperatif selama perawatan. A : Dukungan sosial tercapai P : - Pertahankan dukungan sosial - Lanjutkan pemberian terapi inovasi	Bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang
Tanggal/hari/jam saat diberikan implementasi	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	S : - Pasien mengatakan senang dan tertarik mengikuti aktivitas yang diberikan - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan kegiatan dan aturan yang tetap. O : - Pasien mengikuti jadwal kegiatan yang telah dibuat. - Pasien tampak antusias, mampu mengikuti permainan selama 5–10 menit, serta berpartisipasi aktif dalam kegiatan. - Lingkungan perawatan tampak kondusif A : Pemberian terapi inovasi tercapai	Bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang

1	2	3	4
		P : Lanjutkan pemberian terapi inovasi temu 2	
Tanggal/hari/jam saat diberikan implementasi	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	S : - Pasien mengatakan merasa senang, terhibur, dan tidak bosan saat mengikuti aktivitas. O : - Pasien tampak antusias mengikuti kegiatan selama 5–10 menit, berpartisipasi aktif, mampu mengikuti instruksi, dan menunjukkan ekspresi wajah lebih ceria. A : Minat mencoba hal baru meningkat P : Lanjutkan pemberian terapi inovasi temu 3	Bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang
Tanggal/hari/jam saat diberikan implementasi	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ideal diri tidak tercapai	S : - Pasien mengatakan merasa senang, terhibur, dan tidak bosan saat mengikuti aktivitas. O : - Pasien tampak antusias mengikuti kegiatan selama 5–10 menit, berpartisipasi aktif, mampu mengikuti instruksi, dan menunjukkan ekspresi wajah lebih ceria. - Pasien mampu menyampaikan perasaan setelah terapi, tampak lebih tenang, kooperatif, dan mengikuti kegiatan terapi sampai selesai. A : Pemberian terapi inovasi tercapai P : - Pertahankan pemberian terapi inovasi	Bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang

1	2	3	4
		- Lanjutkan terapi inovasi secara terjadwal. - Motivasi pasien untuk tetap mengikuti kegiatan terapi.	

D. Konsep Terapi Okupasi

1. Definisi Terapi Okupasi

Terapi okupasi, atau dikenal juga sebagai terapi kerja, merupakan suatu pengetahuan dan seni yang bertujuan mendorong keikutsertaan individu pada berbagai kegiatan terstruktur dimana sudah dirancang secara khusus. Terapi ini berfokus untuk pengembangan kemampuan yang masih dimiliki oleh pasien guna meningkatkan tingkat kemandirian, sehingga pasien tidak lagi bergantung sepenuhnya pada bantuan orang lain(Widiyawati W, 2020).

Activity wheel game merupakan media terapi okupasi berbasis permainan roda putar yang berisi berbagai pilihan aktivitas yang dipilih secara acak oleh pasien. Media ini digunakan untuk meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, melatih interaksi sosial, meningkatkan konsentrasi, serta membantu membangun rasa percaya diri melalui pengalaman berhasil dalam menyelesaikan kegiatan. Activity wheel game dikembangkan dari konsep terapi okupasi yang memanfaatkan aktivitas terstruktur dan bermakna untuk meningkatkan fungsi psikologis, sosial, dan kemampuan adaptasi pasien

2. Manfaat Terapi Okupasi

Manfaat terapi okupasi menurut Widiyawati.W (2020) sebagai berikut :

a. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi mental :

1) Menghasilkan lingkungan atau kondisi yang mendukung agar individu mampu mengembangkan kapasitas dirinya dalam menjalin interaksi sosial dan membangun hubungan orang lain maupun lingkungan sekitarnya.

2) Membantu melepaskan dorongan emosi secara wajar.

3) Membantu menemukan kegiatan sesuai bakat dan kondisinya.

b. Terapi khusus untuk mengembalikan fisik, meningkatkan sendi, otot, dan koordinasi aktivitas otot, dan integrasi otot.

c. Mengajarkan keterampilan hidup sehari-hari (*Activity of Daily Living/ADL*), seperti makan, berpakaian, buang air kecil (BAK), buang air besar (BAB), dan aktivitas dasar lainnya.

d. Membantu individu dalam beradaptasi dengan rutinitas atau kegiatan yang terjadwal saat berada di lingkungan rumah.

e. Meningkatkan toleransi terhadap aktivitas kerja serta memelihara dan mengembangkan keterampilan yang telah melekat pada individu.

f. Menyusun berbagai bentuk aktivitas yang bertujuan untuk mengevaluasi aspek mental dan fisik, pola kebiasaan, kemampuan interaksi sosial, bakat, minat, serta potensi yang telah dikuasai oleh individu.

g. Membimbing individu dalam menyalurkan minat dan hobi individu agar mampu dimanfaatkan sesudah kembali hidup di tengah lingkungan sosial.

3. Jenis dan bentuk terapi okupasi

Kegiatan yang diterapkan dalam terapi okupasi sangat disesuaikan oleh konteks terapeutik secara menyeluruh, termasuk lingkungan, ketersediaan sumber daya, serta kemampuan individu pasien, yang mencakup pengetahuan, keterampilan, minat, dan tingkat kreativitas yang dimiliki (Widiyawati W, 2020).

- a. Beragam bentuk kegiatan yang relevan untuk digunakan dalam pelaksanaan terapi okupasi mencakup berbagai bentuk kegiatan, antara lain: latihan fisik, olahraga, permainan yang melibatkan keterampilan motorik halus seperti meronce manik-manik, origami, pelatihan kebersihan dan kerapian diri, aktivitas harian seperti merapikan tempat tidur, menyapu, dan mengepel, latihan pra-vokasional, kegiatan seni seperti tari, musik, melukis, dan drama, serta kegiatan rekreasional seperti bertamasya, menonton film atau pertunjukan, dan diskusi mengenai topik tertentu yang bersumber dari surat kabar, majalah, televisi, radio, maupun isu-isu aktual di lingkungan sekitar.
- b. Aktivitas adalah jenis kegiatan yang dapat menyibukan seseorang secara produktif yang digunakan sebagai suatu media untuk belajar dan mengalami kemajuan, dan juga sebagai media pemenuhan kebutuhan emosional dan fisik.

4. Standar Operasional Prosedur Terapi

Tabel 5.
SOP Terapi Okupasi

Terapi Okupasi (<i>Activity Wheel Game</i>)	
No	Prosedur
1	2
A Pengertian	<i>Activity wheel game</i> merupakan media terapi okupasi berbasis permainan roda putar yang berisi berbagai pilihan aktivitas yang dipilih secara acak oleh pasien.
B Tujuan	Tujuan terapi ini untuk meningkatkan rasa percaya diri pada pasien harga diri rendah, dengan cara mengalihkan perasaan negatif dengan meningkatkan kepercayaan diri dengan hal positif dan aktivitas yang disukai.

1	2
C	Alat
	1. Papan roda berputar : terbagi dalam tiga kegiatan (mewarnai, origami, berkebun) 2. Kertas mewarnai 3. Pensil warna 4. Kertas origami 5. Alat berkebun
D	Prosedur
1.	Pra Interaksi
	1. Cek catatan keperawatan 2. Mempersiapkan diri 3. Mempersiapkan alat media
2	Orientasi
	1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Memperkenalkan diri dan memverifikasi identitas pasien 3. Menjelaskan tujuan, prosedur serta aturan permainan secara sederhana, dan lamanya kegiatan pada klien/pasien (+15 – 30 menit) 4. Menanyakan kesiapan pasien
3	Kerja
	1. Jaga privasi klien, memulai kegiatan dengan cara yang baik 2. Menanyakan apa saja hobi dan aktivitas yang disukai oleh pasien 3. Memilih hal positif yang paling disukai klien 4. Menyusun beberapa aktivitas pada media roda aktivitas 5. Mempersiapkan klien dan alat yang akan digunakan 6. Meminta klien untuk memutar roda aktivitas untuk menentukan kegiatan yang akan dilaksanakan 7. Melakukan aktivitas yang terpilih berdasarkan roda aktivitas 8. Memberikan pujian setelah klien melakukan hobi 9. Aktivitas yang sudah terpilih tidak akan dilakukan kembali di pertemuan selanjutnya

10. Berikan terapi okupasi activity wheel game 3x pertemuan dengan selama 15 menit perhari

4 Terminasi

1. Menanyakan perasaan pasien setelah diberikan terapi
 2. Memberikan pujian atas keberhasilan terapi
 3. Melakukan kontrak: topik, waktu, dan tempat kegiatan selanjutnya
 4. Pendokumentasian
-

(Sumber : Yoga, (2024). Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah Dengan Terapi Okupasi pada Pasien Skizofrenia di Ruang Sri Kresna RSJ Provinsi Bali.)