

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep dasar skizofrenia dan harga diri rendah kronis. Konsep dasar yang akan diuraikan yaitu definisi, etiologi, tanda gejala, pemeriksaan penunjang dan penanganan.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari kata Yunani yaitu *schizo* artinya terbagi atau terpecah dan *phrenia* yang berarti pikiran. Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu. (Videbeck, 2008 dalam Nuraenah, 2012).

Skizofrenia umumnya ditandai dengan kekeliruan yang fundamental dan keunikan dari pikiran dan pemahaman, juga afek yang tumpul (*blunted*) atau tidak wajar (*inappropriate*). Kesadaran yang bersih dan kemampuan psikologis biasanya terjaga, meskipun regresi psikologis tertentu bisa berkembang kemudian (Kardi, 2003).

Menurut (Arum Kartikadewi, 2017) ada beberapa macam skizofrenia yang diidentifikasi berdasarkan PPDGJ III antara lain sebagai berikut:

1. Skizofrenia Hebefrenik (gangguan afektif dan berkehendak yang menonjol sehingga timbul perilaku yang tidak bertujuan).
2. Skizofrenia paranoid (gangguan afektif berkehendak dan berbicara yang tidak nyata).

3. Skizofrenia tak terinci (*undifferentiated*) (tidak memenuhi kriteria umum skizofrenia).
4. Skizofrenia residual tidak terinci gejala tidak memenuhi kriteria skizofrenia katatonik, paranoid ataupun hebefrenik.
5. Skizofrenia simpleks (gejala aktif psikotik kurang jelas dibandingkan dengan gangguan skizofrenia lain).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut (Siti Zahnia & Dyah Wulan Sumekar, 2016), ada beberapa aspek yang menyebabkan skizofrenia, yaitu:

1. Umur

Umur 25-35 tahun peluang berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.

2. Jenis Kelamin

Perbandingan skizofrenia tertinggi ialah laki-laki (72%) dengan peluang laki-laki berisiko 2,37 kali lebih tinggi mengalami keadaan skizofrenia dibandingkan dengan perempuan. Kelompok pria lebih mudah terkena gangguan jiwa karena kelompok pria yang menjadi sebagai penopang utama rumah tangga sehingga lebih tinggi mengalami tekanan hidup, sedangkan wanita lebih rendah berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki karena wanita lebih mampu menerima keadaan kehidupan dibandingkan dengan laki-laki. Walaupun sebagian sumber lainnya menerangkan bahwa perempuan lebih memiliki risiko untuk menderita stress psikologik dan juga perempuan relatif lebih sensitif bila dikenai trauma. Sementara prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan perempuan adalah sama.

3. Pekerjaan

Pada golongan skizofrenia, total yang tidak bekerja ialah sebanyak 85,3% sehingga orang yang tidak bekerja peluang mempunyai risiko 6,2 kali lebih tinggi menderita skizofrenia daripada yang bekerja. Orang yang tidak bekerja akan lebih gampang menjadi stres yang berkaitan dengan tingginya kadar hormon stres (kadar katekolamin) dan menyebabkan ketidakberdayaan, karena orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih mempunyai dorongan hidup yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak bekerja.

4. Status Perkawinan

Seseorang yang belum menikah memiliki risiko mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan yang menikah karena status mental perlu untuk perubahan ego ideal dan identifikasi perilaku antara suami dan istri menuju tercapainya kedamaian. Perhatian dan kasih sayang ialah fundamental bagi pencapaian suatu hidup yang berarti dan memuaskan.

5. Konflik Keluarga

Konflik keluarga berisiko 1,13 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan tidak ada konflik keluarga.

6. Status Ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan status ekonomi tinggi. Status ekonomi rendah banyak mempengaruhi kehidupan seseorang. Beberapa ahli tidak memandang kemiskinan (status ekonomi rendah) sebagai aspek risiko, tetapi aspek yang menyertainya bertanggung jawab atas timbulnya gangguan kesehatan.

Himpitan ekonomi membawa dampak orang menjadi sensitif dan terjadi berbagai kejadian yang menimbulkan gangguan jiwa. Jadi, penyebab gangguan jiwa tidak hanya stressor psikososial melainkan juga stressor ekonomi. Dua stressor ini kait mengait, makin mengubah persoalan yang sudah kompleks menjadi lebih kompleks.

7. Faktor Genetik

Faktor genetik ikut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian mengenai keluarga-keluarga penderita skizofrenia, terutama anak-anak kembar monozigot. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 7-16%, bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40- 68%, bagi heterozigot 2-15% dan bagi monozigot 61-86%. Diperkirakan bahwa yang diturunkan ialah kemampuan untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi skizofrenia atau tidak.

2.1.3 Tanda Dan Gejala

Menurut (Arum Kartikadewi, 2017) Tanda gejala yang muncul pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

1. Gangguan proses pikir contohnya alogia, konkritisasi, *clanging*, *blocking*, neologisme, *overinklusif*, implikasi lebar, ekolalia.
2. Gangguan isi pikir atau waham merupakan suatu ketentuan yang salah dan menetap, tidak sesuai dengan realitas, diyakini 100% dan tidak dapat dihentikan.

3. Gangguan persepsi ilusi, halusinasi dan pada panca indera.
4. Gangguan emosi afek labil, afek datar/tumpul, afek tak sinkron.
5. Gangguan perilaku berbagai perilaku yang tidak pantas atau aneh bisa terlihat misalnya perilaku ritual, agresif.
6. Gangguan motivasi kehilangan kehendak atau tidak ada aktivitas.
7. Gangguan neurokognitif terdapat gangguan memori, gangguan atensi, penurunan kemampuan untuk menyelesaikan masalah serta fungsi eksekutif

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Berdasarkan *diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Pada pasien skizofrenia perlu dilakukan pemeriksaan penunjang untuk melihat kemampuan kognitif pasien serta rencana terapi. Pada pasien skizofrenia pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan adalah:

1. Pemeriksaan Psikologi :
 - a. Pemeriksaan Psikometri: Adanya gangguan psikotik halusinasi dan masalah berpikir (penalaran tidak logis).
 - b. Pemeriksaan Psikiatri: Disorganisasi pola pikir, masalah pada komunikasi dan kognisi, gangguan persepsi terutama halusinasi dan waham.
2. Pemeriksaan lain jika diperlukan:
 - a Tes Darah: Adakah kecanduan alkohol atau penggunaan obat-obatan terlarang.
 - b MRI: Pembesaran ventrikel lebih dari 10%, pembesaran ganglia basal, pengurangan *grey matter* secara berkala sebanyak 5%.
 - c Pergerakan Mata: Ketidakmampuan mengikuti benda yang bergerak.

- d *CT-Scan*: Ukuran otak lebih kecil dengan ukuran ventrikel lateral yang lebih besar.
- e Sel darah putih dan imunoglobulin: mengalami penurunan interleukin -2.
- f Tes Urin: Untuk melihat kemungkinan kecanduan terhadap zat tertentu.

2.1.5 Penatalaksanaan

Menurut (Irwan, M dkk, 2008) penatalaksanaan yang bisa dilakukan untuk pasien dengan skizofrenia adalah sebagai berikut:

1. Terapi Somatik

Obat-obatan yang digunakan untuk menyembuhkan Skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik berfungsi mengendalikan delusi, halusinasi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada Skizofrenia. Terdapat 3 jenis obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu:

a. Antipsikotik Konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya disebut antipsikotik konvensional. Antipsikotik konvensional kerap mengakibatkan efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvensional antara lain:

- 1) Haldol (*haloperidol*).
- 2) Stelazine (*trifluoperazine*).
- 3) Mellaril (*thioridazine*).
- 4) Thorazine (*chlorpromazine*).
- 5) Navane (*thiothixene*).
- 6) Trilafon (*perphenazine*).
- 7) Prolixin (*fluphenazine*)

b. Newer Atypical Antipsychotic

Obat-obat yang termasuk golongan ini disebut atipikal karena hakikat kerjanya berbeda, serta sedikit mengakibatkan efek samping jika dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Beberapa contoh newer atypical antipsychotic yang tersedia, antara lain:

- 1) Risperdal (risperidone).
- 2) Seroquel (quetiapine).
- 3) Zyprexa (olanzopine)

c. Clozaril

Clozaril bisa meringankan $\pm 25-50\%$ pasien yang tidak merespon (berhasil) dengan antipsikotik konvensional. Sangat disayangkan, Clozaril mempunyai efek samping yang sedikit tapi sangat sulit dimana pada kasus-kasus yang jarang (1%), Clozaril dapat merendahkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Sediaan Obat Anti Psikosis dan Dosis Anjuran.

- 1) Klorpromazin Tablet 25 dan 100 mg, injeksi 25 mg/ml 150 - 600 mg/hari.
- 2) Haloperidol Tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg Injeksi 5 mg/ml 5 - 15 mg/hari.
- 3) Perfenazin Tablet 2, 4, 8 mg 12 - 24 mg/hari.
- 4) Flufenazin Tablet 2, 5 mg, 5 mg 10 - 15 mg/hari.
- 5) Flufenazin dekanoat Inj 25 mg/ml 25 mg/2-4 minggu.
- 6) Levomeprazin Tablet 25 mg Injeksi 25 mg/ml 25 - 50 mg/hari.
- 7) Trifluoperazin Tablet 1 mg dan 5 mg 10 - 15 mg/hari.

- 8) Tioridazin Tablet 50 dan 100 mg 150 - 600 mg/hari.
- 9) Sulpirid Tablet 200 mg 300 - 600 mg/hari 1 - 4 mg/hari Injeksi 50 mg/ml.
- 10) Pimozid Tablet 1 dan 4 mg 1 - 4 mg/hari 11 Risperidon Tablet 1, 2, 3 mg 2 - 6 mg/hari.

2. Terapi Psikososial

a. Terapi perilaku

Terapi perilaku memerlukan pemberian ekonomi dan latihan ketrampilan sosial untuk menambah ketrampilan sosial, kekuatan merespon diri sendiri, komunikasi interpersonal dan edukasi praktis.

b. Terapi berorientasi-keluarga

Terapi ini banyak bermanfaat karena pasien skizofrenia seringkali dipulangkan dalam keadaan remisi parsial, keluarga dimana pasien skizofrenia kembali seringkali memperoleh keuntungan dari terapi keluarga yang singkat namun sungguh-sungguh (setiap hari).

c. Terapi kelompok

Terapi kelompok bagi skizofrenia umumnya memfokuskan pada rancangan masalah dan ikatan di dalam kehidupan nyata. Kelompok mungkin terorientasi sebagai kepribadian, terorientasi secara psikodinamika, pendapat atau suportif. Terapi kelompok efektif ketika menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan dan menambah tes realitas pada penderita skizofrenia. Kelompok yang memimpin dengan cara kooperatif, bukannya dalam cara interpretatif, seperti yang paling membantu bagi penderita skizofrenia.

d. Psikoterapi individual

Penelitian yang paling efektif terhadap efek psikoterapi individual dalam penanganan skizofrenia sudah memberikan data, bahwa terapi ialah mendukung dan meningkatkan efek terapi farmakologis. Satu rancangan penting di dalam psikoterapi untuk penderita skizofrenia merupakan perubahan suatu interaksi terapeutik yang dialami pasien seperti tenang. Pengetahuan tersebut dipengaruhi karena mampu dipercayanya spesialis terapi, kesenjangan emosional antara ahli terapi dengan pasien dan keikhlasan ahli terapi seperti yang diinterpretasikan oleh pasien.

3. Perawatan di Rumah Sakit (*Hospitalization*)

Gejala primer perawatan rumah sakit ialah untuk tujuan diagnostik, memantapkan medikasi, ketenangan pasien karena pikiran bunuh diri atau membunuh, kepribadian yang amat bingung termasuk ketidakmampuan mengerjakan kebutuhan dasar. Tujuan utama perawatan di rumah sakit yang perlu ditegaskan adalah kontrak positif antara pasien dan metode penunjang masyarakat. Rehabilitasi dan adaptasi yang dilakukan pada perawatan rumah sakit harus direncanakan. Dokter juga harus mengajarkan pasien dan pengasuh serta keluarga pasien tentang skizofrenia. Perawatan di rumah sakit menurunkan stres pada pasien dan membantu pasien menulis aktivitas harian mereka. Lamanya perawatan rumah sakit bergantung pada keparahan penyakit pasien dan tersedianya layanan penyembuhan rawat jalan. Rencana terapi di rumah sakit wajib mempunyai penyesuaian rasional ke arah persoalan kehidupan, kualitas hidup, perawatan diri, pekerjaan, dan hubungan sosial. Perawatan di rumah sakit wajib untuk mengharuskan pasien dengan kemudahan perawatan termasuk

keluarga pasien. Fokus perawatan dan kunjungan keluarga pasien sering membantu pasien dalam memulihkan kualitas hidup. Selain anti psikosis, terapi psikososial, ada juga terapi lainnya yang dilakukan di rumah sakit yaitu Elektro Konvulsif Terapi (ECT), terapi ini diperkenalkan oleh Ugo cerleti (1887-1963). Metode penyembuhan pasien dengan terapi ini belum diketahui secara pasti. Alat yang digunakan ialah alat yang mengeluarkan aliran listrik sinusoid sehingga penderita menerima aliran listrik yang terputus-putus. Tegangan yang digunakan 100-150 volt dan waktu yang digunakan 2-3 detik 2,7. Pada pelaksanaan terapi ini dibutuhkan persiapan sebagai berikut:

- a. Penderita wajib puasa.
- b. Pemeriksaan jantung, paru-paru dan tulang punggung.
- c. Gigi palsu dan benda-benda metal perlu dilepaskan.
- d. Kandung kemih dan rektum perlu dikosongkan.
- e. Penderita berbaring telentang lurus di atas permukaan yang datar dan agak keras.
- f. Diantara kedua rahang di beri bahan lunak dan di suruh agar pasien menggigitnya.
- g. Frekuensi dilakukannya terapi ini tergantung dari keadaan penderita dapat diberi:
 - 1) 2-4 hari berturut - turut 1-2 kali sehari.
 - 2) 2-3 kali seminggu pada keadaan yang lebih ringan.
 - 3) *Maintenance* tiap 2-4 minggu.
 - 4) Dahulu sebelum jaman psikotropik dilakukan 12-20 kali tetapi sekarang tidak dianut lagi.

Indikasi pemberian terapi ini adalah penderita skizofrenia katatonik dan pasien dengan pertimbangan tertentu karena tidak bisa menggunakan antipsikotik atau tidak adanya perbaikan setelah pemberian antipsikotik. Kontra indikasi Elektrokonvulsiv terapi adalah Dekompensasio kardis, aneurisma aorta, penyakit tulang dengan ancaman fraktur namun dengan pemberian obat pelemas otot pada pasien dengan keadaan diatas boleh dilakukan. Kontra indikasi total ialah tumor otak. Seperti masalah terapi ini bisa terjadi luksasio pada rahang, Robekan otot-otot, fraktur pada vertebra, dapat juga terjadi apnue, amnesia dan terjadi degenerasi sel-sel otak.

2.2 Konsep Harga Diri Rendah kronis

2.2.1 pengertian Harga Diri Rendah kronis

Harga diri rendah kronis merupakan penilaian atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau ketrampilan klien seolah-olah tidak berharga, tidak berarti, tidak berdaya yang terjadi dalam waktu lama dan terus menerus (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Harga diri rendah kronis ialah suatu penyakit kronis ditandai dengan adanya perasaan tidak berguna, perasaan tidak berharga, penilaian buruk terhadap dirinya dan memalukan (Townsend, 2011). Sedangkan menurut Damaiyanti (2012) Harga diri rendah kronis yaitu perasaan negatif terhadap diri yang terjadi lama yaitu sebelum sakit atau dirawat. Klien memiliki metode berfikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambahkan persepsi negatif terhadap dirinya. Keadaan ini bisa dijumpai pada klien gangguan fisik yang kronis atau pada klien gangguan jiwa.

2.2.2 Penyebab Harga Diri Rendah Kronis

Penyebab harga diri rendah kronis ialah kurangnya pengakuan dari orang lain, terpapar kondisi traumatis, gangguan psikiatri, kegagalan berulang, ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan, ketidaksesuaian budaya, pengulangan negatif berulang (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Sedangkan menurut (Herdman, 2012) Harga Diri Rendah Kronis disebabkan karena penilaian internal (diri sendiri) maupun eksternal (orang tua, saudara dan lingkungan) yang negatif yang sangat mempengaruhi penilaian individu terhadap dirinya.

2.2.3 Tanda Dan Gejala Harga Diri Rendah Kronis

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Tanda gejala harga diri rendah kronis yaitu:

1. Gejala dan tanda mayor

a Subjektif

- 1) Menilai diri negatif (misalnya. Tidak berguna, tidak tertolong).
- 2) Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif.
- 3) Meremehkan kemampuan mengatasi masalah.
- 4) Menolak penilaian positif tentang diri sendiri.
- 5) Merasa tidak mampu melakukan apapun.
- 6) Merasa malu/bersalah.
- 7) Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri.

b Objektif

- 1) Berjalan menunduk.
- 2) Postur tubuh menunduk.

3) Enggan mencoba hal baru.

2. Gejala dan tanda minor

a Subjektif

- 1) Sulit tidur.
- 2) Mengungkapkan keputusasaan.
- 3) Merasa sulit berkonsentrasi.

b Objektif

- 1) Kontak mata kurang.
- 2) Pasif.
- 3) Berbicara pelan dan lirih.
- 4) Seringkali mencari penegasan.
- 5) Bergantung pada pendapat orang lain.
- 6) Perilaku tidak asertif.
- 7) Lesu dan tidak bergairah.
- 8) Mencari penguatan secara berlebihan.
- 9) Sulit membuat keputusan.

2.2.4 Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Konsep Diri Rendah

Sumber: (Fajariyah, 2012).

Menurut Stuart dan Sundeen (1998) respon individu terhadap konsep dirinya sepanjang rentang respon konsep diri yaitu adaptif dan mal adaptif (Fajariyah, 2012).

- 1 Aktualisasi diri merupakan penjelasan diri positif mengenai kondisi pengetahuan nyata yang berhasil diterima.
- 2 Konsep diri positif ialah memiliki pengetahuan yang baik dalam beraktualisasi diri.
- 3 Harga diri rendah merupakan perubahan antara respon diri adaptif dengan konsep diri mal adaptif.
- 4 Keracunan identitas merupakan kekecewaan seseorang dalam penanggungan sudut psikososial dan kepribadian dewasa yang harmonis.
- 5 Depersonalisasi merupakan perasaan yang tidak realitis terhadap diri sendiri yang berkaitan dengan kepanikan, kecemasan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

2.2.5 Proses Terjadinya Masalah

Menurut (Direja, 2011) Harga diri rendah kronis terjadi akibat proses kelanjutan dari harga diri rendah situasional yang tidak diselesaikan atau bisa juga terjadi karena individu tidak pernah memperoleh *feed back* dari lingkungan mengenai tingkah laku pasien sebelumnya terlebih bisa jadi keinginan lingkungan yang terus-menerus memberi respon negatif membawa individu menjadi harga diri rendah. Harga diri rendah kronis terjadi karena banyak faktor, awalnya individu berada pada satu keadaan yang penuh dengan stressor (krisis), individu mencari jalan mengatasi krisis namun tidak selesai sehingga muncul persepsi bahwa diri tidak bisa atau merasa gagal melakukan fungsi dan peran. Evaluasi

individu terhadap diri sendiri karena kegagalan melaksanakan tugas dan peran ialah keadaan harga diri rendah situasional, bila situasi tidak memberi bantuan positif atau malah menyalahkan individu dan terjadi secara terus menerus akan menyebabkan individu mengalami harga diri rendah kronis.

2.2.6 Mekanisme Koping

Menurut (Stuart, 2006) mekanisme koping tergolong proteksi koping jangka panjang pendek atau jangka panjang serta pemanfaatan metode pertahanan ego untuk melindungi diri sendiri dalam menemui persepsi diri yang menyakitkan. Pertahanan tersebut mencakup berikut ini:

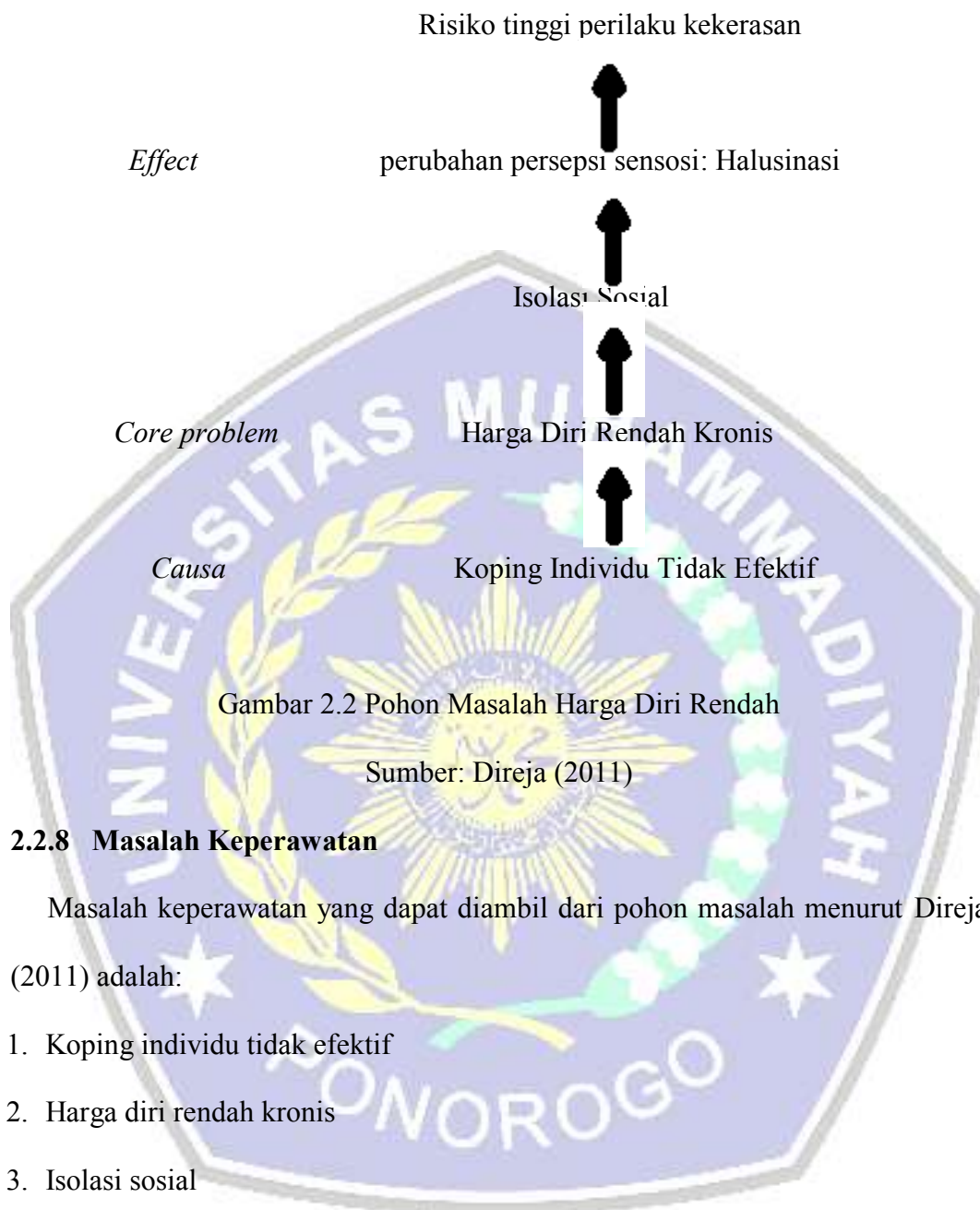
1 Jangka pendek :

- a Aktivitas yang menyampaikan pelarian sementara dari krisis identitas diri (misalnya, menonton tv secara obsesif, konser musik, bekerja keras).
- b Aktivitas yang memberikan identitas pengganti semestara (misalnya, ikut serta dalam klub sosial, kelompok, politik, agama, gerakan atau geng).
- c Aktivitas yang sementara memastikan atau meningkatkan perasaan diri yang tidak menentu (misalnya, prestasi akademik, olahraga yang kompetitif, kontes untuk mendapatkan popularitas).

2 Jangka Panjang:

- a Penutupan identitas: mengambil identitas dini yang diinginkan oleh orang terdekat tanpa memerhatikan kemauan, aspirasi atau potensi diri individu.
- b Identitas negatif: dugaan identitas yang tidak sinkron dengan jumlah dan keinginan yang diterima masyarakat. Metode pertahanan ego termasuk penggunaan isolasi, fantasi, proyeksi, disosiasi, pengalihan (*displacement*, berbalik marah terhadap diri sendiri dan amuk).

2.2.7 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah

Sumber: Direja (2011)

2.2.8 Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang dapat diambil dari pohon masalah menurut Direja (2011) adalah:

1. Koping individu tidak efektif
2. Harga diri rendah kronis
3. Isolasi sosial
4. perubahan persepsi sensasi: Halusinasi
5. Risiko tinggi perilaku kekerasan

2.2.9 Penatalaksanaan

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) terapi yang dapat dilakukan pada penderita harga diri rendah kronis yaitu:

1. Terapi kognitif perilaku

Terapi kognitif perilaku ini ialah cara berpikir, merasa dan berperilaku mengenai suatu peristiwa untuk memperbaiki kesadaran diri.

2. Terapi diversional

Terapi diversional ialah terapi yang memanfaatkan keaktifan pengisi waktu luang atau rekreasi untuk meningkatkan perasaan sehat.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Menurut (Arum Kartikadewi, 2017) Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Harga Diri Rendah Kronis yaitu sebagai berikut:

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas

Biasanya skizofrenia timbul pada masa usia dewasa muda, yaitu sekitar umur 18-25 tahun. Orang yang tinggal dan tumbuh besar di kota besar beresiko lebih tinggi 2-3 kali menderita skizofrenia daripada dengan orang yang tinggal di desa.

2. Alasan Masuk dan Faktor Presipitasi

Keluhan utama pada harga diri rendah kronis biasanya merenung atau menyendiri, mengkritik atau menyalahkan diri sendiri. Masalah khusus tentang harga diri rendah kronis disebabkan oleh setiap situasi yang dihadapi individu dan ia tidak mampu menyelesaikan.

3. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi terjadinya harga diri rendah kronis ialah ketergantungan pada orang lain, kegagalan berulang, penolakan orang tua yang tidak realistis, kurangnya tanggung jawab personal, ideal diri yang tidak realistis. Dan biasanya terdapat riwayat terkena infeksi dan trauma kepala (Yosep, 2011).

4. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik dilakukan pengukuran tanda-tanda vital, BB dan TB, adanya keluhan fisik pada pasien dan keluarganya, lakukan pemeriksaan fisik *head to toe*, jika dijumpai adanya temuan yang abnormal pada pemeriksaan fisik maka dilanjutkan dengan pengkajian tiap sistem, tanyakan riwayat pengobatan penyakit fisik yang sudah atau sedang dijalani oleh pasien pada keluarga.

5. Psikososial

a Genogram

Genogram dengan 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga.

b Konsep diri

1) Citra Tubuh: Tanyakan kepada klien mengenai pemahaman tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

2) Identitas Diri: Kondisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap keadaan dan posisinya (tempat kerja, sekolah, kelompok), kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.

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

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

5) Harga diri: Menurut Direja (2011) data yang perlu dikaji pada penderita harga diri rendah kronis yaitu:

a) Subjektif

- (1) Mengatakan tidak mampu.
- (2) Mengatakan malas melakukan perawatan diri.
- (3) Mengatakan tidak semangat beraktivitas.
- (4) Mengatakan tidak berguna.

b) Objektif

- (1) Mengintropeksi diri dengan negatif.
- (2) Tidak mau diberi pujian.
- (3) Memandang kehidupan kearah pesimis.
- (4) Perasaan tidak mampu.
- (5) Terjadi penurunan produktivitas.
- (6) Penolakan kemampuan diri.
- (7) Pakaian tidak rapi.
- (8) Selera makan berkurang.
- (9) Tidak memperhatikan perawatan diri.
- (10) Bicara lambat dengan nada yang lirih.
- (11) Tidak berani kontak mata dengan orang lain.

c) Hubungan Sosial

Pada hubungan sosial tanyakan kepada klien saat dirumah dan dirumah sakit orang yang paling dekat dengan pasien. kegiatan kelompok apa saja

yang diikuti pasien dalam masyarakat maupun dirumah sakit, apakah ada ketergantungan pasien terhadap seseorang atau orang lain yang mempengaruhi hubungan pasien dengan kelompok dan masyarakat.

d Spiritual

Pada spiritual tanyakan nilai dan keyakinan, pendapat dan kepercayaan pasien mengenai gangguan jiwa sesuai budaya dan agama yang dianut, pandangan masyarakat mengenai jiwa, tanyakan kegiatan ibadah yang diikuti secara individu atau kelompok, tanyakan kepada pasien dan keluarga pandangannya tentang kegiatan ibadah.

e Status Mental

- 1) Penampilan: Amati penampilan fisik rapi atau tidak (kondisi kuku, gigi, rambut, kulit, cara berpakaian).
- 2) Pembicaraan: Amati pembicaraan pasien apakah tepat, gagap, keras, membisu, apatis atau lambat tanggapannya, berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat yang lain tetapi tidak ada kaitannya dan sulit dipahami (*inkoherent*) atau bicara kacau, tidak dapat memulai pembicaraan.
- 3) Aktifitas motorik: Observasi aktivitas motorik apakah lesu, pasif (Hipomotorik), segala aktifitas sehari-hari dengan bantuan perawat atau orang lain, tegang, gelisah, tiak bisa tenang (Hiperomotorik), TIK (gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol), Agitasi (Kegelisahan motorik, mondar-mandir), Grimasen (gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol pasien), Tremor (Jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan tangannya dan merantangkan jari-jari), Kompulsif (kegiatan yang dilakukan berulang

ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengirangkan tangan).

4) Alam perasaan: Data ini didapatkan melalui wawancara dengan pasien meliputi adanya perasaan sedih, putus asa, gembira, kekhawatiran takut (hasil wawancara divalidasi dengan hasil observasi, apakah disforia, efori) (Yosep, 2011).

5) Afek: Data afek didapatkan dari respon pasien pada saat wawancara bukan didapatkan dari status pasien. Jenis afek (Appropriate (tepat) dan Inapropriate (tidak tepat)).

6) Interaksi selama wawancara:

a) interaksi selama wawancara apakah bermusuhan, tidak kooperatif atau mudah tersinggung.

b) Kontak mata selama wawancara (mudah beralih, tidak ada kontak mata dan dapat mempertahankan kontak mata).

c) Defensif (selama wawancara pasien selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya).

d) Curiga (selama wawancara menunjukkan sikap perasaan tidak percaya pada orang lain).

7) Persepsi

a) Dikaji adanya pengalaman pasien tentang halusinasi dan ilusi.

b) Apabila pasien mengalami halusinasi, tanyakan jenis halusinasinya, isi halusinasinya, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi muncul, respon atau perasaan selama halusinasi muncul, tindakan

yang sudah dilakukan pasien untuk mengontrol atau menghilangkan halusinasi serta keberhasilan dari tindakan tersebut.

8) Proses pikir

Data diperoleh melalui observasi selama wawancara dengan pasien:

- a) Sirkumstansial: Pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan.
- b) Tangensial: Pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan yang diinginkan perawat.
- c) Kehilangan asosiasi: Pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan pasien tidak menyadarinya.
- d) Flight of ideas: Pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya, tapi masih ada hubungannya yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan akan tetapi perawat dapat memahami kalimat yang diucapkan pasien.
- e) *Blocking*: Pembicaraan yang terhenti secara tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dapat melanjutkan pembicaraan lagi.
- f) *Reaming*: Pembicaraan yang secara perlahan intonasinya menurun dan kemudian berhenti dan pasien tidak sanggup melanjutkan pembicaraan lagi, misalnya pada pasien depresi.
- g) Reperseperasi: Pembicaraan yang diulang berkali-kali.

9) Isi Pikir

- a) Dapat diketahui dari wawancara dengan pasien.
- b) Obsesi: Pikiran yang selalu muncul walaupun pasien berusaha untuk menghilangkannya.

- c) Pobia: Ketakutan yang patologis/tidak logis terhadap objek atau situasi tertentu, misalnya takut di tempat keramaian, takut gelap, takut darah dsb.
- d) Ide terkait: Keyakinan pasien terhadap keyakinan yang terjadi di lingkungannya yang bermakna dan terkait dengan dirinya.
- e) Depersonalisasi: Perasaan pasien yang asing terhadap perasaan sendiri, orang atau lingkungannya.
- f) Waham:
- (1) Agama: Keyakinan pasien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan, kadang perilaku sudah sesuai dengan isi wahamnya.
 - (2) Somatik: Pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
 - (3) Kebesaran: Pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya yang berlebihan dan dikatakan serta ditampilkan dalam bentuk perilaku secara berulang yang kenyataan, misalnya mengaku sebagai nabi, kyai, tentara, dokter, dll.
 - (4) Curiga: Pasien mempunyai keyakinan bahwa seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan. Misal pasien menolak makan yang disajikan karena merasa ada racunnya.
 - (5) Nihilistik: Pasien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia atau sudah meninggal, yang dinyatakan secara berulang dan tidak

sesuai dengan kenyataan. Misalnya mengatakan dirinya adalah mayat dan sudah meninggal. Perilaku kadang sudah mengikuti isi wahamnya, yaitu tidak mau melakukan aktifitas sehari-hari termasuk mandi dan makan.

(6) Hipokondria: Keyakinan terhadap gangguan organ dalam tubuhnya yang sebenarnya tidak ada, misalnya merasa menderita penyakit tertentu.

(7) Magis Mistik: keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil di luar kemampuannya, misal bisa menghidupkan orang yang mati, menyembuhkan penyakit, menyantet orang dll.

10) Waham yang Bizar

a) Sisip Pikir: Pasien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan di dalam pikirnya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan. Pasien kadang tampak bicaranya kacau, *flight of idea*, dan sering juga ide atau gagasan menyerang orang lain, merusak lingkungan dan melakukan upaya bunuh diri.

b) Siar pikir: Pasien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut. Yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan, biasanya pasien menjadi defensif, menolak interaksi atau wawancara dengan perawat karena pasien merasa perawat sudah tahu yang pasien pikirkan.

- c) Kontrol pikir: Pasien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar, misalnya pasien melakukan percobaan bunuh diri karena ada yang menyuruh bunuh diri, atau akan membunuh orang lain karena merasa ada orang lain yang memerintahkan untuk membunuh.

11) Tingkat kesadaran dan orientasi

Data tingkat kesadaran diperoleh selama pasien menjalani wawancara dengan perawat:

a) Kesadaran pasien:

- (1) Bingung: Tampak bingung dan kacau.
- (2) Sedasi: Mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dan tidak sadar.
- (3) Stupor: Gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh klien dapat diletakkan dalam sikap canggung dan dipertahankan klien, tetapi klien mengerti semua yang terjadi di lingkungannya.

- b) Orientasi pasien terhadap waktu, tempat dan orang diperoleh melalui wawancara.

12) Memori

Data diperoleh melalui wawancara:

- a) Gangguan daya ingat jangka panjang: Jika tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari 1 bulan.
- b) Gangguan daya ingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir.

- c) Gangguan daya ingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.
- d) Konfabulasi: Pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan, dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.

13) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Data diperoleh melalui wawancara

- a) Mudah dialihkan: Perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek lain.
- b) Tidak mampu berkomunikasi: Pasien selalu minta agar pertanyaan selalu diulang/tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
- c) Tidak mampu berhitung: Tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda-benda yang nyata.

14) Kemampuan Penilaian

- a) Gangguan kemampuan penilaian ringan: dapat mengambil keputusan yang sederhana.
- b) Gangguan kemampuan penilaian bermakna: tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain; misalnya ketika diberikan penjelasan, mau makan dulu, atau mandi dulu, pasien tetap tidak dapat memilih atau mengambil keputusan. Pada pasien akut sering tampak pasien terlanjang, tidak mau mandi dan menolak makan.

15) Daya Tilik Diri

Data diperoleh dari hasil wawancara

- a) Tanyakan saat ini berada di mana?

- b) Mengapa pasien berada di rumah sakit jiwa?
- c) Klien biasanya tidak menyadari dirinya di rumah sakit, tidak menyadari penyakitnya atau menyalahkan orang lain, karena telah membawa dirinya di rumah sakit jiwa.
- d) Tidak tahu tujuan berada di rumah sakit jiwa.
- e) Menuduh orang tua atau saudara yang sakit jiwa dan dirawat.

2.3.2 Analisa Data

Menurut Setiawan (2012), Analisis data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data klien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien. Analisa data pada harga diri rendah kronis dapat di peroleh dari:

- 1 Gejala dan tanda mayor
 - a Subjektif
 - 1) Menilai diri negatif (misalnya. Tidak berguna, tidak tertolong)
 - 2) Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif.
 - 3) Meremehkan kemampuan mengatasi masalah.
 - 4) Menolak penilaian positif tentang diri sendiri.
 - 5) Merasa tidak mampu melakukan apapun.
 - 6) Merasa malu/bersalah.
 - 7) Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri.
 - b Objektif
 - 1) Berjalan menunduk.
 - 2) Postur tubuh menunduk.

3) Enggan mencoba hal baru.

2 Gejala dan tanda minor

a. Subjektif

- 1) Sulit tidur.
- 2) Mengungkapkan keputusasaan.
- 3) Merasa sulit berkonsentrasi.

b. Objektif

- 1) Kontak mata kurang.
- 2) Pasif.
- 3) Berbicara pelan dan lirih.
- 4) Seringkali mencari penegasan.
- 5) Bergantung pada pendapat orang lain.
- 6) Perilaku tidak asertif.
- 7) Lesu dan tidak bergairah.
- 8) Mencari penguatan secara berlebihan.
- 9) Sulit membuat keputusan.

2.3.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Menurut Nurhalimah (2016) dalam menentukan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yaitu dari penyebab (etiologi), merupakan pernyataan yang mencerminkan penyebab dari masalah. Etiologi dapat berkaitan dengan aspek patofisiologi, psikososial, perilaku, perubahan gaya hidup dan usia perkembangan. Lalu masalah (*problem*)

merupakan gambaran mengenai perubahan status kesehatan pasien dan juga tanda dan gejala (*sign/ symptom*) merupakan kajian sebagai bukti adanya masalah pada kesehatan. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Berdasarkan pengamatan dan wawancara, perawat dapat merumuskan masalah yaitu harga diri rendah kronis.

2.3.4 Intervensi

Intervensi adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Perencanaan terdiri dari 3 aspek, yaitu tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan dari diagnosis tertentu. Tujuan umum dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi dari diagnosis tertentu. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan yang perlu dicapai atau dimiliki klien (Direja, 2011).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

(Materi pelatihan pembelajaran Rumah Sakit Jiwa Surakarta, 2015)

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan (Tum/ Tuk)	Kriteria hasil	Intervensi
Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah Kronis	TUM : Klien dapat meningkatkan harga dirinya. 1. TUK: Klien mampu membina hubungan saling percaya.	Setelah 2 kali interaksi klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan	1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal. 2. Perkenalkan diri dengan sopan. 3. Tanyakan nama

		<p>rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.</p>	<p>lengkap dan nama panggilan yang disukai klien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan tujuan pertemuan. 5. Jujur dan menepati janji. 6. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. 7. Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien.
	<p>2. Klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki.</p>	<p>Setelah 2 kali interaksi klien menyebutkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien. 2. Aspek positif keluarga. 3. Aspek positif lingkungan klien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien tentang: <ol style="list-style-type: none"> a Aspek positif yang dimiliki klien, keluarga, lingkungan. b Kemampuan yang dimiliki klien. 2. Bersama klien buat daftar tentang: <ol style="list-style-type: none"> a Aspek positif klien, keluarga, lingkungan. b Kemampuan yang dimiliki klien. 3. Beri pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negatif.
	<p>3. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</p>	<p>Setelah 2 kali interaksi klien menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan. 2. Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya.
	<p>4. Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan</p>	<p>Setelah 2 kali interaksi klien membuat rencana kegiatan harian</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap

	kemampuan yang dimiliki		<p>hari sesuai kemampuan klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> a kegiatan mandiri. b kegiatan dengan bantuan. <ol style="list-style-type: none"> 2. Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien. 3. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan
	5. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat.	Setelah 2 kali interaksi klien melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan. 2. Pantau kegiatan yang dilaksanakan klien. 3. Beri pujian atas usaha yang dilakukan klien. 4. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.
	6. Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.	Setelah 2 kali interaksi klien memanfaatkan sistem pendukung yang ada di keluarga.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah. 2. Bantu keluarga memberikan dukungan selama klien di rawat. 3. Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.

Sedangkan intervensi harga diri rendah kronis menurut SDKI, SIKI dan SLKI adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan SDKI, SIKI, dan SLKI

No	Diagnosa keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
1	Harga diri rendah kronis	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan harga diri rendah kronis membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat (5) 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat (5) 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat (5) 4. Minat mencoba hal baru meningkat (5) 5. Berjalan menampakkan wajah meningkat (5) 6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat (5) 7. Perasaan malu menurun (5) 8. Perasaan marah menurun (5) 9. Perasaan tidak 	<p>Promosi harga diri</p> <p>Tindakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Observasi</i> <ol style="list-style-type: none"> a Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri. b Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri. c Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan. 2. <i>Terapeutik</i> <ol style="list-style-type: none"> a Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri. b Motivasi menerima tantangan atau hal baru. c Diskusikan tentang pernyataan harga diri. d Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri. e Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri. f Diskusikan persepsi negatif diri. g Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah. h Diskusikan

		<p>mampu melakukan apapun menurun (5)</p> <p>10. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun (5)</p>	<p>penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi.</p> <p>i Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas.</p> <p>j Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan.</p> <p>k Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri rendah.</p> <p>3. <i>Edukasi</i></p> <p>a Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien.</p> <p>b Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki.</p> <p>c Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain.</p> <p>d Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif.</p> <p>e Anjurkan mengevaluasi perilaku.</p> <p>f Anjurkan cara mengatasi <i>bullying</i>.</p> <p>g Latih pernyataan/kemampuan positif</p>
--	--	---	--

			<p>diri.</p> <p>h Latih cara berfikir dan berperilaku positif.</p> <p>i Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri.</p> <p>j Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi.</p> <p>Terapi kognitif perilaku Tindakan</p> <p>1 <i>Observasi</i></p> <p>a Identifikasi riwayat diagnostik menyeluruh.</p> <p>b Identifikasi gejala, faktor lingkungan, budaya, biologis yang mempengaruhi.</p> <p>c Identifikasi masalah yang menimbulkan distorsi pikiran dan persepsi negative.</p> <p>d Identifikasi asumsi, keyakinan mendasar atau skema dari pola pikir dan distorsi pikiran.</p> <p>e Identifikasi metode alternatif dalam menyelesaikan masalah.</p> <p>f Identifikasi distorsi pikiran dan perilaku maladaptif spesifik disetiap situasi</p> <p>g Monitor pikiran yang dialami.</p> <p>h Monitor kemampuan yang</p>
--	--	--	---

			<p>telah dilatih.</p> <p>2 <i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ciptakan hubungan terapeutik dan kolaboratif. b. Analisis distorsi pikiran yang dialami. c. Lakukan pengamatan pemantauan terhadap pikiran dan perilaku. d. Buatlah penugasan aktivitas di rumah dalam proses terapi. e. Arahkan pikiran keliru menjadi sistematis. f. Buatlah laporan/catatan kegiatan dan <i>sharing</i>. g. Berikan <i>reinforcement</i> positif atas kemampuan yang dimiliki. <p>3 <i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan masalah yang dialami. b. Jelaskan strategi dan proses terapi pikiran perilaku. c. Diskusikan pikiran keliru yang dialami. d. Diskusikan <i>self-monitoring</i> dalam memahami kondisi selama terapi. e. Diskusikan rencana aktivitas harian terkait terapi yang diberikan.
--	--	--	--

			<p>f. Latih teknik relaksaasi.</p> <p>g. Latih restrukturisasi pikiran dengan metode ABC (<i>actual situation, belief, consequence</i>) dengan melawan pola pikir yang keliru.</p> <p>h. Latih restrukturisasi pikiran alternatif dengan metode ABCDE (<i>disputing, effects</i>).</p> <p>i. Latih ketrampilan koping individu.</p> <p>j. Latih menggunakan prinsip FEAR (<i>feeling frightened, expecting bad things to happen, attitude and action, result and reward</i>) pada anak-anak.</p> <p>4 Kolaborasi</p> <p>a Kolaborasi dalam pemberian terapi.</p>
--	--	--	--

Tabel 2.3 Intervensi harga diri rendah menurut (Keliat. dkk, 2006)

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi
Harga diri rendah kronis	1 Membina hubungan saling percaya	<p>Tindakan Pasien:</p> <p>1 Ucapkan salam setiap kali berinteraksi</p> <p>2 Perkenalkan diri dengan klien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama</p>

		<p>panggilan pasien yang disukai.</p> <p>3 Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.</p> <p>4 Buat kontrak asuhan: apa yang perawat akan lakukan bersama klien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana.</p> <p>5 Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.</p> <p>6 Tunjukkan sikap empati terhadap klien.</p> <p>7 Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.</p>
	2 Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien	<p>1. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan).</p> <p>2. Beri pujian yang realistis dan hindarkan memberikan penilaian yang negatif setiap kali bertemu dengan klien.</p>
	3 Menilai kemampuan yang dapat digunakan	<p>1. Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih daftar kegiatan): buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini.</p> <p>2. Bantu pasien</p>

		menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien.
	4 Menetapkan/memilih kegiatan yang telah dipilih sesuai kemampuan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan kegiatan yang akan dipilih untuk dilatih saat pertemuan. 2. Bantu pasien memberikan alasan terhadap pilihan yang ia tetapkan. 3. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya). 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari. 5. Berikan dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang diperlihatkan klien.
	5 Melatih kegiatan yang telah di pilih sesuai kemampuan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan. 2. beri pujian atas aktivitas/kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari. 3. tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap aktivitas. 4. susun daftar aktivitas yang sudah dilatihkan bersama pasien dan keluarga. 5. beri kesempatan

		<p>pasien untuk mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan</p> <p>6. yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktivitas yang dilakukan klien.</p>
	 <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui masalah harga diri rendah. 2. Mengambil keputusan untuk merawat harga diri rendah. 3. Merawat harga diri rendah. 4. Memodifikasi lingkungan yang mendukung. 5. Meningkatkan harga diri klien. 6. Menilai perkembangan perubahan kemampuan klien. 7. Memanfaatkan pelayanan kesehatan. 	<p>Tindakan keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien. 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya harga diri rendah dan mengambil keputusan merawat klien. 3. Melatih keluarga cara merawat harga diri rendah. 4. Membimbing keluarga merawat harga diri rendah. 5. Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga yang mendukung meningkatkan harga diri klien. 6. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan. 7. Menganjurkan <i>follow up</i> kefasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

Sumber: (Kemenkes, 2016)

2.3.5 Implementasi

implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Implementasi bertujuan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Pada masalah keperawatan harga diri rendah kronis maka dilakukan tindakan keperawatan dengan cara menggunakan percakapan strategi pelaksanaan 1 pada pasien harga diri rendah, setelah dirasa strategi pelaksanaan 1 pada pasien harga diri rendah berhasil maka boleh dilanjutkan ke strategi pelaksanaan ke 2 dan ke 3 pada pasien harga diri rendah. Adapun strategi pelaksanaan pada harga diri rendah kronis menurut (Yusuf. Ah dkk, 2019) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Standar Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Strategi Pelaksanaan Pasien	Strategi Pelaksanaan Keluarga
<p>1. SP 1 Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.</p> <p>2. SP 2 Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien. Latihan dapat dilanjutkan</p>	<p>1 SP 1 Mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien dirumah, menjelaskan tentang pengertian, tanda dan gejala, harga diri rendah, menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah dan memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara merawat.</p> <p>2 SP 2 Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan masalah harga</p>

<p>untuk kemampuan lain sampai semua kemampuan dilatih. Setiap kemampuan yang dimiliki akan menambah harga diri pasien.</p>	<p>diri rendah langsung kepada pasien.</p> <p>3 SP 3 Membuat perencanaan pulang bersama keluarga.</p>
---	---

2.3.6 Evaluasi

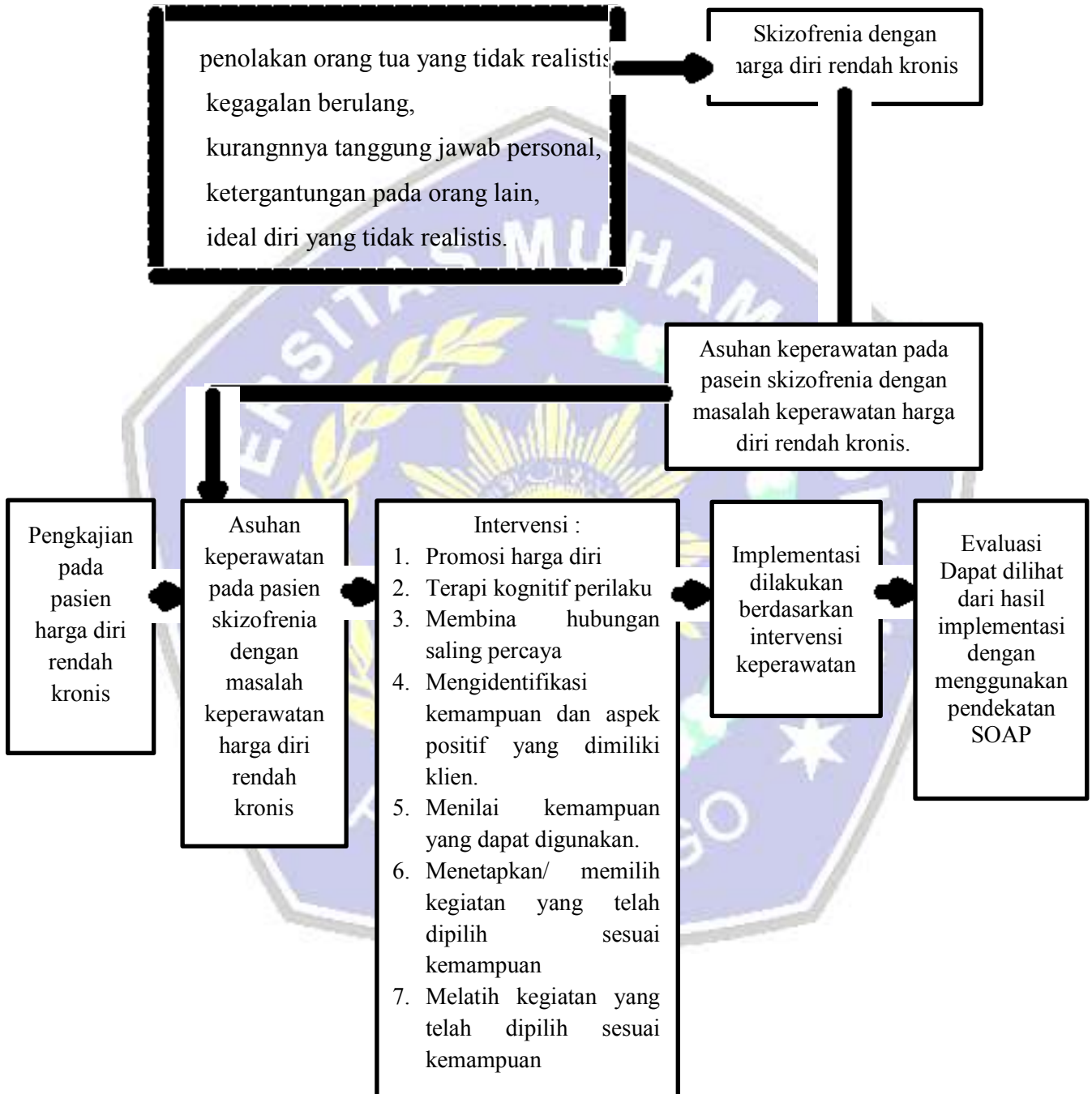
Evaluasi keperawatan yaitu kegiatan aktif dari proses keperawatan, dimana perawat dapat menilai hasil yang diharapkan terhadap masalah dan menilai sejauh mana masalah dapat diatasi. Pengumpulan data perlu dikoreksi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku dalam hal keakuratan dan kelengkapannya.

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

- S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Dapat diukur dengan menanyakan “bagaimana perasaan bapak/ibu 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 telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.
- A: Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada yang kontraindikasi 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 Hubungan Antar Konsep

Menurut (Arum Kartikadewi dkk, 2017) hubungan antar konsep pada pasien skizofrenia dengan harga diri rendah kronis yaitu:



Gambar 2.3 Hubungan Antar Konsep