

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikiatri dengan karakteristik adanya gejala psikotik (positif maupun negatif) disertai penurunan kognitif (Syafwan, 2025). Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang dapat memengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Gangguan ini termasuk dalam kelompok psikosis yang terutama ditandai dengan adanya kehilangan kemampuan dalam memahami realitas secara tepat serta menurunnya daya tilik diri (Aprilian, Rahmawati and Sundari, 2022). Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, merasakan, dan mengekspresikan emosi, serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran yang tidak teratur, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh (Pardede and Ramadia, 2021).

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang termasuk dalam kelompok psikosis, yang ditandai dengan adanya gangguan pada proses pikir, emosi, perilaku, dan kemampuan individu dalam memahami realitas. Skizofrenia dapat menimbulkan gejala positif seperti halusinasi dan delusi, gejala negatif seperti menarik diri dan penurunan motivasi, serta gangguan kognitif yang memengaruhi fungsi sehari-hari individu. Kondisi ini menyebabkan individu mengalami penurunan kemampuan

dalam berkomunikasi, mengekspresikan emosi, serta berinteraksi sosial sehingga memerlukan penanganan dan perawatan yang berkelanjutan.

2. Etiologi skizofrenia

Menurut Mashudi (2021) penyebab skizofrenia dapat disebabkan oleh faktor predisposisi dan faktor presipitasi, sebagai berikut :

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi yang dapat menimbulkan skizofrenia adalah:

1) Faktor biologis

Faktor biologis mencakup:

a) Faktor genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography (CTScan)* 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

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2) Faktor psikologis

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 sosialkultural 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 yang dapat menimbulkan skizofrenia mencakup:

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran

3) Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu

3. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Tanjung *et al.* (2023) skizofrenia dapat dibagi menjadi beberapa tipe, yaitu:

a Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid adalah tipe skizofrenia dengan ciri khas adanya pemahaman dan keyakinan yang salah namun kuat (waham) yang sering kali bersifat mencurigai. Penderita juga mengalami halusinasi, terutama dengan mendengar suara yang tidak nyata, perubahan dalam merespon emosional yang

tidak sesuai. Pada skizofrenia paranoid gangguan dalam berbicara tidak menonjol dibandingkan dengan tipe skizofrenia yang lainnya

b Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia tipe hebefrenik adalah tipe skizofrenia yang ditandai dengan ketidakstabilan emosi yang mencolok, disertai dengan delusi dan halusinasi tidak terkontrol serta munculnya perilaku yang impulsif dan tidak terkendali

c Skizofrenia katatonik

Skizofrenia tipe ini adalah skizofrenia dengan gangguan pada gerakan tubuh (psikomotor) sangat menonjol. Penderita bisa tiba-tiba bergerak dengan sangat cepat ataupun tidak mampu untuk bergerak sama sekali, bahkan penderita bisa mempertahankan posisi tubuh yang abnormal dalam waktu yang lama. Kecemasan dan Tindakan agresif juga menyertai penderita skizofrenia tipe ini.

d Skizofrenia tidak terinci (*undifferentiated*)

Skizofrenia tidak terinci merupakan jenis gangguan mental yang memenuhi ciri-ciri umum skizofrenia, namun gejala-gejala yang dialami tidak cukup khas untuk dikategorikan dalam tipe skizofrenia yang lebih spesifik seperti skizofrenia paranoid ataupun skizofrenia katatonik. Penderita skizofrenia tidak terinci menunjukkan campuran gejala skizofrenia tanpa adanya satu gejala yang menonjol.

e Depresi pasca skizofrenia

Depresi pasca skizofrenia dapat diartikan sebagai seseorang yang pernah mengalami skizofrenia kemudian mengalami episode depresi yang cukup lama. Meskipun gejala utama skizofrenia yang pernah dialami sudah berkurang, namun beberapa gejala lain, baik gejala negatif maupun gejala positif masih muncul.

f Skizofrenia residual

Skizofrenia residual adalah tipe skizofrenia dengan gejala-gejala utama yang parah sudah berkurang, namun masih meninggalkan gejala negatif yang berlangsung lama seperti kurangnya motivasi dan afek datar.

g Skizofrenia simpleks

Skizofrenia simpleks ditandai dengan penurunan kemampuan sosial dan pekerjaan secara signifikan. Penderita akan kesulitan memenuhi tuntutan sosial dan kehilangan minat dalam berbagai aktivitas.

4. Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Dyah (2022) Gejala penyakit skizofrenia terbagi atas beberapa gejala berikut:

a. Gejala Positif

Gejala positif yang dimaksud di sini adalah gejala yang muncul akibat penyakit skizofrenia, sebelumnya tidak ada gejala tersebut (tidak didapatkan pada orang sehat). Beberapa kondisi yang termasuk gejala positif adalah sebagai berikut :

1) Waham/delusi

Suatu keyakinan yang dimiliki oleh penderita, keyakinan tersebut tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya (tidak realistis) dan tidak dapat digoyahkan, meskipun sudah diberikan bukti-bukti bahwa keyakinan tersebut tidak benar. Sebagai contoh, seseorang meyakini bahwa keluarganya berusaha meracuni setiap minuman yang dikonsumsinya, meskipun sudah dibuktikan bahwa minuman tersebut tidak beracun.

2) Halusinasi

Gangguan persepsi indera manusia yang timbul tanpa adanya rangsangan, sehingga penderita mampu mendengar, melihat, membau, mengecap, dan meraba sesuatu yang sebenarnya tidak ada.

3) Bicara melantur

Menandakan adanya gangguan pada proses berpikir penderita skizofrenia yang diekspresikan melalui pembicaraan yang tidak nyambung, melompat-lompat, atau bahkan menggunakan kata-kata baru sehingga sulit dipahami oleh orang lain.

4) Perilaku aneh

Perilaku penderita dapat bermacam-macam, seperti gelisah, melakukan gerakan aneh, mempertahankan posisi tubuh tertentu dalam waktu lama, atau melakukan gerakan berulang tanpa tujuan.

b. Gejala Negatif

Gejala negatif merupakan penurunan atau hilangnya fungsi yang sebelumnya dimiliki individu sebelum sakit.

1) Afek datar atau tumpul: ekspresi wajah tampak kosong dan tidak menunjukkan emosi.

2) Anhedonia: tidak lagi merasakan kesenangan pada aktivitas yang sebelumnya disukai.

3) Alogia: cenderung diam dan tidak berinisiatif memulai pembicaraan.

4) Avolisi: menurunnya motivasi, kemauan, atau inisiatif sehingga tampak malas dan apatis.

c. Gejala Kognitif

Meliputi penurunan kemampuan dalam berkonsentrasi, mengingat, memahami informasi, membuat keputusan, serta menilai situasi dan berperilaku sesuai norma sosial.

d. Gejala Mood

Berkaitan dengan suasana perasaan, seperti sedih, kesepian, merasa tidak berguna, putus asa, mudah cemas, tegang berlebihan, atau bahkan perasaan gembira yang berlebihan dan mudah marah.

5. Pemeriksaan penunjang skizofrenia

Menurut Mashudi (2024) pemeriksaan penunjang pada pasien skizofrenia sebagai berikut :

a. Pemeriksaan menggunakan instrumen

Skala-skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur gejala positif dan negatif pada pasien skizofrenia diantaranya adalah *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*, *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*, dan *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*.

b. Pemeriksaan neurokognisi

Pasien dengan skizofrenia biasanya akan memiliki hasil tes kognisi yang buruk. *Continous Performance Test (CPT)* adalah salah satu standar pemeriksaan gangguan atensi pada pasien skizofrenia. Terdapat empat hal yang dinilai dalam pengukuran menggunakan CPT, yaitu : *stimulus-response mapping*, *target probability*, *delay intervals* dan *response readiness*. Pada pasien skizofrenia, pasien akan mengalami masalah pada keempat aspek tersebut.

c. *Brain Imaging*

Pemeriksaan *brain imaging* seperti CT Scan dan MRI digunakan untuk melihat struktur otak dan mendeteksi adanya kelainan seperti tumor, atrofi otak, atau cedera kepala. MRI memiliki sensitivitas yang lebih tinggi dibandingkan CT Scan dalam mendeteksi perubahan struktur otak yang berhubungan dengan skizofrenia. Pemeriksaan lain yang saat ini digunakan untuk mengamati gambaran otak pada pasien skizofrenia misalnya *diffusion tensor imaging (DTI)*, *positron emission tomography (PET)* dan *magnetic resonance spectroscopy (MRS)*.

d. Pemeriksaan Elektroensefalografi (EEG)

Elektroensefalografi (EEG) digunakan untuk menilai aktivitas listrik otak. Pemeriksaan ini membantu membedakan skizofrenia dengan gangguan neurologis lain seperti epilepsi. Pada beberapa kasus, EEG juga digunakan untuk melihat adanya gangguan fungsi otak yang mungkin berhubungan dengan gejala psikotik.

e. Pemeriksaan mata

Pasien skizofrenia tidak mampu mengikuti target yang bergerak dengan mata mereka. Hal ini disebut dengan *saccadic movement*, yaitu gangguan pada pergerakan mata halus. Selain itu, pada pemeriksaan mata juga akan didapatkan rerata berkedip yang meningkat. Peningkatan ini disebut berhubungan dengan adanya aktivitas dopaminergik yang meningkat.

6. Penatalaksanaan skizofrenia

Menurut Syafwan (2025) Penatalaksanaan Skizofrenia terbagi menjadi beberapa pendekatan. Secara garis besar, tatalaksana skizofrenia dibagi menjadi farmakologi dan non farmakologi. Pemilihan terapi yang digunakan harus disesuaikan dengan derajat keparahan dan kondisi pasien.

a. Farmakologi

Pendekatan terapi dengan obat–obatan merupakan salah satu yang utama dalam penatalaksanaan skizofrenia. Medikamentosa yang utama digunakan adalah obat –obatan anti psikotik. Beberapa contoh obat yang digunakan pada pasien skizofrenia seperti risperidon, olanzapine, sertindole, ziprazidone, dan quetiapine.

b. Non farmakologi

1) *Psychoeducation*

Intervensi ini berfokus pada penyediaan informasi mengenai kondisi dan strategi penatalaksanaan. Pemberian informasi harus dilaksanakan dengan se jelas mungkin supaya proses terapi berjalan dengan baik.

2) *Cognitive Behavioral Therapy*

Intervensi ini bertujuan untuk membuat koneksi secara eksplisit antara pikiran, emosi, dan perilaku dengan tetap menghargai masalah pada masa lalu. Pada akhirnya, pasien diharapkan dapat menerima kondisi mereka sehingga dapat mengurangi stress sosial dan meningkatkan fungsi sehari –hari.

3) *Social skill training*

Tujuan dari intervensi ini adalah untuk melatih kemampuan interpersonal sehingga dapat mengurangi kesulitan dalam bersosialisasi.

4) *Family intervention*

Intervensi ini dilakukan pada level keluarga. Keluarga diyakini memiliki kedekatan hubungan sehingga dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya stress pada pasien. Intervensi bertujuan untuk membantu keluarga sehingga dapat terjadi komunikasi dan dukungan kepada pasien.

5) *Art therapies*

Intervensi ini dapat membantu pasien dalam berekspresi. Selain itu, intervensi ini dapat membantu pasien untuk mengorganisasikan pikiran ke dalam suatu bentuk lainnya

6) *Cognitive remediation*

Terapi perilaku ini berguna terutama untuk mereka yang mengalami gangguan kognitif yang mengganggu kehidupan sehari-hari. Intervensi ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dalam menerima informasi, meningkatkan atensi, dan memori

7) Terapi Okupasi

Intervensi ini membantu pasien meningkatkan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, mengembangkan keterampilan, serta meningkatkan fungsi fisik, psikologis, dan sosial. Pada pasien dengan Schizophrenia, terapi okupasi bertujuan membantu pasien lebih mandiri, meningkatkan kepercayaan diri, melatih konsentrasi, serta memperbaiki kemampuan berinteraksi sosial melalui aktivitas yang terarah dan bermakna.

B. Harga Diri Rendah Pada Pasien dengan Skizofrenia

1. Pengertian harga diri rendah kronis

Harga diri rendah adalah suatu pemikiran dan perasaan negatif terhadap diri sendiri sehingga penderita merasakan hilangnya rasa percaya diri, pesimis dan tidak berharga di kehidupannya. Seseorang dengan harga diri rendah kronis meyakini dan memandang dirinya lemah, tidak berharga, tidak dapat berbuat apa apa, tidak kompeten, merasa gagal, tidak menarik, tidak disukai, dan hilangnya kepercayaan diri yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus (Nurul Hasanah, 2023).

Menurut (Rahmawati and Apriliyani, 2021) harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri.

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah kronis merupakan kondisi ketika individu memiliki penilaian negatif terhadap dirinya sendiri secara berkepanjangan, sehingga muncul perasaan tidak berharga, tidak mampu, gagal, dan kehilangan rasa percaya diri. Kondisi ini menyebabkan individu memandang dirinya lemah, tidak kompeten, serta merasa tidak memiliki kemampuan untuk mencapai harapan atau tujuan hidupnya. Harga diri rendah kronis juga dapat memengaruhi cara individu berpikir, bersikap, dan berinteraksi dengan lingkungan sosialnya dalam kehidupan sehari-hari.

2. Klasifikasi harga diri rendah

Harga diri kronis (*chronic self-esteem*) dapat dibagi menjadi tiga kategori, yaitu tinggi, sedang, dan rendah, yang masing-masing memiliki karakteristik dan dampak berbeda terhadap kesehatan psikologis individu. Individu dengan harga diri tinggi memiliki evaluasi diri yang positif, percaya diri, optimis, mampu menghadapi tekanan dan kritik secara adaptif, serta cenderung menunjukkan kesejahteraan psikologis yang baik. Sementara itu, individu dengan harga diri sedang memiliki evaluasi diri yang campuran, kadang positif namun kadang negatif, sehingga mereka lebih rentan terhadap pengaruh kritik atau kegagalan dan memerlukan strategi penguatan diri agar tetap termotivasi. Sedangkan individu dengan harga diri rendah memiliki evaluasi diri negatif yang menetap, merasa tidak berharga, kurang

percaya diri, mudah pesimis, serta rentan terhadap gangguan psikologis seperti depresi, kecemasan, dan stres kronis (Berg *et al.*, 2023)

Secara garis besar, harga diri rendah juga dapat dibedakan menjadi dua jenis utama yakni situasional dan kronis:

a Harga diri rendah situasional

Harga diri rendah situasional adalah penilaian negatif terhadap kemampuan diri sendiri sebagai respon dalam menghadapi situasi yang terjadi saat ini (PPNI, 2017)

b Harga diri rendah kronis

Harga diri rendah kronis adalah penilaian yang memandang diri sendiri seperti tidak berharga dan tidak berarti yang berlangsung terus-menerus dalam kurun waktu yang panjang (PPNI, 2017)

3. Faktor penyebab

Menurut PPNI (2017) adapun penyebab harga diri rendah kronis, yakni:

- a. Terpapar situasi traumatis
- b. Kegagalan berulang
- c. Kurangnya pengakuan dari orang lain
- d. Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan
- e. Gangguan psikiatri
- f. Penguatan negatif berulang
- g. Ketidaksesuaian budaya

4. Tanda dan gejala harga diri rendah kronis

Menurut PPNI (2017) tanda dan gejala yang timbul dari harga diri rendah kronis disajikan dalam tabel 1 dan 2:

Tabel 1
Tanda dan Gejala Mayor Harga Diri Rendah Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

Subjektif	Objektif
1. Menilai diri negative	1. Enggan mencoba hal baru
2. Merasa malu atau bersalah	2. Berjalan menunduk
3. Merasa tidak mampu melakukan apapun	3. Postur tubuh menunduk
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	

(Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

Tabel 2
Tanda dan Gejala Minor Harga Diri Rendah Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

Subjektif	Objektif
1. Merasa sulit konsentrasi	1. Kontak mata kurang
2. Sulit tidur	2. Lesu dan tidak bergairah
3. Mengungkapkan keputusan	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

(Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

5. Penatalaksanaan harga diri rendah kronis

Menurut Prabowo (2019) penatalaksanaan harga diri rendah pada pasien dengan skizofrenia yaitu :

a. Psikofarmaka

Berbagai jenis obat psikofarmaka yang beredar dipasaran yang hanya diperoleh dengan resep dokter, dapat dibagi dalam dua golongan yaitu golongan generasi pertama (*typical*) dan golongan kedua (*atypical*). Obat yang termasuk golongan generasi pertama misalnya chlorpromazine HCL, Thoridazine HCL, dan Haloperidol. Obat yang termasuk generasi kedua misalnya: Risperidone, Olozapine, Quetiapine, Glanzapine, Zotatine, dan aripiprazole

b. Psikoterapi

Terapi kerja baik sekali untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter agar ia tidak mengasingkan diri lagi karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama.

c. Terapi Kejang Listrik (*Electro Convulsive Therapy*)

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui elektrode yang dipasang satu atau dua temples. Terapi kerja listrik diberikan pada skizofrenia yang tidak merman dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

d. Terapi Modalitas

Terapi modalitas/perilaku merupakan rencana pengobatan untuk skizofrenia yang ditujukan pada kermampuran dan kekurangan pasien. Teknik perilaku menggunakan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial. Kemampuan memenuhi diri sendiri dan latihan praktis dalam komunikasi interpersonal. Terapi kelompok bagi skizofrenia biasanya memusatkan pada rencana dan masalah dalam hubungan kehidupan yang nyata. Terapi kelompok

dibagi 4, yaitu terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif/perserpsi, terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori, terapi aktivitas kelompok stimulasi realita dan terapi aktivitas kelompok sosialisasi. Dari 4 jenis terapi aktivitas kelompok di atas yang paling relevan dilakukan pada individu dengan gangguan konsep diri harga diri rendah adalah terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi. Terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulasi dan terkait dengan pengalaman atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok, hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan perserpsi atau alternatif penyelesaian masalah

e. Terapi Okupasi

Terapi okupasi adalah suatu bentuk terapi rehabilitasi yang menggunakan aktivitas atau pekerjaan tertentu secara terarah dan terstruktur untuk membantu individu meningkatkan, mempertahankan, atau memulihkan kemampuan fisik, mental, sosial, dan emosional sehingga dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan optimal. Terapi ini sering diberikan pada pasien dengan gangguan fisik maupun gangguan kesehatan jiwa, termasuk Skizofrenia.

C. Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah Kronis pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan jiwa. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Adapun isi dari pengkajian menurut Prabowo (2019) yaitu sebagai berikut :

a. Pengumpulan data

1) Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal dan jam pengkajian, serta nomor rekam medis. Identitas penanggung jawab meliputi, nama, jenis kelamin, pekerjaan dan hubungan dengan pasien.

2) Keluhan utama

Pada keluhan utama berisikan kondisi pasien yang dirasakan saat ini sehingga harus dirawat di rumah sakit. Umumnya pada pasien skizofrenia dengan harga diri rendah kronis akan menunjukkan tanda dan gejala skizofrenia, namun disertai dengan ungkapan malu, merasa tidak berguna, dan tidak bisa melakukan apapun serta melebih-lebihkan penilaian negatif.

3) Faktor predisposisi

Pada bagian faktor predisposisi berkaitan dengan penyebab timbulnya skizofrenia dengan harga diri rendah kronis. Pengkajian faktor predisposisi yang dilakukan untuk harga diri rendah kronis adalah dengan mengumpulkan data riwayat kekerasan fisik pada pasien, riwayat penolakan di lingkungan sekitar, riwayat peristiwa yang tidak menyenangkan dan kegagalan berulang.

4) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menemukan abnormalitas yang terjadi pada tubuh pasien dengan menggunakan metode inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

5) Masalah psikososial

a) Genogram

Pada genogram umumnya akan terlihat anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien. Genogram ini digambarkan dengan menyertakan minimal tiga generasi dalam keluarga pasien

b) Konsep diri

Konsep diri menjadi salah satu data terpenting pada pasien skizofrenia dengan harga diri rendah kronis. Adapun konsep diri mencakup lima komponen, yakni:

- (1) Citra tubuh, mencakup pandangan individu terhadap bentuk, ukuran, fungsi penampilan, serta potensi tubuh yang kurang disukai sehingga dapat berisiko untuk menjadi penyebab harga diri rendah kronis dan gangguan citra tubuh.

Masalah keperawatan: Gangguan citra tubuh

- (2) Ideal diri, mencakup gambaran diri yang ingin dicapai seseorang berdasarkan dengan standar yang diharapkan oleh seseorang. Perlu dikaji apakah pasien sudah mencapai ideal dirinya atau belum, kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara ideal diri dan kondisi aktual yang mendukung terjadinya harga diri rendah kronis
- (3) Peran, mencakup seperangkat sikap dan perilaku yang diharapkan seseorang saat mengemban posisi tertentu, hal ini mendukung terjadi harga diri rendah kronis
- (4) Identitas diri, mencakup pemahaman terhadap diri sendiri yang berasal dari berbagai aspek dalam diri, kemudian menjadi satu keutuhan
- (5) Harga diri, mencakup penilaian terhadap diri sendiri yang berasal dari perbandingan antara hasil yang dicapai serta kemampuan yang dimiliki dengan

ideal diri, pada umumnya pasien dengan harga diri rendah kronis akan menilai diri negatif, merasa malu atau bersalah, merasa tidak mampu melakukan apapun, meremehkan kemampuan mengatasi masalah, merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif, melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri, menolak penilaian positif tentang diri sendiri, merasa sulit berkonsentrasi, sulit tidur, mengungkapkan keputusasaan, enggan mencoba hal baru, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk, kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, berbicara pelan dan lirih, pasif, perilaku tidak asertif, mencari penguatan secara berlebihan, bergantung pada pendapat orang lain, sulit membuat keputusan.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronis

6) Hubungan Sosial

Umumnya pasien kesulitan dalam memulai hubungan sosial, karena rasa malu, pasif dan komunikasi yang kurang efektif akibat kesulitan dalam mengemukakan pendapat, data ini memperkuat diagnosa isolasi sosial.

Masalah keperawatan: Isolasi sosial

7) Spiritual

Spiritual dalam hal ini mencakup kepercayaan dan keyakinan yang dianut oleh seseorang sesuai dengan norma, budaya dan agama yang berlaku.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

8) Status mental

Pengkajian status mental pasien berfokus pada:

a) Penampilan

Pasien dengan gangguan jiwa dapat menunjukkan variasi kondisi sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul. Pada defisit perawatan diri, tampak penurunan kemampuan dalam menjaga kebersihan dan kerapian diri seperti pakaian kotor, rambut tidak terawat, bau badan, serta kurangnya motivasi untuk mandi atau berhias

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

b) Pembicaraan

Pada aspek pembicaraan, pasien dengan harga diri rendah cenderung berbicara pelan, lirih, ragu-ragu, dan kurang spontan. Pasien dengan isolasi sosial biasanya memberikan jawaban singkat dan tidak berinisiatif memulai percakapan. Pada gangguan persepsi sensori, dapat ditemukan perilaku berbicara sendiri, tertawa tanpa stimulus yang jelas, berhenti mendadak seolah-olah mendengarkan sesuatu, atau isi pembicaraan yang tidak sesuai dengan realitas.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

c) Aktivitas motorik

Aktivitas motorik biasanya pada pasien yang mengalami perilaku tampak gelisah, mondar-mandir, mengepalkan tangan, dan menunjukkan postur tubuh tegang dengan tatapan menantang.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

9) Afek

Kaji afek meliputi:

- a) Adekuat: perubahan ekspresi wajah yang sesuai dengan stimulus eksternal.
- b) Datar: tidak adanya perubahan ekspresi wajah saat ada stimulus yang menyenangkan maupun menyedihkan.
- c) Tumpul: reaksi yang timbul ketika ada stimulus emosi yang sangat kuat.
- d) Labil: emosi pasien yang cepat berubah-ubah.
- e) Tidak sesuai: emosi yang bertentangan atau berlawanan dengan stimulus.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

10) Interaksi selama wawancara

Selama interaksi wawancara, pasien dengan isolasi sosial tampak menarik diri, pasif, dan kurang responsif terhadap komunikasi dua arah. Pada harga diri rendah terlihat dari kurangnya kontak mata, sikap menunduk, dan respon yang minimal. Pasien dengan gangguan persepsi sensori dapat tampak teralihkannya perhatiannya oleh stimulus internal selama wawancara. Sedangkan pada perilaku kekerasan dapat terlihat sikap defensif, wajah tegang, nada suara meninggi, atau bahasa tubuh agresif seperti mengepalkan tangan.

Masalah keperawatan: Isolasi sosial

11) Memori

- a) Gangguan mengingat jangka panjang: tidak dapat mengingat kejadian lebih dari satu bulan.
- b) Gangguan mengingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian dalam minggu terakhir.
- c) Gangguan mengingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.

- d) Konfabulasi: hal yang dibicarakan pasien tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mampu berkonsentrasi saat wawancara berlangsung dan dapat menjawab pertanyaan berhitung sederhana dengan baik

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

13) Persepsi

Pasien mengalami halusinasi dengar/lihat yang mengancam atau memberi perintah.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

14) Proses pikir

a) Bentuk pikir

(1) *Otistik*: pasien hidup dalam dirinya sendiri dan cenderung tidak memperdulikan lingkungannya.

(2) *Dereistik*: proses mental pasien tidak diikuti dengan kenyataan, logika, dan pengalaman.

(3) *Non realistik*: pikiran pasien tidak sesuai kenyataan

b) Arus pikir

(1) *Sirkumstansial*: pasien berbicara berbelit-belit tapi sampai pada tujuan.

(2) *Tangensial*.

(3) Kehilangan dan *asosiasi*: tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dalam pembicaraan pasien.

- (4) *Flight of ideas*: cara bicara pasien meloncat dari satu topik ke topik lainnya.
- (5) *Bloking*: cara bicara pasien terhenti tiba-tiba tanpa ada gangguan dari luar kemudian dilanjutkan kembali.
- (6) *Preseferasi*: pasien berbicara menggunakan kata-kata yang diulang berkali-kali.
- (7) *Perbigerasi*: pasien berbicara menggunakan kalimat yang diulang berkali-kali.

c) Isi pikir

- (1) Obsesi: pikiran yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya.
- (2) Phobia: ketakutan yang patologis atau tidak logis terhadap objek atau situasi tertentu.
- (3) Hipokondria: keyakinan terhadap gangguan organ tubuh yang sebenarnya tidak ada.
- (4) Depersonalisasi: perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
- (5) Ide yang terkait: keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna dan terkait dengan diri pasien.
- (6) Pikiran magis: keyakinan pasien tentang kemampuannya dalam melakukan hal mustahil atau diluar kemampuannya

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

15) Tingkat kesadaran

- a) Bingung: pasien tampak bingung dan kacau atau perilaku pasien tidak mengarah pada tujuan.

b) Sedasi: pasien mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dan tidak sadar.

c) Stupor: terjadinya gangguan motorik seperti ketakutan dan gerakan yang diulang-ulang tetapi pasien mengerti semua hal yang terjadi di lingkungannya

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

16) Kemampuan penilaian

Pada aspek kemampuan penilaian, pasien dengan harga diri rendah cenderung menilai dirinya secara negatif, menolak pujian, serta mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan. Pasien dengan isolasi sosial dapat memiliki persepsi negatif terhadap lingkungan sosial sehingga memilih menghindar. Sedangkan pada perilaku kekerasan, kemampuan menilai situasi dapat menjadi impulsif dan kurang mempertimbangkan konsekuensi tindakan.

Masalah keperawatan: Harga diri rendah kronis

17) Daya tilik diri

Pada aspek daya tilik diri, dinilai sejauh mana pasien memahami kondisi dirinya dan menyadari adanya gangguan yang dialami.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

18) Mekanisme koping

Data didapatkan melalui pada saat wawancara dengan pasien dan keluarganya.

Mekanisme koping terbagi dua yaitu:

a) Mekanisme koping jangka pendek

(1) Memberikan pelarian sementara dari krisis identitas.

(2) Memberikan identitas pengganti sementara.

(3) Sementara memperkuat atau meningkatkan rasa membaaur dengan diri

b) Mekanisme koping jangka panjang

(1) Menutup identitas.

(2) Identitas negatif yaitu asumsi yang bertentangan dengan nilai dan harapan masyarakat.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

19) Masalah psikososial dan lingkungan

Faktor psikososial dan kondisi lingkungan memiliki peran penting dalam memperkuat atau memperberat masalah keperawatan pasien. Kurangnya dukungan keluarga dan lingkungan dapat memperburuk harga diri rendah karena pasien merasa tidak dihargai. Isolasi sosial semakin nyata jika pasien tidak memiliki interaksi sosial yang mendukung atau mengalami penolakan dari lingkungan. Masalah pekerjaan dan keterbatasan ekonomi dapat menambah beban psikologis pasien, memperkuat perasaan tidak berharga, dan menurunkan motivasi dalam merawat diri. Oleh karena itu, pengkajian terhadap masalah psikososial dan lingkungan sangat penting untuk memahami faktor yang memengaruhi keenam diagnosa keperawatan.

Masalah keperawatan: Isolasi sosial

b. Daftar masalah keperawatan

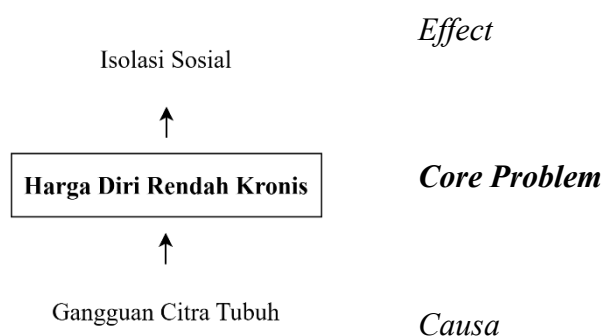
Daftar masalah adalah sebuah daftar yang berisi masalah-masalah Kesehatan jiwa yang dialami oleh pasien. Daftar ini disusun berdasarkan hasil pengkajian keperawatan terhadap pasien, yang meliputi masalah-masalah aktual, potensi, dan risiko. Masalah-masalah ini kemudian menjadi dasar untuk menyusun diagnosa keperawatan dan rencana asuhan keperawatan yang tepat untuk mengatasi masalah

tersebut. Adapun daftar masalah keperawatan yang mungkin muncul dalam kasus ini mencakup:

- 1) Harga diri rendah kronis
- 2) Isolasi sosial
- 3) Gangguan citra tubuh

c. Pohon masalah

Menurut (Ah. Yusuf, dkk 2015) Pohon masalah adalah alat visual yang digunakan untuk mengidentifikasi dan memahami masalah-masalah yang dialami oleh pasien jiwa, beserta penyebab dan akibatnya. Dalam pohon masalah setidaknya terdapat tiga masalah keperawatan yang berkedudukan sebagai penyebab (*causa*), masalah utama (*core problem*) dan akibat (*effect*). Penyebab (*causa*) dapat ditentukan dengan mengidentifikasi faktor yang memicu gangguan jiwa, analisis riwayat kesehatan, keluarga dan pasien. Masalah utama (*core problem*) dapat ditentukan dengan cara mengidentifikasi dan menganalisis tanda dan gejala masalah keperawatan jiwa kemudian menentukan masalah keperawatan jiwa yang paling mempengaruhi kualitas kehidupan. Sedangkan akibat (*effect*) dapat ditentukan dengan mengidentifikasi dampak masalah keperawatan jiwa, menganalisis dampak masalah keperawatan jiwa terhadap kualitas kehidupan.



Gambar 1 Pohon Masalah Keperawatan Harga Diri Rendah Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan PPNI, (2017). Harga diri rendah kronis merupakan salah satu diagnosis keperawatan aktual yang termasuk dalam kategori diagnosis negatif. Kondisi ini didefinisikan sebagai penilaian atau perasaan negatif terhadap diri sendiri maupun kemampuan yang dimiliki, seperti merasa tidak berarti, tidak berharga, dan tidak berdaya, yang berlangsung dalam waktu lama dan menetap (Endah *et al.*, 2022).

- a P (*Problem*) *Problem* adalah gambaran keadaan pasien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah atau problem adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi
- b E (*Etiologi*) *Etiologi* atau faktor penyebab adalah faktor klinik dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah. Merupakan pedoman untuk merumuskan intervensi. Unsur – unsur dalam identifikasi etiologi meliputi unsur PSMM:
 - 1) Patopsikologi penyakit: semua proses penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabkan atau mendukung masalah.
 - 2) Situasional: yang personal dan berhubungan dengan lingkungan (kurang pengetahuan, isolasi sosial).

- 3) Medikasi (berhubungan dengan program perawatan atau pengobatan): keterbatasan institusi atau rumah sakit, sehingga tidak mampu memberikan perawatan.
 - 4) Maturasional adolensent (ketergantungan dalam kelompok), young adult (menikah, hamil, menjadi orang tua), dewasa.
- c. (*Sign and symptom*) *Symptom* terdiri dari data subyektif dan obyektif yang ditemukan sebagai komponen pendukung terhadap diagnosa keperawatan. *Sign and symptom* (tanda dan gejala) adalah ciri, tanda atau gejala yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan

Berdasarkan pohon masalah diatas dapat ditegakkan diagnosis keperawatan yaitu Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh dibuktikan dengan penilaian diri yang negatif, merasa malu dan tidak percaya diri, merasa tidak memiliki kemampuan atau kelebihan, meremehkan kemampuan diri sendiri, menolak penilaian positif dari orang lain, enggan mencoba hal baru, kesulitan mengambil keputusan, kontak mata kurang, berbicara pelan, tampak pasif, serta menunjukkan perilaku menarik diri dari lingkungan sosial. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan isolasi sosial dibuktikan dengan pasien merasa berbeda dari orang lain, merasa tidak diterima di lingkungan, menarik diri dari interaksi sosial, lebih sering menyendiri, kurang berminat berkomunikasi, merasa tidak aman saat berada di lingkungan umum, afek sedih atau datar, kontak mata kurang, tampak lesu, serta mengalami perubahan dalam hubungan sosial dan interaksi dengan orang lain.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan PPNI, (2018). Secara khusus pada pasien dengan harga diri rendah kronis, intervensi keperawatan difokuskan pada upaya meningkatkan kemampuan individu dalam membangun hubungan interpersonal, mengambil keputusan secara mandiri, mengungkapkan kebutuhan dengan jelas, mengenali serta menyampaikan aspek positif yang dimiliki, dan berani mencoba pengalaman baru sebagai bagian dari proses peningkatan konsep diri. Adapun intervensi keperawatan untuk diagnosis keperawatan harga diri rendah kronis diuraikan pada tabel 3.

Tabel 3
Intervensi Keperawatan Harga Diri Rendah Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)	Rasional
1	2	3	4
Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh dibuktikan dengan penilaian diri yang negatif, merasa malu dan tidak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 x 20 menit diharapkan Harga Diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Bina Hubungan Saling Percaya meningkat	Membina hubungan saling percaya (PHBS) Promosi Koping (I.09312) Observasi 1. Identifikasi kemampuan yang dimiliki	Untuk memudahkan terjadinya proses asuhan keperawatan Membangun hubungan percaya saling sebagai dasar terapeutik Promosi Koping (I.09312) Observasi 1. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki membantu meningkatkan rasa

1	2	3	4
percaya diri, merasa tidak memiliki kemampuan atau kelebihan, meremehkan kemampuan diri sendiri, menolak penilaian positif dari orang lain, enggan mencoba hal baru, kesulitan mengambil keputusan, kontak mata kurang, berbicara pelan, tampak pasif, serta menunjukkan perilaku menarik diri dari lingkungan sosial	<p>2. Penilaian diri positif meningkat (5)</p> <p>3. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat (5)</p> <p>Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat (5)</p> <p>4. Minat mencoba hal baru meningkat (5)</p> <p>5. Berjalan menampakkan wajah meningkat (5)</p> <p>6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat (5)</p> <p>7. Konsentrasi meningkat (5)</p> <p>8. Tidur meningkat (5)</p> <p>9. Kontak mata meningkat (5)</p> <p>10. Gairah aktivitas meningkat (5)</p> <p>11. Aktif meningkat (5)</p> <p>12. Percaya diri berbicara meningkat (5)</p> <p>13. Perilaku asertif meningkat (5)</p> <p>14. Kemampuan membuat keputusan meningkat (5)</p>	<p>Terapeutik</p> <p>1. Diskusikan perubahan peran yang dialami</p> <p>2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</p> <p>4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri</p> <p>5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</p> <p>6. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan</p>	<p>percaya diri dan memaksimalkan potensi pasien dalam mengatasi masalah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Mendiskusikan perubahan peran membantu pasien menerima kondisi dan beradaptasi dengan perubahan yang terjadi</p> <p>2. Pendekatan yang tenang dan meyakinkan membantu menciptakan rasa aman serta mengurangi kecemasan</p> <p>3. Mendiskusikan alasan pasien mengkritik diri, membantu membedakan fakta dan pikiran negatif</p> <p>4. Klarifikasi kesalahpahaman membantu pasien memahami situasi secara objektif</p> <p>5. Mendiskusikan konsekuensi rasa bersalah dan malu membantu pasien memahami dampak emosional negatif yang dapat menghambat proses pemulihan</p> <p>6. Memberikan pilihan realistis membantu meningkatkan kontrol diri dan kemandirian pasien mengambil keputusan emosional negatif yang dapat</p>

1	2	3	4
	15. Perasaan malu menurun (5)		menghambat proses pemulihan
	16. Perasaan bersalah menurun (5)	7. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis	7. Memotivasi harapan yang realistis membantu mencegah kekecewaan
	17. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun (5)	8. Tinjau kembali kemampuan dalam mengambil keputusan	8. Meninjau kembali kemampuan mengambil keputusan membantu memperkuat rasa tanggung jawab dan kepercayaan diri
		9. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial	9. Memotivasi keterlibatan sosial membantu mengurangi isolasi sosial dan meningkatkan dukungan emosional
		10. Pemberian terapi aktivitas okupasi <i>self-portrait</i>	10. Pemberian terapi aktivitas okupasi <i>self-portrait</i> membantu mengekspresikan perasaan, pikiran, dan pengalaman diri yang sulit diungkapkan secara verbal
		Edukasi	Edukasi
		1. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	1. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi membantu pasien mengekspresikan emosi, pikiran dan pengalaman yang dirasakan
		2. Anjurkan keluarga terlibat	2. Menganjurkan keluarga terlibat membantu meningkatkan dukungan emosional, rasa aman, dan motivasi pasien dalam menjalani terapi

1	2	3	4
		3. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan	3. Melatih keterampilan sosial sesuai kebutuhan membantu pasien meningkatkan kemampuan berinteraksi, berkomunikasi, dan menjalin hubungan dengan orang lain
		Kolaborasi	Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas	1. Kolaborasi pemberian antipsikotik obat (Stelosi 2x5mg, Clozapine 2x100 mg)
		Dukungan	Dukungan
		1. Fasilitasi pasien untuk memperoleh dukungan sosial	1. Fasilitasi pasien untuk memperoleh dukungan sosial membantu pasien meningkatkan motivasi

(Sumber: PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019; PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

4. 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 adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung (Oktavianti, 2020). Implementasi keperawatan pada pasien harga diri rendah kronis akan disajikan dalam tabel 4

Tabel 4
Implementasi Keperawatan Harga Diri Rendah Pada Pasien Skizofrenia di Rumah
Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

No	Waktu	Diagnosis	Intervensi	Respon	TTD dan Nama
1	2	3	4	5	6
1	Temu 1 21 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	Membina hubungan saling percaya (BHSP), Menyapa pasien, memperkenalkan diri, kontrak waktu	S: Pasien menjawab salam, menjabat tangan, menyebutkan identitas dirinya, menyebutkan masalahnya O: Pasien mau berjabat tangan, kontak mata baik, menjawab salam dengan ramah dan menyebutkan nama, umur, Alamat	
2	Temu 1 21 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	Menggali perasaan dan perubahan peran yang dialami pasien	S: Pasien mengatakan merasa sedih, malu dan tidak berguna O: Pasien kooperatif, mampu mengungkapkan perasaan sedih dan merasa tidak berguna, mulai melakukan kontak mata	
3	Temu 2 22 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	1. Mendiskusikan alasan pasien mengkritik diri, membantu membedakan fakta dan pikiran negative 2. Mengklarifikasi kesalahpahaman membantu pasien memahami situasi secara objektif dan mengevaluasi perilaku secara rasional.	S: Pasien mengatakan masih sulit percaya diri, tetapi mulai menyadari beberapa pikiran negatif mungkin berlebihan O: Pasien mampu mengidentifikasi pikiran negatif yang tidak realistis dan mulai menerima klarifikasi	

1	2	3	4	5	6
4	Temu 2 22 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	Membantu pasien mendiskusikan konsekuensi dari tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu secara adaptif, sehingga meningkatkan kesadaran diri dan pengendalian perilaku	S: Pasien mengatakan sadar bahwa terlalu merasa bersalah atau malu bisa membuat saya tidak berani mencoba hal baru O: Pasien mampu menyebutkan beberapa konsekuensi perilaku yang tidak adaptif dan mendengarkan penjelasan perawat	
5	Temu 3 23 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	1. Memotivasi untuk menentukan harapan realitis dan tinjau kembali kemampuan mengambil Keputusan 2. Memberikan terapi aktivitas okupasi <i>self- portrait</i>	S: Pasien mengatakan ingin mencoba mengikuti kegiatan menggambar dan berharap dapat melakukan aktivitas yang sesuai dengan kemampuannya O: Pasien mampu menyebutkan satu tujuan realistis dan memilih aktivitas yang ingin dilakukan sesuai kemampuannya.	
6	Temu 4 24 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	1. Memberikan motivasi kepada pasien untuk terlibat dalam kegiatan sosial 2. Memberikan terapi aktivitas okupasi <i>self- portrait</i>	S: Pasien mengatakan ingin mencoba ikut kegiatan bersama teman- teman. O: Tampak pasien mulai berpartisipasi dalam aktivitas kelompok, terlihat antusias, dan kontak mata meningkat.	
7	Temu 5 25 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	1. Memberikan pilihan realitis dan meninjau kemampuan mengambil Keputusan 2. Memberikan terapi aktivitas okupasi <i>self- portrait</i>	S: Pasien mengatakan menyayangi diri sendiri O: Pasien mampu menjelaskan hasil gambar, kontak mata membaik	

1	2	3	4	5	6
8	Temu 6 26 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	Memberikan terapi aktivitas okupasi <i>self-portrait</i>	S: Pasien mengatakan lebih percaya diri O: Pasien mampu menjelaskan kembali hasil gambar, tampak lebih percaya diri, dan kontak mata membaik	
9	Temu 6 26 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	Mengevaluasi pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Memberikan penguatan dan apresiasi atas peningkatan pasien. Melatih pasien meningkatkan kepercayaan terhadap kemampuan diri. Berkolaborasi dalam pemberian terapi obat sesuai program medis (Stelosi 2x5mg, Clozapine 2x100 mg)	S: Pasien mengatakan merasa lebih percaya diri sekarang dan mampu melakukan hal-hal yang sebelumnya saya ragu O: Pasien tampak lebih aktif, perilaku adaptif meningkat, kontak mata baik, dan responsif terhadap penguatan serta partisipasi dalam terapi sesuai program medis.	

(Sumber: PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019)

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Oktavianti (2020) evaluasi merupakan salah satu tahapan dari proses keperawatan dan merupakan Tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi keperawatan dan implementasi sudah berhasil dicapai. Penilaian keperawatan dapat dikategorikan menjadi dua jenis, yaitu : Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan evaluasi dengan respon segera dan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis

status pasien pada waktu tertentu (Endah *et al.*, 2022). Menurut Rohmah & Walid (2015) adapun komponen dalam evaluasi, yakni:

- a S (*subjective*), data yang berisikan ungkapan kondisi pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.
- b O (*objective*), data yang berisikan hasil pengukuran atau observasi perawat kepada pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- c A (*assessment*), berupa keputusan masalah keperawatan yang masih terjadi atau masalah keperawatan baru akibat perubahan kondisi pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.
- d P (*planning*), merupakan perancangan rencana keperawatan yang harus dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana keperawatan sebelumnya.

Hasil evaluasi pada pasien harga diri rendah kronis diharapkan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan. Menurut PPNI,(2018) adapun kriteria hasil yang dijadikan acuan evaluasi pasien dengan harga diri rendah kronis adalah penilaian positif meningkat, perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat, penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat, minat mencoba hal baru meningkat, berjalan menampakkan wajah meningkat, postur tubuh menampakkan wajah meningkat, konsentrasi meningkat, tidur meningkat, kontak mata meningkat, gairah aktivitas meningkat, aktif meningkat, percaya diri berbicara meningkat, perilaku asertif meningkat, kemampuan membuat keputusan meningkat, perasaan malu menurun, perasaan bersalah menurun, perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun, meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun, ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun, pencarian

penguatan secara berlebihan menurun. Evaluasi keperawatan pada pasien harga diri rendah kronis akan disajikan sesuai dengan tabel 5

Tabel 5
Evaluasi Keperawatan Harga Diri Rendah Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

No	Waktu	Diagnosis	Catatan perkembangan	TTD dan nama
1	2	3	4	5
1	Temu 1 21 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	S: Pasien menjawab salam, menjabat tangan, menyebutkan identitas dirinya O: Pasien mau menjabat tangan, kontak mata baik, menjawab salam dengan ramah dan menyebutkan nama, umur, Alamat A: Hubungan saling percaya terbina P: Lanjutkan komunikasi terapeutik untuk eksplorasi perasaan	
2	Temu 1 21 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	S: Pasien mengatakan merasa sedih dan tidak berguna O: Pasien kooperatif, mampu mengungkapkan perasaan, mulai melakukan kontak mata A: Penilaian positif belum meningkat, pasien masih fokus pada perasaan tidak berguna P: Lanjutkan mendiskusikan alasan pasien mengkritik diri dan membedakan fakta dan pikiran negatif.	
3	Temu 2 22 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	S: Pasien mengatakan masih sulit percaya diri, tetapi mulai menyadari beberapa pikiran negatif mungkin berlebihan O: Pasien mampu mengidentifikasi pikiran negatif yang tidak realistis dan mulai menerima klarifikasi A: Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat P: Latih mendiskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu	
4	Temu 2 22 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan	S: Pasien mengatakan sadar bahwa terlalu merasa bersalah atau malu bisa membuat saya tidak berani mencoba hal baru.	

1	2	3	4	5
		gangguan citra tubuh	O: Pasien mampu menyebutkan beberapa konsekuensi perilaku yang tidak adaptif dan mendengarkan penjelasan perawat. A: Perasaan malu menurun P: Lanjutkan motivasi pasien menentukan harapan realistis dan meninjau kembali kemampuan mengambil Keputusan	
5	Temu 3 23 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	S: Pasien mengatakan ingin ikut kegiatan menggambar O: pasien mampu menyebutkan satu tujuan realistis dan memilih aktivitas A: Minat mencoba hal baru meningkat, kemampuan membuat keputusan meningkat P: Lanjutkan motivasi pasien untuk terlibat dalam kegiatan sosial	
6	Temu 4 24 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	S: Pasien mengatakan ingin mencoba ikut kegiatan bersama teman-teman O: Tampak pasien mulai berpartisipasi dalam aktivitas kelompok, terlihat antusias, dan kontak mata meningkat. A: Kontak mata meningkat, gairah aktivitas meningkat P: Lanjutkan motivasi pasien menentukan harapan realistis dan meninjau kembali kemampuan mengambil keputusan dan lanjutkan pemberian terapi	
7	Temu 5 25 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	S: Pasien mengatakan "Saya merasa sayang dengan diri saya sendiri" O: Pasien mampu menjelaskan hasil gambar, tampak lebih percaya diri, dan kontak mata membaik A: Mampu mengekspresikan perasaan meningkat P: Lanjutkan pemberian terapi untuk meningkatkan percaya diri pasien	
8	Temu 6 26 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	S: Pasien mengatakan "Saya merasa cukup percaya diri hari ini" O: Pasien mampu menjelaskan hasil gambar, tampak lebih percaya diri, dan kontak mata membaik A: Percaya diri meningkat, kontak mata meningkat	

1	2	3	4	5
			P: Libatkan keluarga sebagai sistem pendukung dan evaluasi pencapaian tujuan dan siapkan terminasi	
9	Temu 6 26 April 2026	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh	S: Pasien mengatakan merasa lebih percaya diri sekarang dan mampu melakukan hal-hal yang sebelumnya saya ragu O: Pasien lebih aktif, perilaku adaptif meningkat, kontak mata baik, responsive terhadap penguatan, dan partisipasi dalam terapi sesuai program medis (stelosi 2x5mg, Clozapine 2x100 mg) A: Harga diri meningkat dan interaksi sosial membaik P: Lanjutkan intervensi untuk mengatasi diagnosis keperawatan yang kedua	

D. Intervensi Terapi Okupasi Self Portrait

1. Pengertian *Self Portrait*

Self portrait merupakan salah satu bentuk terapi aktivitas okupasi yang digunakan untuk membantu individu mengekspresikan diri melalui gambaran tentang dirinya sendiri. Self portrait dapat dituangkan dalam bentuk gambar maupun tulisan yang mencerminkan persepsi, perasaan, pengalaman, serta penilaian individu terhadap dirinya. Pada pasien skizofrenia, terapi ini bermanfaat untuk membantu mengungkapkan emosi yang sulit disampaikan secara verbal serta meningkatkan kesadaran diri. Self portrait termasuk dalam terapi okupasi yang digunakan untuk memperbaiki konsep diri (Fan, 2026). Terapi *self-portrait* merupakan salah satu bentuk art therapy yang menggunakan gambar diri sebagai media ekspresi emosi dan persepsi diri. Pada pasien dengan harga diri rendah kronis, terapi ini berperan dalam membantu mengekspresikan perasaan, meningkatkan kesadaran dan penerimaan diri, serta memperbaiki penilaian diri

menjadi lebih positif. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa terapi seni seperti menggambar dapat meningkatkan harga diri, kepercayaan diri, dan interaksi sosial pada pasien skizofrenia dengan harga diri rendah (Rohmawati, 2026)

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa terapi *self-portrait* merupakan salah satu bentuk terapi aktivitas okupasi atau *art therapy* yang menggunakan gambar diri sebagai media untuk membantu individu mengekspresikan perasaan, pengalaman, dan persepsi terhadap dirinya sendiri. Pada pasien skizofrenia dengan harga diri rendah kronis, terapi ini dapat membantu mengungkapkan emosi yang sulit disampaikan secara verbal, meningkatkan kesadaran dan penerimaan diri, serta memperbaiki konsep diri menjadi lebih positif. Melalui terapi *self-portrait*, pasien diharapkan mampu meningkatkan rasa percaya diri, harga diri, dan kemampuan berinteraksi sosial dalam kehidupan sehari-hari

2. Manfaat terapi *Self-Portrait*

Menurut Untari dan Nugroho (2025) terapi *self-portrait* memiliki berbagai manfaat dalam proses pemulihan pasien skizofrenia, antara lain:

- a. Membantu mengekspresikan perasaan dan emosi yang terpendam
- b. Meningkatkan kesadaran dan pemahaman terhadap diri sendiri
- c. Membantu pasien mengenali kemampuan dan aspek positif dalam diri
- d. Meningkatkan harga diri dan kepercayaan diri
- e. Mengurangi gejala negatif seperti menarik diri dan perasaan tidak berharga
- f. Meningkatkan kemampuan komunikasi dan interaksi sosial

3. Prosedur terapi *self-portrait*

Menurut Fan (2026) pelaksanaan terapi *self portrait* dilakukan secara bertahap, yaitu:

- a. Tahap Persiapan
 - 1) Menyiapkan alat dan bahan (kertas, pensil, atau alat tulis)
 - 2) Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi kepada pasien
 - 3) Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman
- b. Tahap Pelaksanaan
 - 1) Meminta pasien untuk menggambarkan atau menuliskan tentang dirinya sendiri sesuai persepsi yang dimiliki
 - 2) Memberikan waktu yang cukup agar pasien dapat mengekspresikan diri
 - 3) Memberikan dukungan dan pendekatan terapeutik selama kegiatan berlangsung
- c. Tahap Evaluasi
 - 1) Mengajak pasien menjelaskan hasil gambar atau tulisan yang telah dibuat
 - 2) Menggali perasaan, makna, dan persepsi diri pasien
 - 3) Memberikan umpan balik positif untuk meningkatkan harga diri
- d. Tahap Terminasi
 - 1) Menyimpulkan kegiatan yang telah dilakukan
 - 2) Memberikan reinforcement positif
 - 3) Merencanakan tindak lanjut sesuai kondisi pasien

4. Analisis Intervensi Terapi Aktivitas Okupasi *Self-Portrait*

Penelitian Ardisansyah (2024) yang berjudul "Analisis Asuhan Keperawatan Terapi Okupasi *Self-Portrait* Pada Pasien Ny.I Dan Ny.R Dengan Skizofrenia Di Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 2 Jakarta" dengan melibatkan dua orang responden selama lima kali pertemuan 60 menit mendapatkan hasil penelitian terdapat pengaruh signifikan yang diberikan terapi okupasi *self-portrait* dapat

memengaruhi dan meningkatkan harga diri pada pasien skizofrenia di panti sosial bina laras harapan sentosa 2 jakarta. Setelah responden diberikan implementasi terapi okupasi *self-portrait* dengan tanda gejala harga diri rendah mengalami penurunan seperti, kontak mata meningkat, perasaan bersalah menurun, perasaan bersalah menurun. Penelitian lain yang dilakukan oleh Handayani *et al.* (2025) dengan judul ” Terapi Okupasi *Self-Portrait* dalam Meningkatkan Harga Diri Pasien dengan Harga Diri Rendah” yang diberikan kepada tiga orang responden selama empat kali pertemuan didapatkan hasil klien menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan terhadap *self-portrait* pasien yang mengalami harga diri rendah untuk meningkatkan harga dirinya.