

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan di jelaskan secara teori tentang konsep dasar skizofrenia dan harga diri rendah kronis. konsep dasar yang akan di jelaskan antara lain ialah definsi, etiologi dan tanda gejala .

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Pengertian skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/ emosi, kemauan dan psikomotor di sertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terpecah-pecah sehingga timbul inkoheransi (Direja, 2011).

Skizofrenia timbul secara berjenjang diaman klien dan keluarga tidak menyadari dengan perubahan kognitif dalam kurun waktu yang lama, kerusakan yang perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi skizofrenia yang berbahaya. Menurut Herman S. Direja (2010) bentuk-bentuk skizofrenia ialah :

1. Skizofrenia simplex: dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
2. Skizofrenia hebefrenik: gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
3. Skizofrenia katatonik: dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.

4. Skizofrenia paranoid: dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrem disertai waham kejar/ kebesaran.
5. Episode Schizoprenia akut (lir schizoprenia): kondisi akut mendadak yang disertai perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
6. Skizofrenia psiko-afektif: adanya gejala utama Skizofrenia yang menonjol disertai gejala depresi atau mania.
7. Skizofrenia residual: Schizoprenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

2.1.2 Etiolog

Dalam Prabowo (2014) penyebab dari skizofrenia, yakni

1. Faktor biologis

a. Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang memiliki komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia

b. Infeksi

c. Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia

d. Hipotesis Serotonin

Gaddum, Wooley dan show tahun 1954 mengobservasi efek lysergic acid deithlamide (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal.

e. Hipotesis dopamin

Dopamine adalah neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap skizofrenia.

f. Struktur otak

2. Faktor genetik

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% populasi umum 10% tetapi pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki maupun perempuan dengan skizofrenia.

2.1.3 Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Direja (2011) tanda dan gejala yang muncul pada penderita skizofrenia yaitu :

1. Gangguan kognitif yaitu suatu proses mental dimana seorang individu yang menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya, baik lingkungan dalam atau lingkungan luar.
2. Gangguan perhatian yaitu pemusatan dan konsentrasi energi, menilai suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsangan
3. Gangguan ingatan adalah adalah kesanggupan untuk mencatat, menyimpan dan memproduksi isi dan tanda-tanda kesadaran.
4. Gangguan asosiasi adalah proses mental yang dengannya suatu perasaan, kesan, atau gambaran ingatan cenderung untuk menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon/konsep lain, yang sebelumnya berkaitan dengannya.

5. Gangguan pertimbangan adalah proses untuk membandingkan atau menilai dalam proses untuk memutuskan maksud dan tujuan.
6. Gangguan pikir meletakkan hubungan antara berbagai bagaian dari pengetahuan seseorang.
7. Gangguan kesadaran.

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang yang akan digunakan dalam pemeriksaan harga diri rendah kronis menurut Direja (2011) yaitu:

1. Electroencephalogram (EEG)

Merupakan suatu pemeriksaan yang bertujuan yang memberikan informasi penting tentang kerja dan fungsi otak.

2. CT scan untuk mendapatkan ganggguan otak tiga dimensi

3. *Single photon emission computed tomograpy* (SPECT)

Digunakan untuk melihat wilayah otak dan tanda-tanda abnormalisasi pada otak dan menggambarkan perubahan-perubahan aliran darah yang terjadi.

4. *Magnetic resonance imaging*

Suatu teknik radiologi dengan menggunakan magnetik, gelombang radio dan komputer untuk mendapatkan gambaran struktur tubuh atau otak dan dapat mendeteksi perubahan yang kecil sekalipun dalam dalam struktur tubuh atau otak.

5. Alat untuk mengukur neurotransmitter

6. *Positron emission tomography*

Merupakan alat yang digunakan untuk mengukur emisi/ pancaran dari bahan kimia radioaktif yang diberikan label dan telah di suntikkan ke dalam aliran darah untuk menghasilkan gambaran dua atau tiga dimensi melalui distribusi bahan kimia tersebut di dalam tubuh dan otak.

7. *Transcranial magnetic stimulation*

8. Dikombinasikan dengan MRI, para ahli dapat melihat dan mengetahui fungsi spesifik dari otak.

2.1. Konsep harga diri rendah

2.2.1 Pengertian harga diri rendah

Menurut Keliat (2010), harga diri rendah adalah suatu kondisi seseorang yang menilai keberadaan dirinya lebih rendah di banding orang lain yang berpikir adalah hal negatif diri sendiri sebagai individu yang gagal, tidak mampu, dan tidak berprestasi. Selain itu harga diri rendah adalah evaluasi/ diri perasaan ttentang diri atau kemampuan diri yang negatif dan di pertahankan dalam waktu yang lama (Direja,2011).

Harga diri rendah diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Gangguan harga diri rendah akan terjadi jika kehilangan kasih sayang, perilaku orang lain yang mengancam dan hubungan interpersonal yang buruk. Tingkat harga diri seseorang dalam rentan yang tinggi sampai rendah individu yang memiliki harga diri tinggi menanggapi lingkungan secara aktif dan mampu beradaptasi secara efektif untuk berubah dan cenderung merasa aman. Individu yang memiliki harga diri rendah

melihat lingkungan dengan cara yang negatif dan menganggap sebagai ancaman (Yosep, 2016).

2.2.2 Etiologi

Proses terjadinya harga diri rendah di jelaskan oleh Stuart dan Laria (2013) dalam konsep stress adaptasi yang terdiri dari faktor predisposisi dan presipitasi.

1. Faktor predisposisi yang menyebabkan timbulnya harga diri rendah meliputi:

a. Biologis

Faktor heriditer (keturunan) seperti adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa selain itu adanya riwayat penyakit kronis atau trauma kepala merupakan salah satu faktor prnyebab gangguan jiwa

b. Psikologis

Masalah psikologis yang dapat menyebabkan timbulnya harga diri rendah adalah pengalaman masalau yang menyenangkan, penolakan diri lingkungan dan orang terdekat serta harapan yang tidak realistis, Kegagalan berulang, kurang mempunyai tanggungjawab personal dan memiliki ketergantungan yang tinggi pada orang lain merupakan faktor lain yang menyebabkan gangguan jiwa. Selain itu pasien dengan harga diri rendah memiliki penilaian yang negatif terhadap gambaran dirinya, mengalami krisis identitas, peran terganggu, ideal diri yang tidak realistis.

c. Faktor sosial budaya

Pengaruh sosial budaya dapat menimbulkan harga diri rendah adalah adanya penilaian negatif dari lingkungan terhadap klien, sosial ekonomi rendah, pendidikan yang rendah serta adanya riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak.

2. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang menimbulkan harga diri rendah antara lain.

a. Riwayat trauma seperti adanya penganiayaan seksual dan pengalaman psikologi yang tidak menyenangkan, menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan, menjadi pelaku, korban maupun saksi dari perilaku kekerasan.

b. Ketegangan peran : ketegangan peran dapat disebabkan karena

1) Transisi peran perkembangan: perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan seperti transisi dari masa kanak-kanak ke remaja.

2) Transisi peran situasi: terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.

3) Transisi peran sehat-sakit: merupakan akibat pergeseran dari kondisi sehat ke sakit. Transisi ini dapat di cetuskan antara lain karena kehilangan sebagian anggota tubuh, perubahan ukuran, bentuk, penampilan atau fungsi tubuh atau perubahan fisik yang berhubungan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Manifestasi yang biasa muncul pada klien harga diri rendah kronis menurut Sutejo (2017) sebagai berikut :

1. Ucapan-ucapan negatif atau kritik negatif terhadap diri sendiri.
2. Ekspresi rasa malu atau bersalah.
3. Mengevaluasi diri sendiri sebagai akibat dari ketidakmampuan menghadapi kejadian.
4. Merasionalkan penolakan atau adanya penolakan terhadap umpan balik positif serta melebih lebihkan umpan balik negatif tentang diri sendiri.
5. Ragu-ragu untuk mencoba hal atau situasi baru.

Sedangkan menurut Nanda (2018) tanda dan gejala harga diri rendah kronis yang sering muncul yaitu :

1. Bergantung pada pendapat orang lain.
2. Melebih-lebihkan umpan balik terhadap diri sendiri
3. Secara berlebihan mencari penguatan
4. Rasa bersalah
5. Enggan mencoba hal baru
6. Perilaku bimbang
7. Perilaku tidak asertif
8. Pasif
9. Kontak mata kurang
10. Sering kali mencari penegasan
11. Menolak umpan balik positif

2.2.4 Rentang Respon

Respon individu terhadap konsep pada dirinya di mulai dari respon adaptif dan maladaptif menurut Stuart dalam Sutejo (2017) rentang respon di gambarkan sebagai berikut.



Gambar 2. 1 Rentang respon adaptif dan maladaptif (Sutejo, 2017)

1. Aktualisasi diri: pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman yang nyata, sukses, dan di terima.
2. Konsep diri positif: kondisi individu yang memiliki pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri.
3. Harga diri rendah : transisi atau peralihan respon konsep diri adaptif dengan konsep maladaptif
4. Identitas kacau: kegagalan individu dalam mengintegrasikan aspek-aspek identitas masa kanak-kanak kedalam kematangan aspek psikososial kepribadian pada masa dewasa yang harmonis.
5. Depersosialisasi: perasaan yang tidak realistis dan asing terhadap diri sendiri yang memiliki kaitan dengan ansietas, kepanikan, serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

2.2.5 Proses Terjadinyan Masalah

Hasil riset Malhi dalam Yosep (2016) menyimpulkan bahwa harga diri rendah oleh rendahnya cita-cita seseorang. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tantangan dalam mencapai tujuan, tantangan yang rendah mengakibatkan upaya yang rendah kemudian menyebabkan penampilan seseorang tidak maksimal. Harga diri rendah terjadi karena individu tidak mendapatkan *feed back* positif dari lingkungan mengenai perilaku klien mengenai perilaku klien sebelumnya, selain itu respon negatif dari lingkungan juga turut berperan terhadap harga diri rendah kronis. Klien awalnya di hadapkan pada stresor dan berusaha untuk menyelesaikannya tetapi tidak tuntas. Hal ini akan menimbulkan pikiran bahwa ia tidak mampu atau gagal dalam menjalankan fungsi atau perannya.

Harga diri rendah diakibatkan oleh rendahnya cita-cita seseorang. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tantangan dalam mencapai tujuan, tantangan yang rendah menyebabkan upaya yang rendah. Selanjutnya menyebabkan penampilan tidak maksimal. Harga diri rendah terjadi pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya yang di dapat. Saat individu mencapai masa remaja keberadaannya kurang di hargai oleh orang lain, tidak diberi kesempatan dan diterima. Menjelang dewasa awal sering gagal sekolah, pergaulan dan pekerjaan.

2.2.6 Mekanisme koping

Seseorang yang memiliki harga diri rendah kronis memiliki mekanisme koping 2 yaitu mekanisme koping jangka pendek dan mekanisme jangka panjang. Jika mekanisme koping jangka pendek tidak

memberikan hasil yang signifikan untuk individu maka individu akan mengembangkan mekanisme jangka panjang (Sutejo, sute2017). Mekanisme tersebut mencakup sebagai berikut.

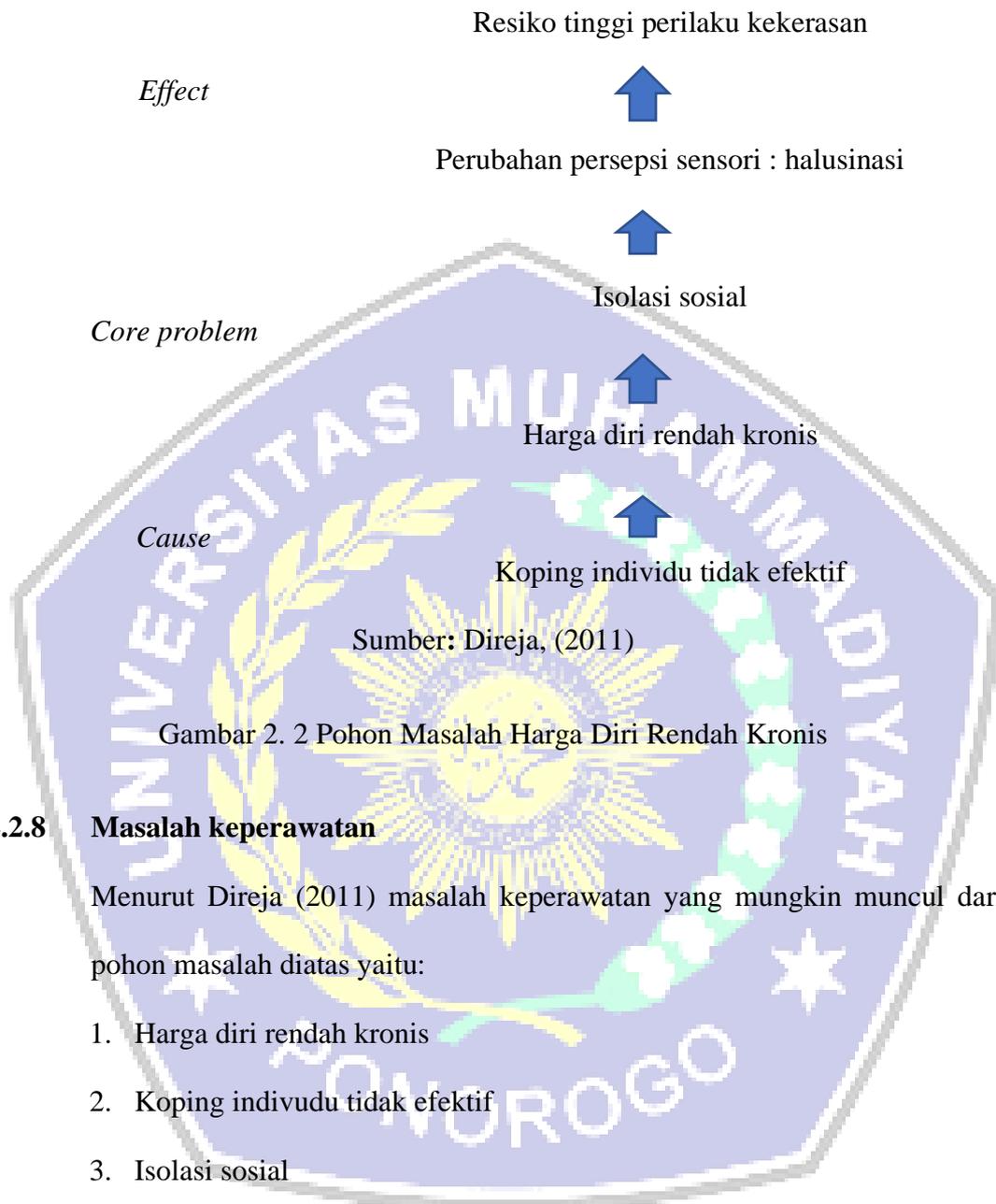
1. Jangka pendek

- a. Tindakan untuk lari sementara dari krisis, misalnya memakai obat-obatan, kerja keras, atau menonton televisi secara terus-menerus
- b. Kegiatan mengganti identitas sementara, misal ikut kelompok sosial, keagamaan, atau politik.
- c. Kegiatan yang memberikan dukungan sementara, seperti mengikuti suatu kompetisi atau kontes.
- d. Kegiatan mencoba menghilangkan identitas sementara, seperti menyalahgunakan obat-obatan.

2. Jangka panjang

- a. Individu menutup identitas adalah keadaan ketika individu terlalu cepat mengadopsi identitas yang di senangi oleh orang-orang yang berarti tanpa memperhatikan hasrat atau potensi diri sendiri
- b. Identitas negatif adalah asumsi negatif yang tidak sesuai dengan perasaan ansietas, bermusuhan, dan rasa bersalah .

2.2.7 Pohon masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah Kronis

2.2.8 Masalah keperawatan

Menurut Direja (2011) masalah keperawatan yang mungkin muncul dari pohon masalah diatas yaitu:

1. Harga diri rendah kronis
2. Koping individu tidak efektif
3. Isolasi sosial
4. Perubahan persepsi sendori
5. Resiko tinggi perilaku kekerasan

2.2.9 Penatalaksanaan

1. Penggunaan obat antipsikosis

Obat-obatan yang dipergunakan untuk mengobati skizofrenia adalah anti psikosis yang bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada pasien skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat anti psikosis yang di kenal saat ini yaitu:

a. Antipsikosis konvensional

Obat anti psikosis 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, 5 mg dan injeksi 5mg/ ml, dosis 5-15mg/ hari.
- 2) Stelazin (*trifluoperazin*) adalah sediaan tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/ hari.
- 3) Mellaaril (*trioridazine*) adalah sediaan tioridazin Tablet 50 dan 100 mg, dosis 150-600 mg/ hari.
- 4) Thorazin (*chlopromazine*) adalah sediaan tablet 25 dan 100 mg dan injeksi 25 mg/ ml, dosis 150-600 mg/ hari.
- 5) Trilafon (*perphemazine*) adalah sediaan tablet 2, 4, 8 m, dosis 12-24 mg/ hari.
- 6) Prolixin (*fluphenazine*) adalah sediaan tablet 2,5, 5 mg, dosis 10-15 mg/ hari.

Akibat efek yang di timbulkan oleh antipsikotik konvensional, banyak ahli lebih merekomendasikan penggunaan.

2.3. Konsep dasar asuhan keperawatanPengkajian

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas

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

2. Alasan masuk

Keluhan utama pasien dengan harga diri rendah kronis biasanya merenung atau menyendiri serta mengkritik atau menyalahkan diri sendiri.

3. Faktor presipitas

Masalah khusus harga diri rendah kronik diakibatkan oleh setiap situasi yang dihadapi individu kemudian ia tak mampu menyelesaikan situasi iatas stressor dapat mempengaruhi komponen.

4. Faktor predisposisi

a. Riwayat kesehatan dahulu

- 1) Adanya riwayat gangguan pada klien atau keluarga.
- 2) Adanya gangguan fisik/penyakit termasuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

b. Riwayat psikososial

- 1) Pada pasien harga diri rendah kronis riwayat psikososial yang perlu di mengerti yaitu pernah / tidak melakukan atau mengalami dan atau menyaksikan

penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam rumah tangga, dan tindakan kriminal.

2) Merasakan pengalaman masa lalu lain yang tidak menyenangkan baik bio, psiko, sosio dan spiritual.

c. Riwayat penyakit keluarga

Harga diri rendah kronis dapat di sebabkan oleh genetik.

Oleh karna itu perlu dikaji apakah ada keluarga yang pernah megalami gangguan jiwa.

5. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), meliputi tekanan darah, pernafasan, suhu, nadi.

Pemeriksaan secara menyeluruh ialah pemeriksaan *head to toe* yang pada umunnya penamoilan klien yang kotor dan acak-acakan serta penampilannya yang tidak terawat.

6. Psikososial

a. Konsep diri

1) Citra tubuh tanyakan kepada klien terhadap persepsi, badan tubuh yang disukai dan tidak disukai.

2) Identitas diri posisi klien sebelum di rawat , kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok), kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.

3) Peran peran klien dalm keluarga, kegiatan sehari-hari klien di rumah untuk keluarga.

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

5) Harga diri: menurut Direja (2011) data yang perlu dikaji yaitu :

a) Data subyektif

- (1) Mengungkapkan merasa tidak berguna
- (2) Menungkapkan tidak semangat untuk beraktifitas atau bekerja
- (3) Mengungkapkan merasa tidak mampu
- (4) Perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting)

b) Obyektif

- (1) Mengkritik diri sendiri
- (2) Perasaan tidak mampu
- (3) Tidak menerima pujian
- (4) Menolak terhadap kemampuan diri
- (5) Penurunan produktifitas

b. Genogram

Buatlah genogram minimal 2 generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga.

c. Hubungan sosial

Pada pengkajian ini, kaji pada siapa klien curhat, kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, serta sejauh mana klien terlibat dalam kelompok masyarakat.

d. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan adalah keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama.
- 2) Kegiatan ibadah merupakan kegiatan ibadah klien di rumah. Pendapat klien/ keluarga tentang kegiatan ibadah klien.

7. Status mental

a. Lihatlah penampilan fisik klien rapi/tidakny. contoh kondisi rambut rapi atau tidak, kulit bersih, kancing baju tidak tepat dan resleting tidak di tutup.

b. Pembicaraan

Amati cara klien dalam berbicara atau berkomunikasi klien apakah tepat, keras, membisu, apatis, lambat dalam menanggapi , atau tidak mampu memulai pembicaraan.

c. Aktifitas motorik

Data ini di dapatkan melalui hasil pengkajian perawat/ keluarga.

- 1) Lesu, tegang, gelisah sudah jelas
- 2) Agitasi: gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan
- 3) rimasen: gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat di kontrol pasien.
- 4) Tremor: jari-jari yang tampak gemetar ketika pasien menjulurkan tangan dan merentangkan jari.

- 5) Tik: gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol.
- 6) Kompulsif: kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan, dan sebagainya.
- 7) Menjelaskan aktifitas yang di tampilkan pasien dan kondisi lain yang tidak tercantum.

d. Alam perasaan

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/ keluarga :

Tanyakan kepada klien apakah klien merasa putus asa, sedih, ketakutan, khawatir, gembira yang berlebihan serta besikan penjelasan kenala klien merasa demikian.

e. Afek

Pada dasarnya afek klien tampak labil, tumpul, datar, emosi yang labil, kesepian depresi, sedih, dan cemas.

f. Interaksi selama wawancara

- 1) Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung.
- 2) Kontak mata kurang adalah tidak mau menatap lawan bicara.
- 3) Defensif adalah selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebetulan dirinya.
- 4) Curiga adalah menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain

g. Persepsi

- 1) Apakah ada halusinasi? Kalau ada jelaskan
- 2) Apakah ada halusinasi? Kalau ada jelaskan
- 3) Apakah ada personalisasi: perasaan aneh tentang dirinya bahkan perasaannya bahwa pribadinya tidak seperti biasanya
- 4) Derelasi: perasan aneh tentang lingkungannya

h. Proses pikir

Data di peroleh melalui observasi selama wawancara dengan pasien.

- 1) Arus pikir
 - (a) Sirkumulasi yaitu pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan
 - (b) Tangensial merupakan pembicaraan yang berbeilit-belit tapi tidak sampai pada tujuan yang diinginkan perawat
 - (c) Kehilangan asosiasi yaitu pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat yang lain dan pasien tidak menyadarinya
 - (d) *Flight of ideas* adalah pembicaraan yang melompat dari satu topik ke topik yang lain, tapi masih ada hubungannya yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan akan tetapi perawat dapat memahami kalimat yang diucapkan klien

(e) *Bloking* adalah pembicaraan yang berhenti secara tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dapat melanjutkan pembicaraan lagi

(f) *Reeming* adalah pembicaraan secara perlahan intonasinya menurun dan kemudian berhenti pasien tidak sanggup melanjutkan pembicaraan lagi, misalnya pada pasien depresi.

(g) *Reseperpasi* adalah pembicaraan yang diulang berkali-kali

2) Isi pikir

(a) *Obsesi* adalah pemikiran yang selalu muncul meskipun klien berusaha nebhilangkannya

(b) *Phobia* adalah ketakutan yang tidak logis terhadap situasi tertentu

(c) *Ekstasi* adalah perasaan gembira yang luar biasa

(d) *Fantasi* yaitu isi pemikiran tentang suatu keadaan atau kenyataan yang diinginkan

(e) *Bunuh diri* adalah rasa ingin bunuh diri

(f) *Pikiran magis* adalah pikiran dari klien yang menunjukkan hal-hal yang tidak logis

(g) *Rendah diri* yaitu merendahkan dan menghina diri sendiri dan menyalahkan diri sendiri.

(h) *Pesimisme*: mempunyai pandangan yang negatif terhadap kehidupannya

(i) Waham:

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

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

(3) Curiga: klien meyakini bahwa ada yang berusaha untuk merugikan atau mencederai dirinya.

(4) Kebesaran: klien memiliki keyakinan yang berlebihan tentang kemampuannya yang di sampaikan secara berulang.

(5) Nihilistik: pasien sudah yakin bahwa dirinya sudah tidak ada didunia/meninggal yang dinyatakan secara berulang, tidak sesuai dengan kenyataan.

i. Tingkat kesadaran:

Data tingkat kesadaran diperoleh selama pasien menjalani wawancara dengan perawat

1) Compos mentis: sadarkan diri

2) Apatis: individu mulai mengantuk dan acuh tak acuh terhadap rangsangan yang masuk, diperlukan rangsangan yang kuat untuk menarik perhatian.

- 3) Somnolen: jelas sudah mengantuk, diperlukan rangsangan yang kuat lagi untuk menarik perhatian.
- 4) Sopor: ingatan, orientasi dan pertimbangan sudah hilang
- 5) Sub koma dan koma: tidak ada respon terhadap rangsangan yang keras.
- 6) Memori: tanyakan pada pasien tanggal dan jam saat ini, pasien juga harus menyebutkan nama-nama orang disekitarnya dan apakah pasien mengetahui hubungan dengan orang-orang tersebut.
- 7) Tingkat konsentrasi berhitung
 - (a) Perhatikan klien mudah berganti dari satu obyek ke obyek yang lain atau tidak.
 - (b) Tidak mampu berkonsentrasi
 - (c) Tidak mampu berhitung
- 8) Kemampuan penilaian
 - (a) Ringan: dapat mengambil keutusan yang sederhana
 - (b) Bermakna: tidak mampu mengambil keputusan meskipun sudah di bantu oleh orang lain.
- 9) Daya titik diri
 - (a) Tidak menyadari atau mengingkari penyakit yang diderita.
 - (b) Menuduh orang lain atau lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.

2.3.2 Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Wahyuni, 2015). Analisa data harga diri rendah dapat di peroleh dari:

1. Data subyektif

- a. Perasaan tidak mampu
- b. Pandangan hidup yang pesimis
- c. Penolakan terhadap kemampuan diri
- d. Mengintrospeksi diri
- e. Selalu merasa bersalah
- f. Menjelek-jelekan diri sendiri
- g. Mengkritik diri
- h. Menentang kemampuan diri sendiri

2. Data obyektif

- a. Penurunan produktifitas
- b. Tidak berani menatap lawan bicara
- c. Bicara lambat dengan suara yang lemah
- d. Lebih banyak menundukkan kepala saat berinteraksi
- e. Bimbang
- f. Perilaku yang asertif
- g. Mengekspresikan tidak berdaya
- h. Penyalahgunaan suatu zat

2.3.3 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang baik yang berlangsung aktual maupun potensial diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). lebih lanjut Carpenito dalam Yusuf (2016) diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial dari individu keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/ proses kehidupan. Berdasarkan hasil pengkajian perawat dapat merumuskan masalah yaitu harga diri rendah kronis.

2.3.4 Rencana Tindakan keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis menurut Sutejo (2017) adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan (Sutejo, 2017)

| Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|---|---|--|--|
| | Tujuan (TUK/ TUM) | Kriteria evaluasi | Intervensi |
| Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis | TUM : klien dan keluarga mampu mengatasi harga diri rendah kronis yang di alami klien. 1. TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya. | klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat melalui ekspresi wajah tersenyum dan cerah, mau berkenalan, ada kontak mata, bersedia menceritakan perasaannya dan bersedia | 1. Bina hubungan saling percaya kepada perawat melalui : a. Mengucapkan salam terapeutik. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Berjabat tangan dengan klien c. Perkenalan diri dengan sopan |

| | | |
|------------|---|--|
| | menutarakan masalahnya yang dihadapi | d.Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang di sukai membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu |
| 2. TUK 2 : | Setelah berinteraksi 2 kali interaksi, klien menyebutkan aspek positif yang dimiliki klien, seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat klien | 2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien |
| 2. TUK 2 : | Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien | 1. Mendiskusikan dengan klien bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan yang dimiliki klien 2. Bersama klien buat daftar tentang aspek positif yang dimiliki klien, seperti kegiatan klien di rumah, adanya keluarga, dan lingkungan terdekat. 3. Hindari memberikan penilaian yang negatif Berikan pujian yang realistis atas kemampuan yang dimiliki klien |
| 3. TUK 3 : | Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan. | Setelah 2 kali interaksi, klien menyebutkan kemampuan yang dimilikinya yang dapat dilaksanakan |
| | | 1. Diskusikan dengan klien tentang kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit 2. Bantu klien menyebutkannya dan beri penguatan terhadap kemampuan diri yang di ungkapkan klien 3. Perhatikan respon yang kondusif serta jadilah pendengar yang aktif |

| | | |
|--|--|---|
| 4. TUK 4: Membantu klien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemamouannya | Setelah 1 kali interaksi, klien dapat merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. | 1. Tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi dan kondisi 2. Rencanakan bersama klien suatu aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan klien (kegiatan mandiri) Beriakn contoh kegiatan yang boleh digunakan |
| 5. TUK 5: Melatih klien sesuai dengan kegiatan yang dipilih berdasarkan rencana yang di buat | Setelah 1x interaksi, klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang di buat | 1. Berdiskusi dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang telah dipilih klien) yang akan dilatih 2. Anjurkan kieln untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan 3. Pantau kegiatan yang telah di laksanakan 4. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang 5. Memotivasi klien untuk memaksukkan kegiatan yang telah dilakukan ke jadwal kegiatan harian. |

2.3.5 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan, fokus dari intervensi keperawatan antara lain mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah komplikasi, menemukan perubahan sistem tubuh, memantapkan hubungan klien dengan implementasi pesan dokter. Ada 3 tahap dalam tindakan keperawatan yaitu tahap persiapan, tahap intervensi dan tahap evaluasi (Wahyuni,2017).Sebelum melakukan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini. Perawat juga menilai sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak (*Informed consent*) dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dilaksanakan dan peran serta yang diharapkan klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien (Direja,2011). Dalam keperawatan jiwa terdapat strategi pelaksanaan yaitu uraian singkat tentang satu masalah yang ditemukan, terdiri atas data subyektif, obyektif, penilaian, dan perencanaan. satuaam yang direncanakan dibuat strategi pelaksanaan yang terdiri atas fase orientasi, fase kerja, dan terminasi. berikut

merupakan strategi pelaksanaan harga diri rendah kronis menurut Yusuf (2013).

Tabel 2.3 Strategi Pelaksanaan (Yusuf,2013)

| | |
|---------------|---|
| SP 1 Klien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien 2. Membantu klien menilai kemampuan klien yang masih dapat digunakan 3. Membantu klien memiliki kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien 4. Melatih sesuai kemampuan yang dipilih 5. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan klien |
| SP 2 Klien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih kemampuan kedua 3. Mengajukan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian |
| SP 1 Keluarga | <p>Mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien di rumah, menjelaskan tentang pengertian tanda dan gejala harga diri rendah, menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah kronis mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah kronis dan memberikan kesempatan kepada keluarga untuk mempraktikkan cara merawat.</p> |

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi di bagi menjadi 2, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan

dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Menurut Direja (2011) evaluasi dapat dilakukan dengan

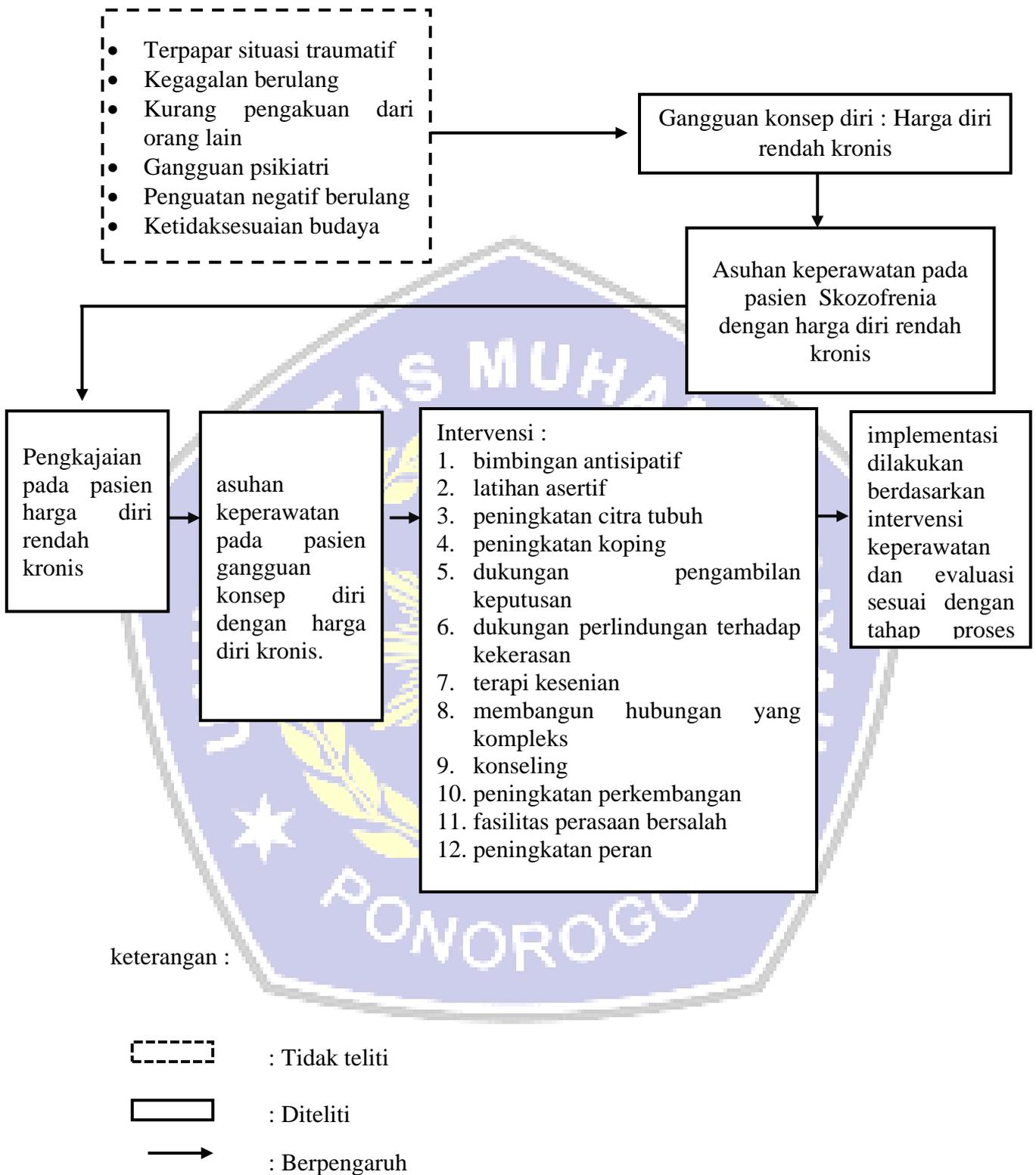
S: Respon subyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Dapat diukur dengan menanyakan : “ bagaimana perasaan mas setelah latihan mencuci piring hari ini?”.

O: Respon obyektif 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 observasi.

A: Analisa ulang data subyektif dan obyektif 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 analisa pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien, dan tindak lanjut oleh perawat

2.4 Hubungan Antar konsep



Gambar 2. 3 Hubungan antar konsep gambaran asuhan keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan diagnosis keperawatan Harga Diri Rendah Kronis.