

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis tentang konsep dasar Skizofrenia dan Harga Diri Rendah. Konsep dasar yang akan diuraikan yaitu definisi, etiologi, tanda dan gejala, dan cara penanganan secara medis.

2.1. Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya. Skizofrenia biasanya terdiagnosis pada masa remaja akhir dan dewasa awal (Melinda Hermann, 2008). Skizofrenia timbul secara bertahap dimana keluarga kurang menyadari dan mengerti ada sesuatu yang tidak beres dalam kurun waktu yang lama. Skizofrenia kadang kala juga muncul secara tiba-tiba. Perubahan tingkah laku yang dramatis terjadi dalam beberapa hari.

Menurut Mery C. Townsend (2010) jenis-jenis Skizofrenia yaitu :

1. Skizofrenia Katatonik : gejala utama yang muncul yaitu dalam bentuk stupor atau kegaduhan yang menyebabkan kecenderungan menciderai diri sendiri.
2. Skizofrenia Residual : tanda dan gejala yang ditunjukkan yaitu perilaku eksentrik dan menarik diri.
3. Skizofrenia Takterinci : jenis Skizofrenia ini ditandai dengan perilaku tidak terarah dan ditandai dengan gejala psikosis seperti waham, halusinasi, dan perilaku tidak terarah.

4. Gangguan Skizoafektif : tanda dan gejala yang ditunjukkan yaitu perilaku khas skizofrenia seperti depresi atau mania.
5. Gangguan Psikotik Singkat : gejala yang muncul pada jenis ini yaitu gejala awitan psikosis yang berlangsung kurang dari 1 bulan dan individu dapat kembali lagi ke tingkat fungsi yang dimilikinya sebelum sakit.
6. Gangguan Skizofreniform : gejala utama yang muncul identik dengan gambaran skizofrenia, kecuali waktunya, paling tidak 1 bulan tetapi tidak lebih dari 6 bulan.

2.1.2. Etiologi Skizofrenia

Menurut NANDA 2015 ada beberapa faktor yang menyebabkan Skizofrenia yaitu :

1. Keturunan : telah dibuktikan melalui penelitian bagi saudara tiri 0,9-1,8%, saudara kandung 7-15%, anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68%.
2. Endokrin : teori ini mengemukakan timbulnya skizofrenia terjadi pada pubertas.
3. Metabolisme : teori ini didasarkan karena klien terlihat pucat, nafsu makan berkurang, dan konsumsi zat asam menurun.
4. Susunan saraf pusat : penyebab ini diarahkan pada kelainan SPP yaitu pada diensefalon atau kortek otak.
5. Teori Adolf Meyer : dalam teori ini skizofrenia disebabkan oleh penyakit badaniah karena sampai saat ini tidak ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis.

6. Teori Sigmund Freud : pada teori ini terdapat kelemahan ego yang disebabkan psikogenik ataupun somatik superego.

7. Eugen Bleuler : pada teori ini skizofrenia disebabkan oleh proses berfikir yang terpecah belah atau disharmonis perasaan.

2.1.3. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Iyus Yosep 2016, tanda dan gejala yang muncul pada penderita Skizofrenia yaitu :

1. Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal).
2. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya penderita mendengar bisikan di telinga padahal tidak ada sumber dari bisikan itu.
3. Kekacauan alam pikir, misalnya bicaranya kacau.
4. Emosi yang berlebihan.
5. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, dan agresif.
6. Pikirannya penuh kecurigaan seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
7. Menarik diri atau mengasingkan diri, suka melamun.
8. Sulit dalam berpikir positif.

2.1.4. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan psikologi :
 - a. Pemeriksaan psikiatri
 - b. Pemeriksaan psikometri

2. Pemeriksaan lain jika diperlukan ;

Darah rutin, Fungsi hepar, Faal ginjal, Enzim hepar, EKG, CT scan, EEG

2.1.5. Penatalaksanaan

1. Penggunaan Obat Antipsikosis

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati Skizofrenia disebut antipsikotik yang bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada pasien Skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu :

a. Antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik konvensional merupakan obat yang digunakan paling lama serta mempunyai efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvensional antara lain :

- 1) Haloperidol sediaan tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5mg dan injeksi 5mg/ml, dosis 5-15mg/hari.
- 2) Stelazine (*trifluoperazin*) sediaan tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.
- 3) Mellaaril (*thioridazine*) sediaan thioridazin tablet 50 dan 100 mg, dosis 150-600 mg/hari.
- 4) Thorazine (*chlorpromazine*) sediaan tablet 25 dan 100 mg dan injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari.
- 5) Trilafon (*perphenazine*) sediaan tablet 2, 4, 8 m, dosis 12-24 mg/hari.

6) Prolixin (*fluphenazine*) sediaan tablet 2,5 mg, 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.

Akibat berbagai efek yang ditimbulkan oleh antipsikotik konvensional, banyak ahli lebih merekomendasikan penggunaan newer atypical antipsychotic. Ada 2 pengecualian (harus dengan antipsikotik konvensional). Pertama, pada pasien yang sudah mengalami perbaikan (kemajuan) yang pesat menggunakan antipsikotik konvensional tanpa efek samping yang berarti. Kedua, bila pasien mengalami kesulitan minum pil secara reguler.

b. Newer atypical antipsychotics

Obat-obatan yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, dan sedikit menimbulkan efek samping jika dibandingkan dengan antipsikotik konvensional.

Contoh newer atypical antipsychotic antara lain :

- 1) Risperdal (*risperidone*) sediaan tablet 1, 2, 3 mg, dosis 2-6 mg/hari.
- 2) Seroquel (*quetiapine*)
- 3) Zyprexa (*olanzopine*)

c. Clozaril (*Clozapine*)

Clozaril memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius dimana pada kasus-kasus yang jarang (1%), clozapine dapat menurunkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Yang artinya, pasien yang mendapat obat tersebut harus memeriksa sel darah putih secara reguler.

2. Terapi Elektrokonvulsif (ECT).
3. Pembedahan bagian otak.
4. Perawatan di Rumah Sakit.
5. Psikoterapi.

- a. Terapi Psikoanalisa

Metode terapi ini berdasarkan konsep freud yang bertujuan menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya serta mekanisme pertahanan yang digunakan untuk pengendalian kecemasannya.

- b. Terapi perilaku

Terapi perilaku ini menekankan prinsip pengkondisian klasik dan operan, karena terapi ini berkaitan dengan perilaku yang nyata. Paul dan Lentz menggunakan dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian, yaitu :

- 1) *Social Learning Program* : menolong penderita Skizofrenia untuk mempelajari perilaku-perilaku yang sesuai.
- 2) *Social Skills Training* : terapi ini melatih penderita mengenai ketrampilan atau keahlian sosial.

- c. Terapi Humanistik

Terapi kelompok dan terapi keluarga.

1.2. Konsep Dasar Harga Diri Rendah

2.1. Pengertian Harga Diri Rendah

Harga diri rendah merupakan perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi diri negatif terhadap diri sendiri, penurunan harga rendah ini dapat bersifat situasional maupun kronis atau menahun (Keliat dkk, 2011). Menurut NANDA (2015) Harga Diri Rendah didefinisikan sebagai evaluasi diri negatif yang berkembang sebagai respons diri terhadap hilangnya atau berubahnya perawatan diri pada seseorang yang sebelumnya memiliki evaluasi diri negatif (Wahyuni, 2017). Dari dua pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa Harga Diri Rendah adalah perasaan tidak berharga atau tidak berarti berkepanjangan yang ditimbulkan dari berubahnya evaluasi diri, penurunan diri ini dapat bersifat situasional maupun kronik. Harga diri rendah situasional adalah suatu kegagalan dalam menjalankan fungsi dan peran yang terjadi secara tiba-tiba misalnya perasaan malu terhadap diri sendiri karena sesuatu (korban pemerkosaan), sedangkan harga diri rendah kronis adalah evaluasi perasaan diri sendiri yang negatif dan dipertahankan dalam waktu yang lama (NANDA, 2005).

Menurut Damaiyanti (2012) harga diri rendah ada secara situasional dan kronik, yaitu :

1. Situasional, yaitu terjadi terutama yang tiba-tiba, misalnya harus operasi, kecelakaan, dicerai suami atau istri, perasaan malu karena sesuatu (korban pemerkosaan).

2. Kronik, yaitu perasaan negatif terhadap diri yang berlangsung lama yaitu sebelum sakit atau dirawat. Klien mempunyai cara berfikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya. Kondisi ini dapat ditemukan pada klien gangguan fisik yang kronik atau pada klien gangguan jiwa.

2.2. Penyebab Harga Diri Rendah

Harga diri rendah disebabkan karena adanya ketidakefektifan koping individu akibat kurangnya umpan balik yang positif. Penyebab harga diri rendah juga dapat terjadi pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai masa remaja keberadaannya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Menjelang dewasa awal sering gagal disekolah, pekerjaan atau pergaulan.

Menurut NANDA (2015) faktor yang mempengaruhi harga diri rendah meliputi faktor Predisposisi dan faktor Presipitasi yaitu :

1. Faktor Predisposisi

- a. 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.

- b. 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.

2. 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.

2.3. Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah

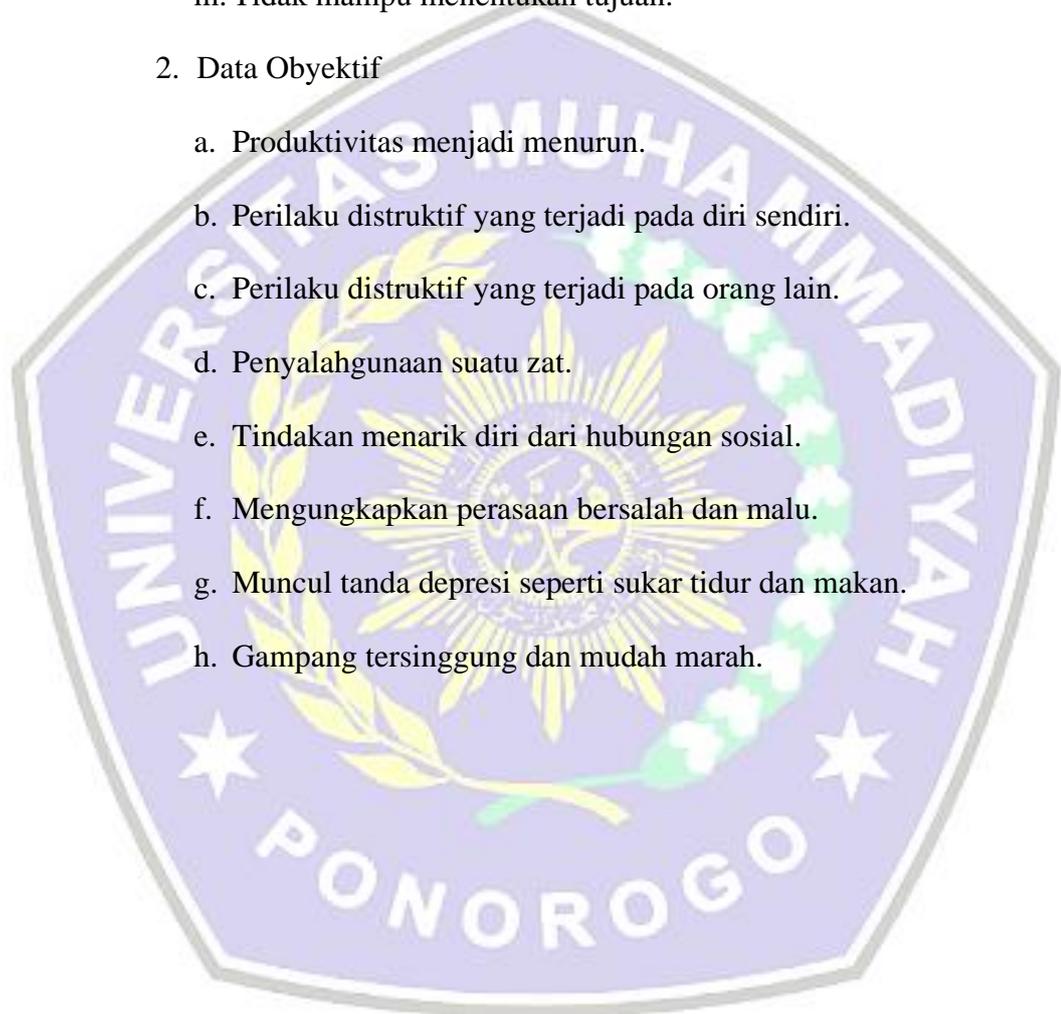
Menurut Carpenito, L.J dan Keliat, B A dalam buku Kartika Sari (2015) tanda dan gejala pada harga diri rendah yaitu :

1. Data Subjektif
 - a. Mengintrospeksi diri sendiri.
 - b. Perasaan diri yang berlebihan.
 - c. Perasaan tidak mampu dalam semua hal.
 - d. Selalu merasa bersalah
 - e. Sikap selalu negatif pada diri sendiri.
 - f. Bersikap pesimis dalam kehidupan.
 - g. Mengeluh sakit fisik.

- h. Pandangan hidup yang terpolarisasi.
- i. Menentang kemampuan diri sendiri.
- j. Menjelek-jelekan diri sendiri.
- k. Merasakan takut dan cemas dalam suatu keadaan.
- l. Menolak atau menjauh dari umpan balik positif.
- m. Tidak mampu menentukan tujuan.

2. Data Obyektif

- a. Produktivitas menjadi menurun.
- b. Perilaku destruktif yang terjadi pada diri sendiri.
- c. Perilaku destruktif yang terjadi pada orang lain.
- d. Penyalahgunaan suatu zat.
- e. Tindakan menarik diri dari hubungan sosial.
- f. Mengungkapkan perasaan bersalah dan malu.
- g. Muncul tanda depresi seperti sukar tidur dan makan.
- h. Gampang tersinggung dan mudah marah.



2.4. Rentang Respon

Respon individu terhadap konsep dirinya dimulai dari respon adaptif dan maladaptif. Menurut Keliat dalam Ade Herman (2011) rentang respon digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1. rentang Respon adaptif dan maladaptif

Sumber : Keliat dalam Ade Herman (2011)

Keterangan :

1. Aktualisasi diri : Pernyataan konsep diri positif dengan pengalaman sukses.
2. Konsep diri positif : Mempunyai pengalaman positif dalam perwujudan dirinya.
3. Harga diri rendah : Perasaan yang negatif pada diri sendiri, hilangnya percaya diri, tidak berharga lagi, tidak berdaya, dan pesimis.
4. Keracunan identitas : Kegagalan seseorang untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa anak-anak.

5. Dipersonalisasi : Perasaan sulit membedakan diri sendiri dan merasa tidak nyata dan asing.

2.5. Proses Terjadinya Masalah

Harga diri seseorang didapatkan dari diri sendiri dan orang lain. Gangguan harga diri rendah akan terjadi ketika perlakuan orang lain mengancam dirinya. Tingkat harga diri seseorang berada dalam tingkat tinggi sampai rendah. Seseorang yang mempunyai harga diri tinggi maka dapat beradaptasi dengan lingkungan secara efektif, sedangkan jika seseorang memiliki harga diri yang rendah maka lingkungan yang dilihat akan terasa mengancam bagi dirinya.

Penyebab harga diri rendah juga dapat terjadi pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai masa remaja keberadaannya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Menjelang dewasa awal sering gagal disekolah, pekerjaan atau pergaulan.

Seseorang yang berada pada situasi stressor berusaha menyelesaikannya tapi tidak tuntas serta ditambah pikiran tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan peran itu bisa disebut dengan kondisi harga diri rendah situasional, jika pada situasi tersebut lingkungan tidak mendukung positif dan justru menyalahkan secara terus menerus maka akan mengakibatkan harga diri rendah kronis.

2.6. Mekanisme Koping

Seseorang dengan harga diri rendah memiliki mekanisme koping jangka pendek dan jangka panjang. Jika mekanisme koping jangka pendek tidak memberikan hasil yang telah diharapkan individu, maka individu dapat mengembangkan mekanis koping jangka panjang (Direja, 2011). Mekanisme tersebut mencakup sebagai berikut :

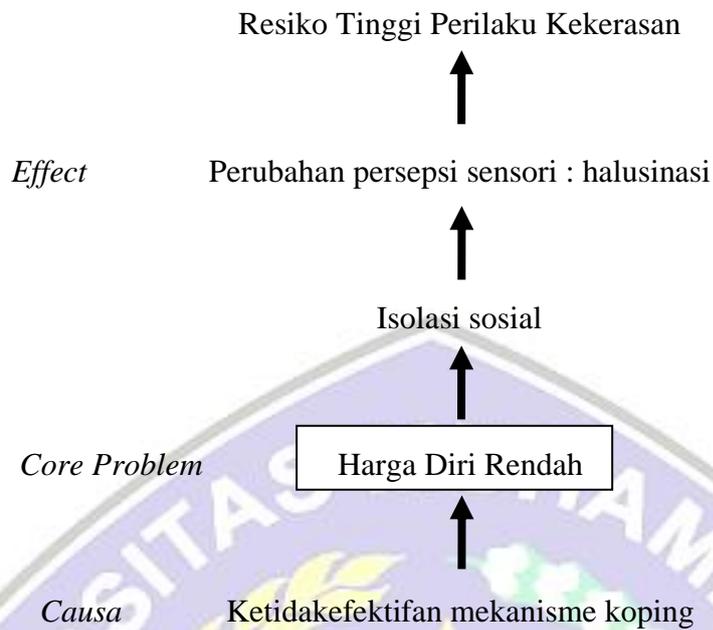
1. Jangka Pendek

- a. Aktivitas yang dilakukan untuk pelarian sementara yaitu : pemakaian obat-obatan, kerja keras, nonton tv secara terus menerus.
- b. Aktivitas yang memberikan penggantian identitas bersifat sementara, misalnya ikut kelompok sosial, agama, dan politik).
- c. Aktivitas yang memberikan dukungan bersifat sementara misalnya perlombaan.

2. Jangka Panjang

- a. Penutupan identitas : terlalu terburu-buru mengadopsi identitas yang disukai dari orang-orang yang berarti tanpa memperhatikan keinginan atau potensi diri sendiri.
- b. Identitas Negatif : asumsi identitas yang bertentangan dengan nilai-nilai dan harapan masyarakat.

2.7. Pohon Masalah



Gambar 2.2. Pohon Masalah Harga Diri Rendah menurut Ade Herman 2011.

2.8. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang dapat diambil dari pohon masalah diatas adalah :

1. Ketidakefektifan mekanisme koping
2. Harga diri rendah.
3. Isolasi sosial.
4. Perubahan persepsi sensori : halusinasi
5. Resiko tinggi perilaku kekerasan.

2.9. Penatalaksanaan

Menurut NANDA 2015 terapi yang dapat diberikan pada penderita Harga Diri Rendah yaitu :

1. Psikoterapi

Terapi ini digunakan untuk mendorong klien bersosialisasi lagi dengan orang lain. Tujuannya agar klien tidak menyendiri lagi karena jika klien menarik diri, klien dapat membentuk kebiasaan yang buruk lagi.

2. Therapy aktivitas kelompok

Terapi aktivitas kelompok sangat relevan untuk dilakukan pada klien harga diri rendah. Terapi aktivitas kelompok ini dilakukan dengan menggunakan stimulasi atau diskusi untuk mengetahui pengalaman atau perasaan yang dirasakan saat ini dan untuk membentuk kesepakatan persepsi atau penyelesaian masalah.

1.3. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1. Pengkajian

a. Identitas

Penyakit Skizofrenia biasanya terjadi pada dewasa muda antara 18-21 tahun.

b. Alasan Masuk dan faktor presipitasi

Keluhan utama pasien dengan Harga Diri Rendah Kronik biasanya merenung atau menyendiri serta mengkritik atau menyalahkan diri sendiri.

c. Faktor Presipitasi

Masalah khusus tentang Harga Diri Rendah Kronik disebabkan oleh setiap situasi yang dihadapi individu dan ia tak mampu menyelesaikan.

Situasi atas stressor dapat mempengaruhi komponen.

d. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Kesehatan Dahulu

- a) Adanya riwayat gangguan pada klien atau keluarga.
- b) Adanya gangguan fisik atau penyakit termasuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

2) Riwayat Psikososial

- a) Pada pasien Harga Diri Rendah riwayat psikososial yang perlu diketahui adalah pernah atau tidak melakukan atau mengalami dan atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam rumah tangga, dan tindakan kriminal.
- b) Merasakan pengalaman masa lalu lain yang tidak menyenangkan baik bio, psiko, sosio, kultural, maupun spiritual.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Harga Diri Rendah Situasional dapat disebabkan oleh keturunan. Oleh karena itu, pada riwayat penyakit keluarga harus dikaji apakah ada keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa.

e. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), meliputi tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan. Pemeriksaan keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan *head to toe* yang biasanya penampilan klien yang kotor dan acak-acakan serta penampilannya tidak terawat.

f. Psikososial

1) Konsep diri

a) Citra tubuh : Tanyakan kepada klien terhadap persepsi tubuhnya, badan tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b) Identitas diri: posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok), kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.

c) Peran : peran klien dikeluarga, kegiatan sehari-hari klien dirumah untuk keluarga.

d) Ideal diri : Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat), harapan klien terhadap penyakitnya.

d) Harga diri : Menurut Direja (2011) data yang perlu dikaji pada penderita Harga Diri Rendah yaitu :

1. Subyektif

a. Mengatakan tidak berguna.

b. Mengatakan tidak mampu.

c. Mengatakan tidak semangat beraktivitas atau bekerja.

d. Mengatakan malas melakukan perawatan diri.

2. Obyektif

a. Mengintrospeksi diri yang negatif.

b. Perasaan tidak mampu.

c. Memandang kehidupan kearah yang pesimis.

d. Tidak mau diberi pujian.

e. Terjadi penurunan produktivitas.

f. Penolakan kemampuan diri.

g. Tidak memperhatikan perawatan diri.

h. Pakaian tidak rapi.

i. Selera makan berkurang.

j. Tidak berani kontak mata dengan orang lain.

k. Bicara lambat dengan nada yang lirih.

2) Genogram

Buatlah genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga.

3) Hubungan sosial

Pada hubungan sosial, kaji pada siapa klien kepada siapa klien curhat, kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, serta sejauh mana klien terlibat dalam kelompok masyarakat.

4) Spiritual

1) Nilai dan keyakinan: keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.

- 2) Kegiatan ibadah : Kegiatan ibadah klien di rumah. Pendapat klien/keluarga tentang kegiatan ibadah klien

g. Status Mental

1) Penampilan

Lihat penampilan klien, rapi atau tidaknya. Misalnya rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak ditutup.

2) Pembicaraan

Amati cara berbicara atau berkomunikasi klien apakah cepat, keras, inkoherensi, apatis, lambat, membisu, atau tidak mampu memulai pembicaraan.

3) Aktivitas Motorik

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat / keluarga:

a) Kelambatan :

1. Hipokinesa, hipoaktivitas : gerakan atau aktivitas yang berkurang.
2. Katalepsi : mempertahankan secara kaku posisi badan tertentu, juga bila hendak diubah orang lain.
3. Flexibilitas serea : mempertahankan posisi yang dibuat orang lain

b) Peningkatan:

- (1) Hiperkinesa, hiperaktivitas: aktivitas yang berlebihan.

- (2) Gaduh gelisah katonik : aktivitas motorik yang tidak bertujuan yang dilakukan berkali-kali seakan tidak dipengaruhi rangsangan luar.
- (3) Tremor: jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan tangan.
- (4) Kompulsif: kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan.

4) Alam Perasaan

Tanyakan kepada klien apakah klien merasa sedih, ketakutan, putus asa, khawatir, gembira berlebihan, serta berikan penjelasan mengapa klien merasakan perasaan itu.

5) Afek

Terkadang afek pasien tampak datar, tumpul, emosi pasien berubah-ubah, kesepian, apatis, depresi atau sedih, dan cemas.

6) Interaksi selama wawancara

- a. Bermusuhan, tidak kooperatif, atau mudah tersinggung.
- b. Kontak mata kurang : tidak mau menatap lawan bicara.
- c. Defensif : selalu mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.

d. Curiga : menunjukkan tidak percaya pada orang lain.

7) Persepsi

a. Apakah ada halusinasi? Kalau ada termasuk jenis apa?

b. Apakah ada ilusi? Kalau ada jelaskan

c. Apakah ada depersonalisasi : perasaan aneh tentang dirinya bahkan perasaannya bahwa pribadinya tidak seperti biasanya.

d. Derealisasi : perasaan aneh tentang lingkungannya.

8) Proses pikir

Data yang diperoleh dari observasi pada saat wawancara:

a) Arus Pikir :

(1) Koheren : pembicaraan dapat dipahami dengan baik.

(2) Inkoheren : kalimat tidak berbentuk, kata-kata sulit dipahami.

(3) Tangensial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan.

(4) *Flight of ideas* : pembicaraan yang melompat dari satu topic ke topik lainnya masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan.

- (5) *Bloking* : pembicaraan terhenti tiba-tiba kemudian dilanjutkan kembali.
- (6) *Neologisme*: membentuk kata-kata baru yang tidak di pahami oleh umum.
- (7) Sosiasi bunyi: mengucapkan kata-kata yang mempunyai persamaan bunyi.

b) Isi Pikir :

- (1) Obsesi : pikiran yang selalu muncul meskipun klien berusaha menghilangkannya.
- (2) Phobia : ketakutan yang tidak logis terhadap situasi tertentu.
- (3) Ekstasi : rasa gembira yang luarbiasa
- (4) Fantasi : isi pikiran tentang sesuatu keadaan atau kejadian yang diinginkan.
- (5) Bunuh diri : rasa ingin bunuh diri.
- (6) Pikiran magis : pikiran klien yang menuju hal-hal yang tidak logis.
- (7) Rendah diri : merendahkan atau menghina diri sendiri, serta menyalahkan diri sendiri.
- (8) Pesimisme : mempunyai pandangan yang negatif mengenai kehidupannya.

(9) Waham:

(a) Agama : keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.

(b) Somatik/hipokondrik : klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

(c) Curiga : klien mempunyai keyakinan bahwa ada yang berusaha melukainya.

(d) Kebesaran : klien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang

c) Arus Pikir :

Realistik : cara berfikir sesuai kenyataan yang ada, kemudian non realistik : cara berfikir yang tidak sesuai dengan kenyataan. Ada juga autistik : cara berfikir berdasarkan halusinasi, dan dereistik : cara berfikir dimana proses metalnya tidak ada sangkut pautnya dengan kenyataan, logika atau pengalaman.

9) Tingkat kesadaran

a. Compos mentis : sadarkan diri

- b. Apatis : individu mulai mengantuk dan acuh tak acuh terhadap rangsangan yang masuk, diperlukan rangsangan yang kuat untuk menarik perhatian.
- c. Somnolensia : jelas sudah mengantuk, diperlukan rangsangan yang kuat lagi untuk menarik perhatian.

d. Sopor : ingatan, orientasi dan pertimbangan sudah hilang

e. Subkoma dan koma: tidak ada respon terhadap rangsangan yang keras

e. Memori

Tanyakan pada pasien tanggal dan jam saat ini, pasien harus bias menjawab dengan tepat. Pasien juga harus menyebutkan nama-nama orang disekitarnya dan apakah pasien mengetahui hubungan dengan orang-orang tersebut.

f. Tingkat konsentrasi berhitung

1) Perhatikan klien mudah berganti dari satu obyek keobyek lain atau tidak.

2) Tidak mampu berkonsentrasi.

3) Tidak mampu berhitung.

g. Kemampuan penilaian

1) Ringan : dapat mengambil suatu keputusan yang sederhana dengan dibantu.

2) Bermakna : tidak mampu mengambil suatu keputusan walaupun sudah dibantu.

h. Daya titik diri

1) Mengingkari penyakit yang diderita.

2) Menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.

2.3.2. Analisa Data

Menurut Carpenito, L.J dan Keliat, BA dalam buku Kartika Sari (2015) analisa data merupakan pengumpulan data pada pengkajian yang dilakukan secara sistematis. Analisa data harga diri rendah kronik dapat diperoleh dari :

1. Data Subjektif

- a. Mengintrospeksi diri sendiri.
- b. Perasaan diri yang berlebihan.
- c. Perasaan tidak mampu dalam semua hal.
- d. Selalu merasa bersalah
- e. Sikap selalu negatif pada diri sendiri.
- f. Bersikap pesimis dalam kehidupan.
- g. Mengeluh sakit fisik.
- h. Pandangan hidup yang terpolarisasi.
- i. Menentang kemampuan diri sendiri.
- j. Menjelek-jelekkkan diri sendiri.
- k. Merasakan takut dan cemas dalam suatu keadaan.
- l. Menolak atau menjauh dari umpan balik positif.

m. Tidak mampu menentukan tujuan.

2. Data Obyektif

- a. Produktivitas menjadi menurun.
- b. Perilaku destruktif yang terjadi pada diri sendiri.
- c. Perilaku destruktif yang terjadi pada orang lain.
- d. Penyalahgunaan suatu zat.
- e. Tindakan menarik diri dari hubungan sosial.
- f. Mengungkapkan perasaan bersalah dan malu.
- g. Muncul tanda depresi seperti sukar tidur dan makan.
- h. Gampang tersinggung dan mudah marah.

2.3.3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang dibuat oleh perawat tentang masalah atau status kesehatan klien, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian (Asmadi, 2008). Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara, perawat dapat merumuskan masalah yaitu Harga Diri Rendah Kronik.

2.3.4. Intervensi

Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan Harga Diri Rendah menurut Kartika Sari (2015) adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Umum : klien dapat berhubungan dengan orang lain secara optimal.
2. Tujuan Khusus dan Intervensi
 - a. Klien dapat membina hubungan saling percaya.

1) Kriteria Hasil :

Ekspresi wajah klien bersahabat, menunjukkan rasa tenang dan ada kontak mata, mau berjabat tangan dan mau menyebutkan nama, mau menjawab salam dan mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

2) Intervensi :

Sapa klien dengan ramah dan baik secara verbal dan non verbal.

- (a) Perkenalkan diri dengan sopan.
- (b) Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien.
- (c) Jelaskan tujuan pertemuan.
- (d) Jujur dan menepati janji.
- (e) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.
- (f) Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

b. Klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki.

1) Kriteria Hasil :

Klien dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien, aspek positif keluarga, dan aspek positif lingkungan klien.

2) Intervensi :

- (a) Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien.
- (b) Bersama klien buat daftar tentang aspek positif klien.
- (c) Beri pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negatif.

c. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan.

1) Kriteria Hasil :

Klien dapat menilai dan menyebutkan kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan.

2) Intervensi :

- (a) Diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan.
- (b) Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya.

d. klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

1) Kriteria Hasil :

klien dapat membuat rencana kegiatan harian.

2) Intervensi :

- (a) Rencanakan bersama klien kemampuan yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan klien meliputi kegiatan mandiri maupun dibantu.

(b) Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien.

(c) Beri contoh pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan.

e. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat.

1) Kriteria Hasil :

Klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang telah dibuat.

2) Intervensi :

(a) Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan.

(b) Pantau kegiatan yang dilakukan klien.

(c) Beri pujian atau usaha yang dilakukan klien.

(d) Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.

f. Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.

1) Kriteria Hasil :

Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada di keluarga.

2) Intervensi :

(a) Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah.

(b) Bantu keluarga memberikan dukungan selama klien dirawat.

(c) Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.

2.3.5. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan di tujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Nursalam, 2008 : 127). Pada masalah keperawatan harga diri rendah maka dilakukan tindakan keperawatan menurut kartika sari (2015) dengan cara menggunakan percakapan strategi pelaksanaan. 1 pasien harga diri rendah. Setelah dirasa strategi pelaksanaan 1 pada pasien harga diri rendah berhasil maka boleh dilanjutkan kestrategi pelaksanaan 2 pada pasien harga diri rendah.

2.3.6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yaitu kegiatan aktif dari proses keperawatan, dimana perawat dapat menilai hasil yang diharapkan terhadap masalah dan menilai sejauh mana masalah dapat di atasi. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada proses akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu dikoreksi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang telah diobservasi. Diagnosis juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya. Evaluasi juga diperlukan pada tahap intervensi untuk

menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat di capai secara efektif (Nursalam, 2008:135).

Menurut Direja (2011), evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP diantaranya sebagai berikut :

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan : “Bagaimana perasaan Bapak setelah latihan nafas dalam?”

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan, atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

A : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien, dan tindak lanjut oleh perawat.

2.3.7. Strategi Pelaksanaan

Selain dari rencana keperawatan untuk klien skizofrenia dengan harga diri rendah terdapat strategi pelaksanaan sebagai berikut :

SP 1 Pasien :

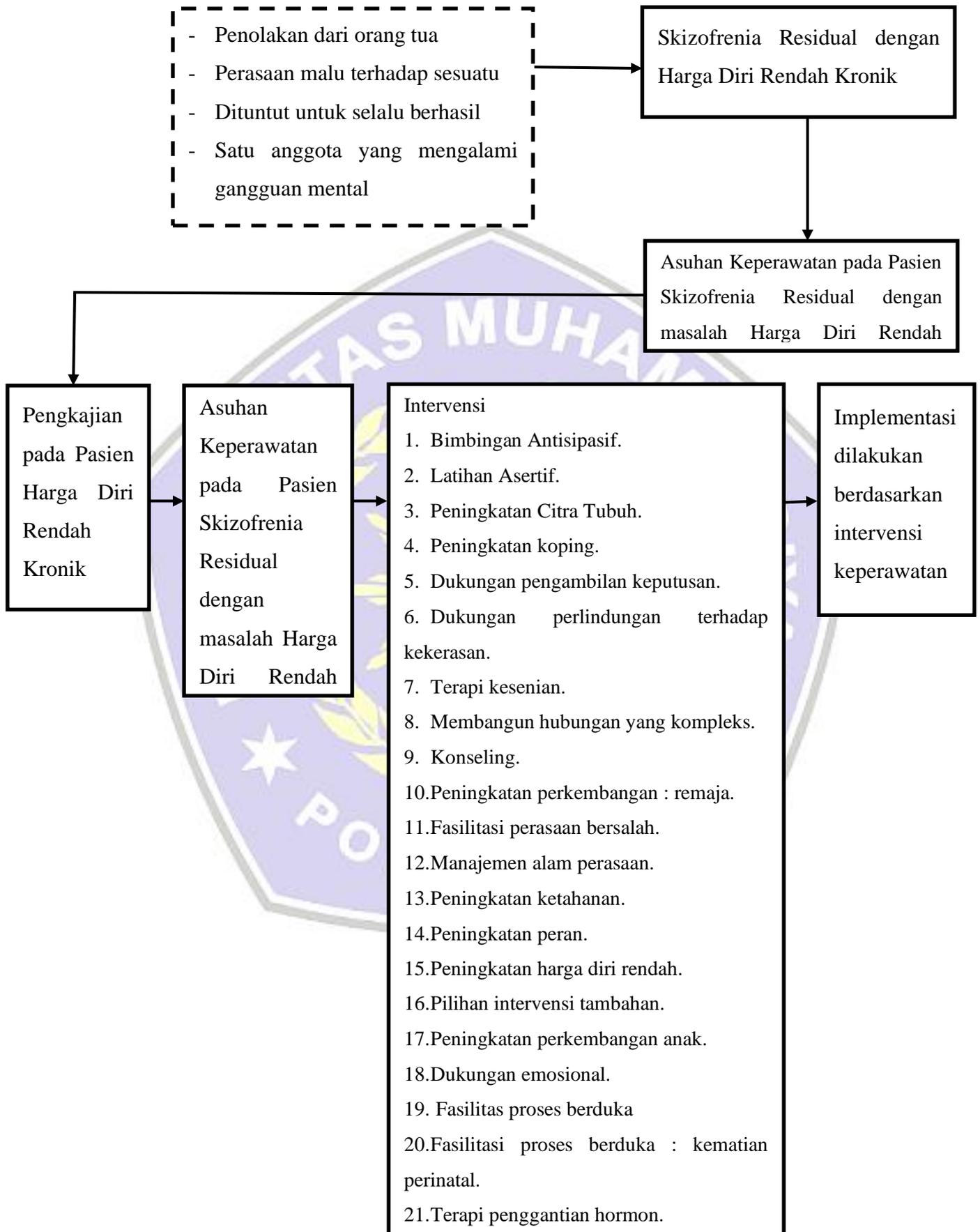
1. Mendiskusikan aspek positif dan kemampuan pasien.
2. Membantu menilai kemampuan yang masih bisa dilakukan pasien.
3. Membantu menetapkan kemampuan yang akan dilatih.
4. Melatih kemampuan pasien yang telah ditetapkan dan menyusun jadwal pelaksanaan dalam rencana harian.

SP 2 Pasien :

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
2. Melatih melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.
3. Mengajukan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.



2.4. Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia Residual dengan masalah Harga Diri Rendah Kronik