

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Skizofrenia**

##### **2.1.1 Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia merupakan penyakit otak neurologis yang berat dan terus menerus. Respon dapat berupaya yang sangat mengganggu kehidupan baik individu, keluarga dan masyarakat. Karena gejalanya yang dikeluarkan berupa sulit memulai pembicaraan, afek tumpul atau datar, berkurangnya motivasi, atensi, pasif, apatis, defisit perhatian, dan penarikan diri. Gejala lainnya dapat bertambah meliputi waham, halusinasi, gangguan pemikiran, bicara kacau, perilaku bizar, dan afek tidak sesuai (Stuart, 2016).

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 Skizofrenia : 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 awalan 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 telingapadahal 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 Menurut**

1. Pemeriksaan psikologi menurut Direja Ade Herman Surya2012 :
  - 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, Direja (2012) 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%), clozarine 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.

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

d. 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.

e. 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.
- f. Terapi Humanistik : menolong penderita untuk mengurangi rasa trauma

## **2.2 Konsep Harga Diri Rendah**

### **2.2.1 Definisi Harga Diri Rendah**

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri : merupakan bagian dari kebutuhan manusia Maslow adalah perasaan individu tentang nilai/harga diri, manfaat dan keefektifan dirinya, pandangan seseorang tentang dirinya secara keseluruhan berupa positif atau negatif agar diri diperoleh dari diri dan orang lain keseluruhan positif atau negatif agar diri diperoleh dari diri orang lain yang dicintai, mendapat

perhatian, dan respek dari orang lain (Farida & Yudi, 2010). Harga diri rendah adalah perasaan negatif terhadap dirinya sendiri menyebabkan kehilangan rasa percaya diri, pesimis, dan tidak berharga di kehidupan (Meryana, 2017). Harga diri adalah perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilangnya percaya diri dan harga diri, merasa gagal mencapai keinginan (Nani, 2014).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah adalah perasaan tidak berarti yang berkepanjangan akibat evaluasi diri yang negatif terhadap diri sendiri karena merasa gagal dalam mencapai keinginan. Berdasarkan berbagai pengertian diatas Berdasarkan berbagai pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa gangguan harga diri rendah adalah gangguan konsep diri dimana harga diri merasa gagal mencapai keinginan, perasaan tentang diri yang negatif dan merasa dirinya lebih rendah dibandingkan orang lain. Gangguan harga diri rendah merupakan masalah bagi banyak orang dan diekspresikan melalui tingkat kecemasan yang sedang sampai berat. Umumnya disertai oleh evaluasi diri yang negatif membenci diri sendiri dan menolak diri sendiri. Gangguan diri atau harga diri rendah dapat terjadi secara :

1. Situasional yaitu terjadi trauma yang tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, dicerai suami, putus sekolah, putus hubungan kerja. Pada pasien yang dirawat dapat terjadi harga diri rendah karena privasi yang kurang diperhatikan. Pemeriksaan fisik yang sembarangan, pemasangan alat yang tidak sopan, harapan akan struktur, bentuk dan fungsi tubuh yang tidak tercapai karena

dirawat/penyakit, perlakuan petugas yang tidak menghargai. (Makhripah & Iskandar, 2012).

2. Kronik Yaitu perasaan negatif terhadap diri telah berlangsung lama,yaitu sebelum sakit/dirawat. Pasien mempunyai cara berpikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya. Kondisi ini mengakibatkan respons yang maladaptif, kondisi ini dapat ditemukan pada pasien gangguan fisik yang kronis atau pada pasien gangguan jiwa, (Makhripah & Iskandar, 2012).

### **2.2.2 Penyebab Harga Diri Rendah**

Harga diri rendah disebabkan karena adanya ketidak efektifan koping individu akibat berkurangnya umpan balik yang positif. Penyebab harga diri rendah juga dapat terjadi pada masa kecil sering di salahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai masa remaja keberadaannya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak di terima. Menjelang dewasa awal mulai sering gagal disekolah, pekerjaan atau pergaulan.. Menurut NANDA (2015) faktor yang mempengaruhi harga diri rendah meliputi :

1. Faktor predisposisi

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

## 2. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah 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 penganinyaan seksual, kecelakaan yang menyebabkan kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan, bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun.

### **2.2.3 Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah .**

Menurut Crpenito, L.J dan Budi. Anna. Keliat (2011) tanda dan gejala pada harga diri rendah yaitu :

1. Data Subyektif
  - a. Mengintropersi diri sendiri
  - b. Perasaan diri yang berlebihan
  - c. Perasaan yang tidak mampu dalam semua hal
  - d. Selalu mersa bersalah
  - e. Sikap selalu negatif
  - f. Bersikap pesimis dalam kehidupan
  - g. Mengeluh sakit fisik
  - h. Pandangan hidup yang terpolirisasi
  - i. Menentang kemampuan diri sendiri
  - j. Menjelek jelekkan diri sendiri
  - k. Merasa takut dan cemas dalam suatu keadaan
  - l. Menolak atau menjauh dari umpan balik positif

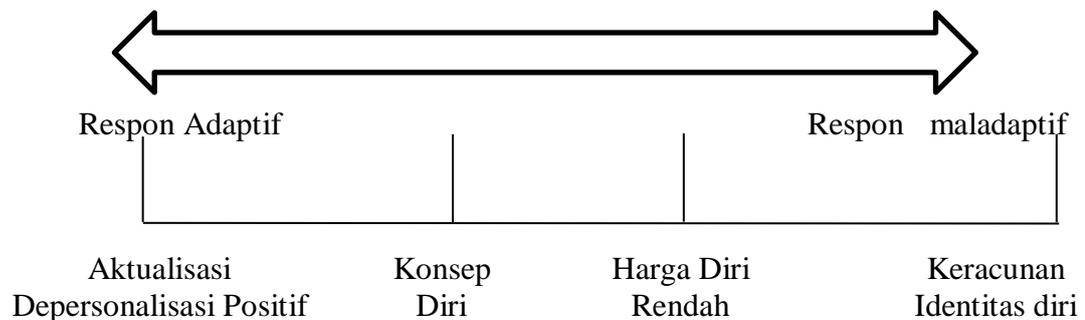
m. Tidak mampu menentukan tujuan

## 2. Data Obyektif

- a. Produktivitas menjadi menurun
- b. Perilaku destruktif yang terjadi pada diri sendiri
- c. Perilaku destruktif yang terjadi pada orang lain
- d. Menyalahgunakan 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

### 2.2.4 Renta Respon

Respon individu terhadap konsep dirinya di mulai dari respon adaptif dan mal adaptif. Menurut Kliet dan Ade Herman (2011) renta respon di gambarkan sebagai berikut.



Gambar 2.1 renta respon adaptif dan maladaptif

Sumber : Kliet dan 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 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. Dispersonalisasi : perasaan sulit membedakan diri sendiri dan merasa tidak nyata dan asing.

### **2.2.5 Proses Terjadinya Harga Diri Rendah**

Gangguan harga diri rendah pada individu didukung oleh adanya faktor predisposisi berupa biologis, psikologis dan sosiokultural. Adanya faktor presipitasi berupa sifat, asal, waktu, dan jumlah stressor dapat mencetuskan terjadinya gangguan harga diri rendah. Apabila individu mendapatkan stressor dari luar maka individu tersebut akan melakukan penilaian terhadap stressor dengan cara kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Penilaian terhadap stressor itu akan melakukan mekanisme koping, dengan sumber-sumber koping berupa kemampuan personal, dukungan sosial, aset materi, dan keyakinan positif. Sumber-sumber koping ini digunakan untuk mekanisme pertahanan diri agar individu merespon stressor, bisa berupa respon adaptif berupa aktualisasi diri dan konsep diri positif maupun respon maladaptif berupa harga diri rendah, keracunan identitas dan dipersonalisasi menurut Iyus Yosep dan Titin (2016).

### 1. Faktor predisposisi

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

### 1. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan, bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun (Yosep 2010).

## **2.2.6 Mekanisme koping**

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

### 1. Jangka pendek

- a. Aktivitas yang di lakukan 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 yang 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.

### 2.2.7 Pohon Masalah



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

### 2.2.8 Masalah Keperawatan

Masalah yang dapat diambil dari pohon masalah diatas adalah :

1. Ketidakefektifan mekanisme koping
2. Harga Diri Rendah
3. Perubahan persepsi sensorik : halusinasi
4. Resiko tinggi perilaku kekerasan

### **2.2.9 Penatalaksanaan**

Menurut Nanda (2015) terapi yang dapat diberikan kepada penderita Harga Diri Rendah yaitu :

1. Psikoterapi

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

2. Therapi aktivitas kelompok

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

### **2.3. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

#### **2.3.1. Pengkajian**

1. Identitas pasien

Pada identitas pasien yang perlu dikaji meliputi : Nama, Umur, Jenis kelamin, Tanggal pengkajian, Tanggal dirawat, dan nomer rekam medis.

2. Alasan Masuk

Menanyakan kepada pasien/keluarga/pihak yang berkaitan dan tulis hasilnya, apa yang menyebabkan pasien datang ke rumah sakit, apa yang sudah dilakukan oleh pasien/keluarga di rumah untuk mengatasi

masalah tersebut, dan bagaimana hasilnya. Biasanya si pasien dilaporkan sering menyendiri, mengkritik atau menyalahkan diri sendiri.

### 3. Faktor Presipitasi

Masalah kusu dengan harga diri rendah kronik disebabkan oleh setiap situasi yang dihadapi individu dan ia tak mampu menyelesaikan. Situasi atas stressor dapat mempengaruhi komponen.

### 4. Faktor Predisposisi

#### a. Riwayat kesehatan dahulu

1. Adanya riwayat gangguan pada pasien atau keluarga
2. Adanya gangguan fisik atau penyakit termasuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan

#### b. Riwayat Spikososial

1. Pada pasien Harga Diri Rendah riwayat spikososial yang perlu diketahui adalah pernah atau tidak melakukan atau mengalami dan menyaksikan penganiyaan fisik, seksual penolakan dari lingkungan kekerasan dalam rumah tangga, dan tindakan kriminal.
2. Merasa prngalaman masa lalu lain yang tidak menyenangkan baik bio, spiko, sosio, kultural, maupu spiritual.

#### c. 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.

#### d. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan yakni pemeriksaan tanda-tanda vital ( TTV ), yang meliputi tekanan, darah, nadi, suhu, dan pernafasan. Disamping itu jika perlu dilakukan pemeriksaan keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan head to toe yang biasanya penampilan pasien yang kotor dan acak acakan serta penampilannya tidak terawat.

### 5. Psikososial

#### a. Konsep Diri

1. Citra tubuh : tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai atau yang tidak disukai serta reaksi pasien terhadap bagian tersebut.
2. Identitas diri : persepsi tentang status serta posisi pasien sebelum dirawat, dan kepuasan pasien terhadap dirinya.
3. Peran : harapan pasien terhadap tubuh, tubuh, posisi, status, tugas atau peran yang harapannya dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan bagaimana kemampuan dalam menyelesaikan tugas atau peran.
4. Ideal diri : harapan pasien terhadap tubuh, posisi, status, yang dimiliki, tugas atau peran dan harapan terhadap lingkungan.
5. Harga diri : Menurut Direja ( 2011) data yang perlu di kaji pada pasien harga diri rendah yaitu :

#### 1. Subyektif

- a. Mengatakan tidak berguna

- b. Mengatakan tidak mampu
- c. Mengatakan tidak semangat beraktivitas atau berkerja
- d. Mengatakan malas untuk merawat diri

2. Obyektif

- a. Mengintropeksi diri yang negatif
- b. Perasaan tidak mampu
- c. Memandang kehidupan kearah yang pesimis
- d. Tidak mau diberi pujian
- e. Penolakan kemampuan diri
- f. Tidak memperhatikan perawatan diri
- g. Pakaian tidak rapi
- h. Selera makan berkurang
- i. Tidak berani kontak mata dengan orang lain
- j. Berbicara lambat dengan nada yang lirih

b. Genogram

Buatlah genogram minimal tiga generasi yang menggambarkan hubungan pasien dan keluarga.

c. Hubungan Sosial

Mengkaji siapa teman dekat pasien siapa, yang berarti untuk dirinya. Bagaimana peran serta dalam kegiatan masyarakat dan ada atau tidak hambatan dalam menjalin hubungan tersebut.

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah, kepuassan dalam menjalankan ibadah. Apakah gangguan tersebut dapat mempengaruhi

kenyakinan dengan Tuhannya.

## 6. Status mental

### 1) Penampilan

Lihat penampilan pasien, rapi atau tidaknya. Misalnya rambut acak acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak tertutup.

### 2) Pembicaraan

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

### 3) Aktivitas Motorik

Data ini dilakukan melalui observasi perawat atau keluarga :

#### a. Kelambatan :

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

#### b. Peningkatan :

- 1) Hiperkinesia, hiperaktivitas : aktivitas yang berlebihan.
- 2) Gaduh gelisah katonik : aktivitas motorik yang dilakukan berkali kali seakan tidak dipengaruhi rangsangan luar.
- 3) Tremor : jari jari yang tampak gemetar ketika pasien menjalurkan tangan.

4) Komplusif : kegiatan yang dilakukan berulang ulang, seperti mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeingkan tangan.

4) Alam perasaan

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

5) Afek

Terkadang efek pasien nampak datar, tumpul, emosi pasien berubah ubah, ksepian, apatis, depresi atau sedih, dan cemas.

6) Interaksi selama wawancara

- a) Bermusuhan, tidak koperatif, 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 dengan orang lain.

7) Persepsi

- a) Apakah ada halusinansi? Kalau ada termasuk jenis apa?
- b) Apakah ada ilusi? Kalau ada jelaskan.
- c) Apakah ada depersonilisasi : 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 berlibet libet tapi tidak sampai pada tujuan.
- 4) Flight of ideas : pembicaraan melompt dari satu topik ketopik 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 dipahami oleh umum.
- 7) Sosiasi bunyi : mengucapkan kata kata yang mempunyai persamaan bunyi.

b. Isi pikir

- 1) Obsesi : pikiran yang selalu muncul meskipun pasien berusaha menghilangkannya.
- 2) Phobia : ketakutan yang tidak logis terhadap situasi yang tidak tertentu.
- 3) Ekstasi : rasa gembira yang luar biasa.
- 4) Fantasi : Isi pikir tentang suatu keadaan atau kejadian yang diinginkan.
- 5) Bunuh diri : rasa ingi bunuh diri.

- 6) Pikiran magis : pikiran pasien 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) Somatiw/ hipokondrik : pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
    - c) Kebesaran : pasien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berlangsung.
    - d) Curiga : Klien mempunyai keyakinan bahwa ada yang berusaha melukainya.
- c. Arus pikir :
- Realistis : cara berpikir sesuai kenyataan yang ada, kemudian yang non realistis : cara berfikir yang tidak sesuai dengan kenyataan. Ada juga autistic : cara berfikir berdasarkan halusinasi dan dereistik : cara berfikir dimana proses mentalnya tidak ada sangkut pautnya dengan kenyataan, logika atau

pengalaman.

9) Tingkat kesadaran

- a) Compos metis : sadar diri
- b) Apatis : individu mulai acuh tak acuh terhadap rangsangan yang masuk.
- c) Somnolensia : jelas sudah mengantuk , diperlukan rangsangan yang kuat.
- d) Sopor : ingatan, orientasi dan pertimbangan sudah hilang.
- e) Subkoma dankoma : tidak ada respon terhadap rangsangan yang keras.
- f) Memori : tanyakan pada pasien tanggal dan jam saat ini pasien harus bisa menjawab dengan tepat, paasien dapat menyebutkan nama dan orang yang disekitarnya yang pasien kenal.
- g) Tingkat konsentrasi berhitung.
  - 1) Pehatikan pasien mudah berganti dari satu objek ke obyek lain atau tidak.
  - 2) Tidak mampu berkonsentrasi.
  - 3) Tidak mampu berhitung.
- h) Kemampuan penilaian.
  - 1) Ringan : dapat mengambil sesuatu keputusan yang sederhana dengan dibantu.
  - 2) Bermakna : tidak mampu mengambil suatu keputusan walaupun sudah dibantu.

### 2.3.2 Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial dari individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu permasalahan (P) berhubungan dengan etiologi (E) dan keduanya ada berhubungan sebab akibat secara ilmiah (Carpenito dalam Yusuf,dkk,2015).

pada kasus ini diagnosa yang diambil adalah perubahan konsep diri :  
Harga Diri Rendah Kronis.

### 2.3.3 Intervensi

Tujuan umum, klien dapat mengontrol harga diri rendah serta tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Table 1.1 Intervensi Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Strategi Pelaksanaan (SP) Pasien	Strategi Pelaksanaan (SP) Keluarga
harga diri rendah kronik	SP I : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. 2. Membantu pasien yang menilai kemampuan pasien yang dapat digunakan. 3. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien. 4. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih. 5. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien. 6. Menganjurkan	SP I : 1. Menjelaskan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien. 2. Menjelaskan pengertian tanda gejala harga diri rendah, setelah proses terjadinya. 3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien harga diri rendah .

	<p>pasien memasukkan dalam jadwal.</p> <p>SP II :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.</li> <li>2. Melatih kemampuan kedua</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan.</li> </ol> <p>SP III :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.</li> <li>3. Melatih pasien dengan melakukan kegiatan (yang dapat dilakukan pasien).</li> <li>4. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.</li> </ol> <p>SP IV :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien.</li> <li>2. Memberikan pendidikan atau edukasi kesehatan.</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian.</li> </ol>	<p>SP II :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien harga diri rendah.</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung pasien harga diri rendah.</li> </ol> <p>SP III :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktiivitas di rumah</li> <li>2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang.</li> </ol>
--	---	---

### 2.3.4 Rencana Keperawatan

<b>Diagnosa Keperawatan (SDKI)</b>	<b>Standar Luaran Keperawatan (SLKI)</b>	<b>Standar Intervensi Keperawatan (SIKI)</b>
<b>D.0101 Gangguan Harga Diri Rendah Kronik,</b>  Definisi : Harga diri rendah kronik adalah beresiko mengalami evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus.	<b>L. 09069 Harga Diri</b>  Ekspetasi membaik Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian diri positif Meningkatkan</li> <li>2. Kelebihan atau kemampuan positif Meningkatkan</li> <li>3. Positif terhadap diri sendiri Meningkatkan</li> <li>4. Minat mencoba hal baru Meningkatkan</li> <li>5. Tidur Meningkatkan</li> <li>6. Kontak mata Meningkatkan</li> </ol>	<b>I.12463 Memenejemen Perilaku Tindakan</b>  Obeservasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik</li> <li>1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku</li> <li>2. Jadwalkan kegiatan terstruktur</li> <li>3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas</li> <li>4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li> <li>5. Bicara dengan nada rendah dan tenang</li> <li>6. Cegah peilaku pasif dan agresif</li> <li>7. Lakukan penegakan fisik sesuai indikasi</li> <li>8. Hindari sikap mengancam dan berdebat</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</li> </ol>

(Sumber : SDKI,SLKI,SIKI, 2018)

### 2.3.5 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Carpenito dalam Yusuf, dkk, 2015). Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini atau tidak (Yusuf, dkk, 2015).

Dalam asuhan keperawatan jiwa, untuk mempermudah tindakan keperawatan, perawat perlu membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang meliputi SP klien (Trinelia, 2012). SP dibuat menggunakan komunikasi terapeutik terdiri dari fase orientasi, fase kerja, dan terminasi (Yusuf, dkk, 2015). SP 1 pada pasien yaitu membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi. SP 2, melatih mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. SP 3, melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal. SP 4, melatih pasien menggunakan obat secara teratur. SP 1 pada keluarga yaitu pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara-cara merawat pasien halusinasi. SP 2, melatih keluarga praktek merawat pasien langsung dihadapan pasien. SP 3, membuat perencanaan pulang bersama keluarga (Yusuf, dkk, 2019).

### 2.3.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan ialah fase akhir dari proses keperawatan. Hal-hal yang dievaluasi merupakan keakuratan, kelengkapan, kualitas data teratasi atau tidak permasalahan klien, pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi. Pengumpulan informasi perlu dikoreksi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang telah diobservasi (Nursalam, 2007).

Menurut Direja (2011), evaluasi dilakukan melalui pendekatan SOAP seperti berikut :

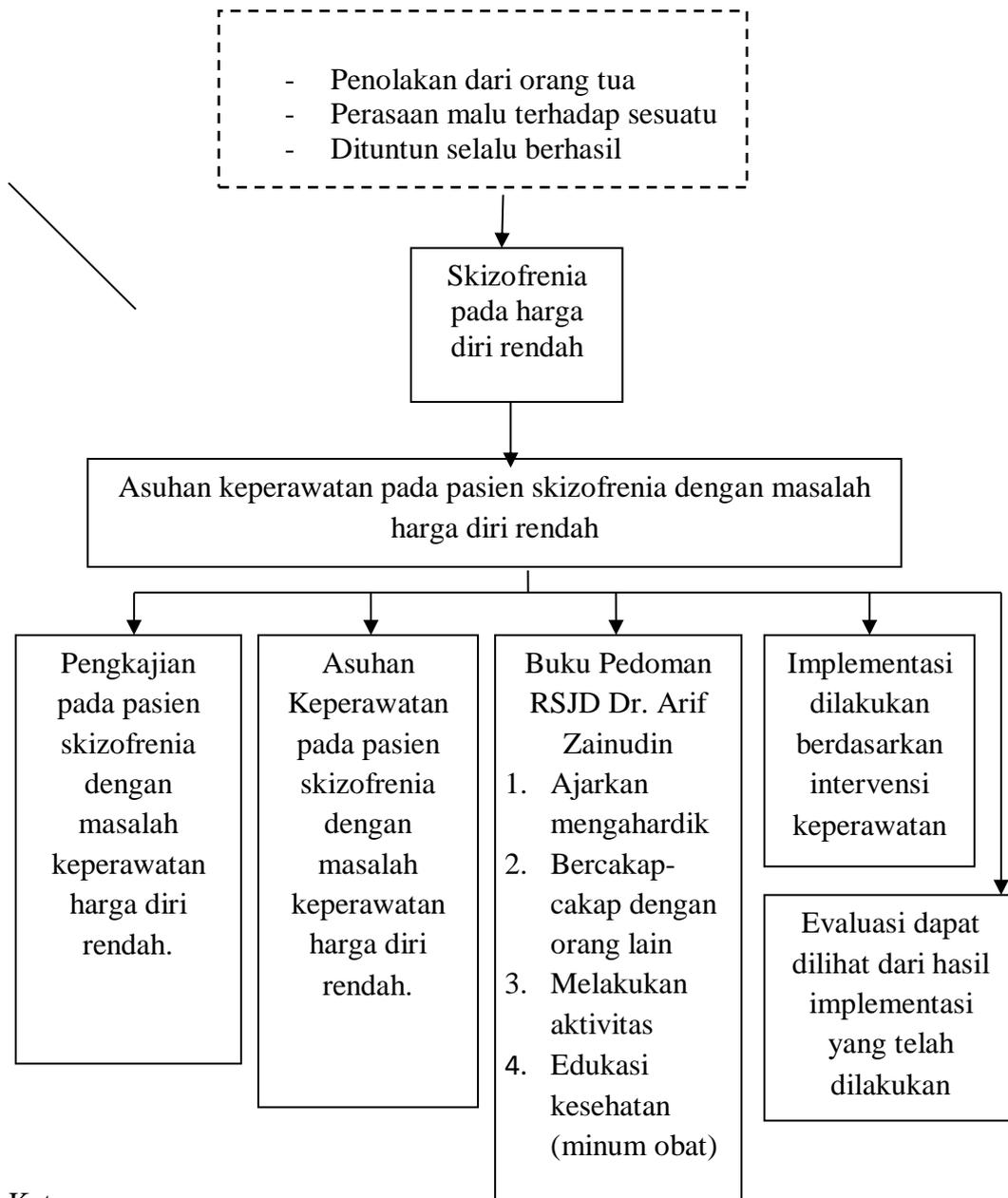
S : Respon obyektif subjektif terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilakukan. Diukur dengan menanyakan “Bagaimana perasaan bapak setelah dilakukan napas dalam?”.

O : Respon obyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilakukan. Diukur dengan mengobservasi perilaku pasien disaat dilakukan tindakan, atau dapat dengan menanyakan kembali apa yang telah diajarkan untuk umpan balik.

A : analisis ulang tentang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau terdapat data yang terkontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula dengan membandingkan hasil dengan tujuan.

P : Perencanaan tindak lanjut berdasar hasil analisis respon klien terdiri dari tindak lanjut klien ataupun tindak lanjut perawat.

**2.4 Hubungan Antar Konsep**



Keterangan :

- : Konsep yang utama ditelaah
- : Tidak ditelaah dengan baik
- : Berhubungan
- > : Berpengaruh
- < : Sebab Akibat

Gambar 2.2 Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Harga diri rendah kronik .



