

## **BAB 2**

### **TINJUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Pengertian Skizofrenia**

Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Sadock, 2003).

Gejala skizofrenia secara garis besar dapat di bagi dalam dua kelompok, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif berupa delusi, halusinasi, kekacauan pikiran, gaduh gelisah dan perilaku aneh atau bermusuhan. Gejala negatif adalah alam perasaan (afek) tumpul atau mendatar, menarik diri atau isolasi diri dari pergaulan, ‘miskin’ kontak emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis atau acuh tak acuh, sulit berpikir abstrak dan kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif

##### **2.1.2 Etiologi**

###### **a) Faktor Genetik**

Faktor keturunan juga menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9 - 1,8%; bagi saudara kandung 7 – 15%; bagi anak

dengan salah satu orangtua yang menderita skizofrenia 7 – 16%; bila kedua orangtua menderita skizofrenia 40 – 68%; bagi kembar dua telur (heterozigot) 2 -15%; bagi kembar satu telur (monozigot) 61 – 86%.

Skizofrenia melibatkan lebih dari satu gen, sebuah fenomena yang disebut *quantitative trait loci*. Skizofrenia yang paling sering kita lihat mungkin disebabkan oleh beberapa gen yang berlokasi di tempat-tempat yang berbeda di seluruh kromosom. Ini juga mengklarifikasikan mengapa ada gradasi tingkat keparahan pada orang-orang yang mengalami gangguan ini (dari ringan sampai berat) dan mengapa risiko untuk mengalami skizofrenia semakin tinggi dengan semakin banyaknya jumlah anggota keluarga yang memiliki penyakit ini (Dadang,H, 2015)

#### b) Faktor Biokimia

Skizofrenia mungkin berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut neurotransmitter, yaitu kimiawi otak yang memungkinkan neuron-neuron berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas *neurotransmitter dopamine* yang berlebihan di bagian-bagian tertentu otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap *dopamine*. Banyak ahli yang berpendapat bahwa aktivitas *dopamine* yang berlebihan saja tidak cukup untuk skizofrenia. Beberapa *neurotransmitter* lain seperti *serotonin* dan *norepinephrine* tampaknya juga memainkan peranan (Durand, 2007).

#### c) Faktor Psikologis dan Sosial

Faktor psikososial meliputi adanya kerawanan herediter yang semakin lama semakin kuat, adanya trauma yang bersifat kejiwaan,

adanya hubungan orang tua-anak yang patogenik, serta interaksi yang patogenik dalam keluarga (Wiraminardja & Sutardjo, 2005). Banyak penelitian yang mempelajari bagaimana interaksi dalam keluarga mempengaruhi penderita skizofrenia. Sebagai contoh, istilah *schizophrenic mother* kadang-kadang digunakan untuk mendeskripsikan tentang ibu yang memiliki sifat dingin, dominan, dan penolak, yang diperkirakan menjadi penyebab skizofrenia pada anak-anaknya (Durand & Barlow, 2007).

Menurut Coleman dan Maramis (1994 *dalam* Baihaqi *et al*, 2005), keluarga pada masa kanak-kanak memegang peranan penting dalam pembentukan kepribadian. Orangtua terkadang bertindak terlalu banyak untuk anak dan tidak memberi kesempatan anak untuk berkembang, ada kalanya orangtua bertindak terlalu sedikit dan tidak merangsang anak, atau tidak memberi bimbingan dan anjuran yang dibutuhkannya.

### **2.1.3 Mekanisme Terjadinya Skizofrenia**

Perjalanan penyakit skizofrenia sangat bervariasi pada tiap-tiap individu. Perjalanan klinis skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase yang dimulai dari keadaan premorbid, prodromal, fase aktif dan keadaan residual (Sadock, 2003; Buchanan, 2005).

Pola gejala premorbid merupakan tanda pertama penyakit skizofrenia, walaupun gejala yang ada dikenali hanya secara retrospektif. Karakteristik gejala skizofrenia yang dimulai pada masa remaja akhir atau permulaan masa dewasa akan diikuti dengan perkembangan gejala prodromal yang berlangsung beberapa

hari sampai beberapa bulan. Tanda dan gejala prodromal skizofrenia dapat berupa cemas, gundah (gelisah), merasa diteror atau depresi. Penelitian retrospektif terhadap pasien dengan skizofrenia menyatakan bahwa sebagian penderita mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan (Sadock, 2003).

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu adanya kekacauan dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian pasien skizofrenia terhadap realita terganggu dan pemahaman diri (tilikan) buruk sampai tidak ada. Fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia. Yang tinggal hanya satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu nyata secara klinis, yaitu dapat berupa penarikan diri (*withdrawal*) dan perilaku aneh (Buchanan, 2005).

#### **2.1.4 Tipe – Tipe Skizofrenia**

Diagnosa Skizofrenia berawal dari *Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* yaitu: DSM-III (*American Psychiatric Assosiation*, 1980) dan berlanjut dalam DSM-IV (*American Psychiatric Assosiation*, 1994) dan DSM-IV-TR (*American Psychiatric Assosiation*, 2000). Berikut ini adalah tipe skizofrenia dari DSM-IV-TR 2000. Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala yang dominan yaitu (Davison, 2006) :

##### a) Tipe Hebefrenik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga. Waham biasanya adalah waham kejar atau

waham kebesaran, atau keduanya, tetapi waham dengan tema lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somatis) mungkin juga muncul. Ciri-ciri lainnya meliputi ansietas, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi, dan agresif.

b) Tipe Katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik (*waxy flexibility*). Aktivitas motor yang berlebihan, negativism yang ekstrim, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi (*mutism*), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain (*echolalia*) atau mengikuti tingkah laku orang lain (*echopraxia*).

c) Tipe Tak Terinci

Tipe ini merupakan tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola simptom-simptom yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, indikasi yang sangat ruwet, kebingungan (*confusion*), emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah-ubah, adanya delusi, referensi yang berubah-ubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autisme seperti mimpi, depresi, dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.

d) Tipe Residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa, seperti keyakinan-keyakinan negatif, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang tidak sepenuhnya delusional. Gejala-gejala residual itu

dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan afek datar.

## 2.2 Konsep Harga Diri Rendah

### 2.2.1 Pengertian Harga Diri Rendah

Harga diri rendah adalah keadaan ketika individu mengalami evaluasi diri negatif mengenai diri atau kemampuan diri. (Lynda Juall Carpenito-Moyet, 2007). Harga diri merupakan bagian dari konsep diri. Konsep diri merupakan sebagai semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang merupakan pengetahuan individu tentang dirinya dan mempengaruhi hubungan dengan orang lain (Stuart & Sundeen 2005). Konsep diri terdiri dari :

a. Citra Tubuh (Body Image)

Body Image (citra tubuh) adalah sikap individu terhadap dirinya baik disadari maupun tidak disadari meliputi persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran dan dinamis karena secara konstan berubah seiring dengan persepsi dan pengalaman-pengalaman baru. Body image berkembang secara bertahap selama beberapa tahun dimulai sejak anak belajar mengenal tubuh dan struktur, fungsi, kemampuan dan keterbatasan mereka. Body image (citra tubuh) dapat berubah dalam beberapa jam, hari, minggu ataupun bulan tergantung pada stimuli eksterna dalam tubuh dan perubahan aktual dalam penampilan, stuktur dan fungsi (Potter & Perry, 2005).

b. Ideal Diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya bertingkah laku berdasarkan standar pribadi. Standar dapat berhubungan dengan tipe orang yang diinginkan/disukainya atau sejumlah aspirasi,

tujuan, nilai yang diraih. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita ataupun penghargaan diri berdasarkan norma-norma sosial di masyarakat tempat individu tersebut melahirkan penyesuaian diri. Ideal diri berperan sebagai pengatur internal dan membantu individu mempertahankan kemampuan menghadapi konflik atau kondisi yang membuat bingung. Ideal diri penting untuk mempertahankan kesehatan dan keseimbangan mental.

Pembentukan ideal diri dimulai pada masa anak-anak dipengaruhi oleh orang yang dekat dengan dirinya yang memberikan harapan atau tuntunan tertentu. Seiring dengan berjalannya waktu individu menginternalisasikan harapan tersebut dan akan membentuk dari dasar ideal diri. Pada usia remaja, ideal diri akan terbentuk melalui proses identifikasi pada orang tua, guru dan teman. Pada usia yang lebih tua dilakukan penyesuaian yang merefleksikan berkurangnya kekuatan fisik dan perubahan peran serta tanggung jawab.

c. Peran

Peran adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi individu di dalam kelompok sosial. Setiap orang disibukkan oleh beberapa peran yang berhubungan dengan posisi pada tiap waktu sepanjang daur kehidupannya. Harga diri yang tinggi merupakan hasil dari peran yang memenuhi kebutuhan dan cocok dengan ideal diri.

Posisi individu dimasyarakat dapat merupakan stresor terhadap peran karena struktur sosial yang menimbulkan kesukaran, atau tuntutan

posisi yang tidak mungkin dilaksanakan. Stres peran terdiri dari konflik peran, peran yang tidak jelas, peran yang tidak sesuai dan peran yang berlebihan.

- 1) Konflik peran, terjadi jika peran yang diminta konflik dengan sistem individu atau dua peran terjadi konflik satu sama lainnya.
- 2) Peran yang tidak jelas, terjadi jika individu diberi suatu peran yang tidak jelas dalam hal perilaku dan penampilan yang diharapkan.
- 3) Peran yang tidak sesuai, terjadi jika individu dalam proses transisi merubah nilai dan sikap. Misal: seseorang yang masuk dalam profesi, dimana terdapat konflik antara individu dan profesi.
- 4) Peran berlebih, terjadi jika seseorang individu menerima banyak peran misalnya sebagai sebagai seorang ibu rumah tangga ia harus mengasah dan membesarkan kedua anaknya sendirian karena suaminya sudah meninggal, ia juga masih kuliah diperguruan tinggi untuk memenuhi kehidupan rumah tangganya ia terpaksa harus bekerja menjadi pembantu rumah tangga. Kemungkinan dengan kesibukan peran tersebut Ny. A mempunyai resiko dalam menjalani perannya. Individu dituntut melakukan banyak hal tetapi tidak tersedia waktu untuk menyelesaikannya.

Banyak faktor yang mempengaruhi dalam menyesuaikan diri dengan peran yang harus dilakukan :

- 1) Kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran.
- 2) Konsistensi respon orang yang berarti terhadap peran yang dilakukan.
- 3) Kesesuaian dan keseimbangan antar peran yang diemban.

- 4) Keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran.
- 5) Pemisahan situasi yang akan menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran.

d. Identitas Diri

Identitas diri adalah kesadaran tentang diri sendiri yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian dirinya, menyadari bahwa individu dirinya berbeda dengan orang lain. Seseorang yang mempunyai perasaan identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan orang lain, dan tidak ada duanya. Identitas berkembang sejak masa kanak-kanak, bersamaan dengan berkembangnya konsep diri. Dalam identitas diri ada otonomi yaitu mengerti dan percaya diri, respek terhadap diri, mampu menguasai diri, mengatur diri dan menerima diri. Hal – hal penting yang berkaitan dengan identitas diri yaitu :

1. Berkembang sejak masa kanak – kanak, bersamaan dengan berkembangnya konsep diri.
2. Individu yang memiliki perasaan identitas diri kuat akan memandang dirinya tidak sama dengan orang lain dan tidak ada duanya.
3. Identitas jenis kelamin berkembang secara bertahap sejak bayi.
4. Identitas jenis kelamin dimulai dengan konsep laki – laki dan perempuan serta banyak yang dipengaruhi oleh pandangan maupun perlakuan masyarakat.
5. Kemandirian timbul dari perasaan bahagia, menghargai diri sendiri, kemampuan dan penguasaan diri.

6. Individu yang mandiri dapat mengatur dan menerima dirinya.

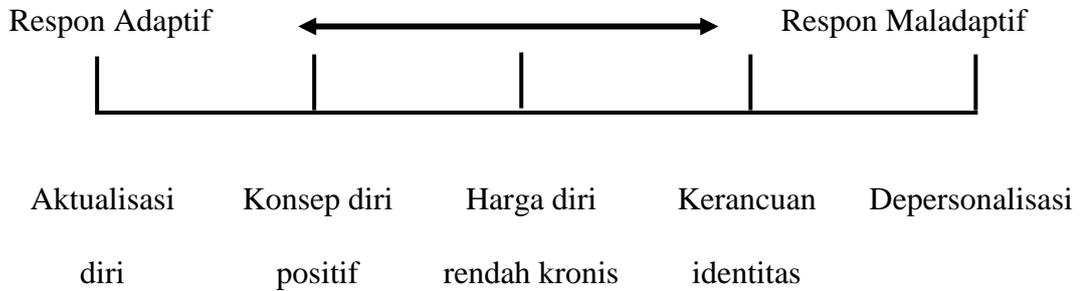
e. Harga Diri

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa banyak kesesuaian tingkah laku dengan ideal dirinya. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain yaitu : dicintai, dihormati dan dihargai. Mereka yang menilai dirinya positif cenderung bahagia, sehat, berhasil dan dapat menyesuaikan diri, sebaliknya individu akan merasa dirinya negative, relatif tidak sehat, cemas, tertekan, pesimis, merasa tidak dicintai atau tidak diterima di lingkungannya.

Harga diri dibentuk sejak kecil dari adanya penerimaan dan perhatian. Harga diri akan meningkat sesuai dengan meningkatnya usia. Harga diri akan sangat mengancam pada saat pubertas, karena pada saat ini harga diri mengalami perubahan, karena banyak keputusan yang harus dibuat menyangkut dirinya sendiri.

Dari penjabaran diatas dapat disimpulkan bahwa harga diri merupakan evaluasi terhadap perasaan dan penilaian individu tentang dirinya. Harga diri berpengaruh besar terhadap harapan individu, tingkah laku dan penilaian individu tentang dirinya sendiri dan orang lain. Penilaian tersebut menggambarkan sikap penerimaan atau penolakan terhadap dirinya sendiri dan seberapa jauh individu tersebut percaya bahwa dirinya berharga.

### 2.2.2 Rentang respon



*Gambar 2.1 Rentang Respon Harga Diri Rendah Kronis Sumber Fitria, 2012*

Aktualisasi diri adalah pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima. (Damaiyanti, 2012)

Konsep diri positif merupakan bagaimana seseorang memandang apa yang ada pada dirinya meliputi citra dirinya, ideal dirinya, harga dirinya, penampilan peran serta identitas dirinya secara positif. Hal ini akan menunjukkan bahwa individu itu akan menjadi individu yang sukses. (Damaiyanti, 2012)

Harga diri rendah merupakan perasaan negative, tidak berharga, pesimis, tidak ada harapan dan putus asa. Adapun perilaku yang berhubungan dengan harga diri yang rendah yaitu mengkritik diri sendiri dan atau orang lain, penurunan produktifitas, destruktif yang diarahkan kepada orang lain, gangguan dalam berhubungan, perasaan tidak mampu, rasa bersalah, perasaan negative, mengenai tubuhnya sendiri, keluhan fisik, menarik diri dari social, khawatir, serta menarik diri dari realitas. (Damaiyanti, 2012)

Kerancuan identitas merupakan suatu kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak – kanak ke dalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis. Adapun perilaku yang berhubungan dengan kerancuan identitas adalah tidak ada kode moral, sifat kepribadian yang bertentangan, hubungan interpersonal eksploitatif, perasaan hampa, perasaan mengambang tentang diri sendiri, tingkat ansietas yang tinggi, ketidak mampuan untuk empati terhadap orang lain. (Damaiyanti, 2012)

Depersonalisasi merupakan suatu perasaan yang tidak realistis dimana pasien tidak mendapat membedakan stimulus dari dalam atau luar dirinya. Individu mengalami kesulitan untuk membedakan dirinya sendiri dan orang lain, dan tubuhnya sendiri merasa tidak nyata dan asing baginya. (Damaiyanti, 2012)

### **2.2.3 Etiologi**

#### **a. Faktor predisposisi**

1. Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakan orang tua harapa orang tua tidak realistis, kegagalan berulang, kurang mempunyai tanggungjawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis. Pengalaman masa kanak – kanak dapat merupakan factor kontribusi pada gangguan atau masa masalah konsep diri. Anak sangat peka terhadap perlakuan dan respon orang tua. Orangtua yang kasar, membenci dan tidak menerima akan mempunyai keraguan atau ketidakpastian. Anak yang tidak menerima akan mempunyai keraguan atau kepastian. Anak yang tidak mendapat

kasih sayang maka anak tersebut akan gagal mencintai dirinya sendiri dan menggapai cinta orang lain. Individu yang kurang tanggung jawab terhadap diri sendiri. Ia akan tergantung pada orang lain dan gagal mengembangkan kemampuan sendiri.

2. Faktor yang mempengaruhi performa peran adalah stereotype peran gender, tuntutan peran kerja, dan harapan peran budaya. Peran sesuai dengan jenis kelamin sejak dulu sudah diterima oleh masyarakat misalnya wanita dianggap kurang mampu, kurang mandiri, kurang objektif dan kurang rasional dibandingkan pria. Pria dianggap kurang sensitive, kurang hangat dan kurang ekspresif disbanding wanita. Sesuai dengan standard tersebut, jika wanita atau pria berperan seperti tidak lazimnya, maka dapat menimbulkan konflik di dalam diri maupun hubungan social misalnya wanita yang secara tradisional harus tinggal di rumah saja, jika mulai keluar rumah untuk sekolah atau kerja aan menimbulkan masalah.
3. Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi ketidakpercayaan orang tua dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur social. Orang tua yang selalu curiga pada anak akan menyebabkan kurang percaya diri pada anak. Anak akan ragu apakah yang ia pilih tepat, tidak sesuai dengan keinginan orang tua maka timbul rasa bersalah. Control orang tua yang tetap pada anak remaja akan menimbulkan perasaan benci pada anak terhadap orang tua.

b. Faktor presipitasi

Factor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan atau bentuk tubuh, kegagalan produktifitas yang menurun. Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis ini dapat terjadi secara situasional maupun kronik. Harga diri rendah situasional disebabkan oleh trauma yang muncul secara tiba – tiba misalnya harus dioperasi. Mengalami kecelakaan, menjadi korban pemerkosaan, atau menjadi narapidana yang harus dipenjara. Harga diri rendah kronik biasanya sudah berlangsung sejak lama yang dirasakan pasien sebelum sakit atau sebelum dirawat di rumah sakit yang semakin meningkat saat dirawat karena pasien sudah memiliki pikiran negatif sebelumnya.

c. Perilaku

1. Citra tubuh : menolak menyentuh atau melihat bagian tubuh tertentu, menolak bercermin, tidak mau mendiskusikan keterbatasan atau cacat tubuh, menolak usaha rehabilitasi, usaha pengobatan mandiri yang tidak tepat dan menyangkal cacat tubuh.
2. Harga diri rendah diantaranya : mengkritik diri sendiri atau orang lain, produktifitas menurun, gangguan berhubungan, ketegangan peran, pesimis menghadapi hidup, keluhan fisik, penolakan kemampuan diri, pandangan hidup bertentangan, destruktif kepada diri, menarik diri dari realitas, khawatir, merasa diri paling penting, destruktif pada orang lain, merasa tidak mampu, merasa bersalah mudah tersinggung/marah, perasaan negative terhadap tubuh.

3. Kerancuan identitas diantaranya tidak ada kode moral, kepribadian yang bertentangan, hubungan interpersonal yang eksploratif, perasaan hampa, perasaan mengambang tentang diri, kehancuran gender, tingkat ansietas tinggi, tidak mampu empati pada orang lain, masalah estimasi.
4. Depersonalisasi meliputi afektif : kehidupan identitas, perasaan terpisah dari diri, perasaan tidak realitas, rasa terisolasi yang kuat, kurang rasa berkesinambungan, tidak mampu mencari kesenangan. Perseptual : halusinasi dengar dan lihat, bingung tentang seksualias diri, sulit membedakan diri dari orang lain, gangguan citra tubuh, dunia seperti dalam mimpi. Kognitif : bingung disorientasi waktu, gangguan berfikir, gangguan daya ingat, gangguan penilaian, kepribadian ganda.

#### **2.2.4 Proses Terjadinya Harga Diri Rendah**

Harga diri rendah kronis terjadi merupakan proses kelanjutan dari harga diri rendah situasional yang tidak diselesaikan. Atau dapat juga terjadi karena individu tidak pernah mendapat *feed back* dari lingkungan tentang perilaku pasien sebelumnya bahkan mungkin kecendrungan lingkungan yang selalu memberi respon negatif untuk mendorong individu menjadi harga diri rendah. Harga diri rendah kronis disebabkan banyak faktor. Awalnya individu berada pada suatu situasi yang penuh dengan *stressor* (krisis), individu berusaha menyelesaikan krisis tetapi tidak tuntas sehingga timbul pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan peran. Penilaian individu terhadap diri sendiri karena kegagalan menjalankan fungsi dan peran adalah kondisi harga diri

rendah situasional, jika lingkungan tidak memberi dukungan positif atau justru menyalahkan individu dan terjadi secara terus menerus akan mengakibatkan individu mengalami harga diri rendah kronis.

Menurut Malhi (2013) mengatakan bahwa pengalaman interpersonal di masa atau tahap perkembangan dari bayi sampai lanjut usia yang tidak menyenangkan seperti *good me, bad me, not me*, merasa sering dipersalahkan, atau tertekan kelak akan menimbulkan perasaan aman tidak terpenuhi. Hal ini dapat menimbulkan perasaan ditolak oleh lingkungan dan apabila coping yang digunakan tidak efektif dapat menyebabkan harga diri rendah kronis.

### **2.2.5 Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah**

Manifestasi yang bisa muncul pada pasien gangguan jiwa dengan harga diri rendah, Fitria (2012) :

- a. Mengkritik diri sendiri.
- b. Perasaan tidak mampu.
- c. Pandangan hidup yang pesimistis.
- d. Tidak menerima pujian.
- e. Penurunan produktivitas.
- f. Penolakan terhadap kemampuan diri.
- g. Kurang memperhatikan perawatan diri.
- h. Berpakaian tidak rapi, selera makan berkurang tidak berani menatap lawan bicara.
- i. Lebih banyak meunduk dan bicara lembut dengan nada suara lemah.

Tanda dan gejala yang bisa muncul pada pasien dengan gangguan jiwa dengan harga diri rendah adalah sebagai berikut:

- a. Perubahan perilaku pada gangguan citra tubuh antara lain menolak menyentuh atau melihat bagian tubuh tertentu, menolak bercermin, tidak mau mendiskusikan keterbatasan atau cacat tubuh, menolak usaha rehabilitasi, usaha pengobatan mandiri yang tidak tepat, menyangkal cacat tubuh.
- b. Perubahan perilaku yang berhubungan dengan kerancauan identitas antara lain tidak melakukan kode moral, kepribadian yang bertentangan, hubungan interpersonal yang eksploitatif, perasaan hampa, perasaan mengambang tentang diri, kekacauan identitas seksual, kecemasan yang tinggi, ideal diri tidak realistis, tidak mampu berempati terhadap orang lain.
- c. Perubahan perilaku yang berhubungan dengan depersonalisasi:
  - Afektif : kehilangan identitas diri, merasa asing dengan diri sendiri, perasaan tidak nyata, terasa sangat terisolasi, tidak ada perasaan berkesinambungan, tidak mampu mencari kesenangan.
  - Persepsi : halusinasi pendengaran atau penglihatan, kekacauan identitas seksual, sulit membedakan diri dengan orang lain, gangguan citra tubuh, menjalani kehidupan seperti dalam mimpi.
  - Kognitif : bingung, disorientasi waktu, gangguan berpikir, gangguan daya ingat, gangguan penilaian, perilaku, pasif, komunikasi tidak sesuai,

kurang spontanitas, kurang pengendalian diri, kurang mampu membuat keputusan dan menarik diri dari hubungan sosial.

### **2.2.6 Sumber Koping**

Menurut Stuart (2006), semua orang tanpa memperhatikan gangguan perilakunya, mempunyai beberapa bidang kelebihan personal meliputi :

- a. Aktifitas olahraga dan aktifitas diluar rumah.
- b. Hobi dan kerajinan tangan .
- c. Seni yang ekspresif.
- d. Kesehatan dan perawatan diri.
- e. Pendidikan atau pelatihan.
- f. Pekerjaaa, vokaisi atau posisi.
- g. Bakat tertentu.
- h. Kecerdasan.
- i. Imajinasi dan kreatifitas.
- j. Hubungan intapesonal.

### **2.2.7 Mekanisme Koping**

Menurut Stuart (2006), mekanisme koping termasuk pertahanan koping jangka pendek atau jangka panjang serta penggunaan mekanisme pertahanan ego untuk melindungi diri sendiri dalam menghadapi persepsi diri yang menyakitkan.

Pertahanan tersebut mencakup berikut :

Pertahanan jangka pendek mencakup sebagai berikut:

- a. Aktifitas yang memberikan pelarian sementara dari krisis identitas diri (misalnya : konser music, bekerja keras, menonton televisi secara obsesif)
- b. Aktifitas yang memberikan identitas pengganti sementara (misalnya : ikut seta dalam klub social, agama, politik, kelompok, pergekan atau geng)
- c. Aktifitas yang sementara menguatkan atau meningkatkan perasaan diri yang tidak menentu (misalnya : olahraga yang kompetitif, prestasi akademik, kontes untuk mendapatkan popularitas).

Pertahanan jangka panjang mencakup sebagai berikut :

- a. Pentupan identitas

Adopsi identitas premature yang diinginkan oleh orang terdekat tanpa memperhatikan keinginan, aspirasi, atau potensi diri individu.

- b. Identitas negatif

Asumsi identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan yang diterima oleh masyarakat.

Mekanisme pertahanan ego termasuk penggunaan fantasi, disosiasi, isolasi, proyeksi, penglihatan, berbalik marah terhadap diri sendiri dan amuk.

### **2.2.8 Penatalaksanaan Terapi**

Terapi pada gangguan jiwa dewasa ini sudah dikembangkan sehingga penderita tidak mengalami diskriminasi bahkan metodenya lebih manusiawi daripada masa sebelumnya. Terapi yang dimaksud meliputi :

- a. Terapi Psikofarmaka

Berbagai jenis obat psikofarmaka yang beredar dipasaran yang hanya diperoleh dengan resep dokter, dapat dibagi menjadi 2 golongan yaitu golongan pertama (typical) dan golongan kedua (atypical). Obat yang termasuk golongan generasi pertama misalnya chlorpromazine HCl, Thoridazine HCL, dan Haloperidol. Obat yang termasuk generasi kedua misalnya : respiridone, olanzapine, quetiapini, glanzapine, zozatine, dan aripiprazole.

b. Terapi Psikoterapi

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

c. Terapi Psikososial

Salah satu dampak gangguan jiwa adalah terganggunya fungsi social penderita atau hendaya. Hendaya terjadi dalam berbagai bidang fungsi rutin kehidupan sehari – hari., seperti bidang studi (sekolah / kuliah), pekerjaan, hubungan social dan perawatan diri. Terapi psikososial dimaksudkan agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan social disekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Kepada penderita diupayakan untuk tidak menyendiri, tidak melamun, banyak kegiatan dan kesibukan dan banyak bergau. (sosialisasi).

d. Terapi Psikoreligius

Terapi keagamaan (psikoreligius) terhadap penderita gangguan jiwa ternyata mempunyai manfaat. Dalam penelitian membandingkan keberhasilan terapi terhadap dua kelompok Skizofrenia. Kelompok pertama mendapat terapi konvensional saja (psikofarmaka), sedangkan kelompok kedua mendapat terapi konvensional serta terapi keagamaan. Perbandingannya menunjukkan hasil yang cukup bermakna yaitu kelompok kedua menunjukkan gejala – gejala klinis skizofrenia lebih cepat hilang. Pada kelompok dua lamanya perawatannya lebih pendek dan kemampuan adaptasinya lebih cepat. Terapi keagamaan dalam penelitian diatas adalah berupa kegiatan ritual keagamaan seperti sembahyang, berdoa, memanjatkan puji – pujian kepada Tuhan, ceramah keagamaan, kajian keagamaan dan lain sebagainya.

e. Terapi kejang listrik (Electro Convulsi Therapy)

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artifisial dengan melewatkan aliran listrik melalui electrode yang dipasang satu atau dua temples. Terapi kejang listrik diberikan pada pasien yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi. Dosis terapi kejang listrik 4 – 5 joule/detik.

## **2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, social dan spiritual.

Adapun isi dari pengkajian menurut (Keliat, 2010) tersebut adalah :

1. Identitas pasien

Melakukan perkenalan dan kontrak dengan pasien tentang : nama mahasiswa, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia pasien dan No RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

2. Alasan masuk

Keterangan yang menyebabkan pasien atau keluarga datang, atau dirawat di rumah sakit, apakah sudah tahu penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini.

3. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.

4. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan pasien.

## 5. Psikososial

### a. Genogram

Genogram menggambarkan pasien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh

### b. Konsep diri

- 1) Gambaran diri : Menanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.
- 2) Identitas diri : status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya.
- 3) Peran : tugas atau peran pasien dalam keluarga / pekerjaan / kelompok masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut.
- 4) Ideal diri : harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

5) Harga diri : hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien dalam berhubungan dengan orang lain, harapan, identitas diri tidak sesuai harapan, fungsi peran tidak sesuai harapan, ideal diri tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan / penghargaan orang lain.

c. Hubungan sosial

Menanyakan orang yang paling berarti dalam hidup pasien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah / menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

6. Status mental

a. Penampilan : Melihat penampilan pasien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapih, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan pasien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik / berpakaian terhadap status psikologis pasien.

b. Pembicaraan : amati pembicaraan pasien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti / bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai pembicaraan.

c. Aktivitas motorik :

Lesu : tegang, gelisah.

Agitasi : gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan.

Tik : gerakan-gerakan kecil otot muka yang tidak terkontrol.

Grimasem : gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak terkontrol pasien.

Tremor : jari-jari yang bergetar ketika pasien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari.

Kompulsif : kegiatan yang dilakukan berulang-ulang.

d. Alam perasaan

Sedih, putus asa, gembira yang berlebihan.

Ketakutan : objek yang ditakuti sudah jelas.

Khawatir : objeknya belum jelas.

e. Afek

Datar : tidak ada perubahan rona muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.

Tumpul : hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang sangat kuat.

Labil : emosi pasien cepat berubah-ubah.

Tidak sesuai : emosi bertentangan atau berlawanan dengan stimulus.

f. Interaksi selama wawancara

Kooperatif : berespon dengan baik terhadap pewawancara.

Tidak kooperatif : tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan.

Mudah tersinggung.

Bermusuhan : kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah.

Kontak kurang : tidak mau menatap lawan bicara.

Curiga : menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

g. Persepsi

Jenis-jenis halusinasi dan isi halusinasi, frekuensi gejala yang tampak pada saat pasien berhalusinasi.

h. Proses pikir

Sirkumtansial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan.

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

Kehilangan asosiasi : pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya.

Flight of ideas : pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik yang lainnya.

Bloking : pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan dari luar kemudian dilanjutkan kembali.

Pengulangan pembicaraan / perseverasi : kata-kata yang diulang berkali-kali.

i. Isi fikir

Obsesi : pikiran yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya.

Phobia : ketakutan yang patologis / tidak logis terhadap objek / situasi tertentu.

Hipokondria : keyakinan terhadap adanya gangguan organ tubuh yang sebenarnya tidak ada.

Depersonalisasi : perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Ide yang terkait : keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna yang terkait pada dirinya.

Pikiran magis : keyakinan pasien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil atau diluar kemampuannya.

j. Waham

Agama : keyakinan pasien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.

Somatik : keyakinan pasien terhadap tubuhnya dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan keyakinan.

Kebesaran : keyakinan pasien yang berlebihan terhadap kemampuannya dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.

Curiga : keyakinan pasien bahwa ada seseorang yang berusaha merugikan, mencederai dirinya, diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.

Nihilistik : pasien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada didunia / meninggal yang dinyatakan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

Sisip pikir : pasien yakin ad aide pikiran orang lain yang disisipkan didalam pikirannya, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

Siap pikir : pasien yakin ada orang lain yang mengetahui apa yang pasien pikirkan walaupun pasien tidak pernah menceritakannya kepada orang, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai kenyataan

Kontrol pikir : pasien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

k. Tingkat kesadaran

Bingung : tampak bingung dan kacau ( perilaku yang tidak mengarah pada tujuan).

Sedasi : mengatakan merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar.

Stupor : gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh pasien dalam sikap yang canggung dan dipertahankan pasien tapi pasien mengerti semua yang terjadi dilingkungannya.

Orientasi : waktu, tempat dan orang.

l. Memori

Gangguan mengingat jangka panjang : tidak dapat mengingat kejadian lebih dari 1 bulan.

Gangguan mengingat jangka pendek : tidak dapat mengingat kejadian dalam minggu terakhir.

Gangguan mengingat saat ini : tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.

Konfabulasi : pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.

m. Tingkat konsentrasi

Mudah beralih : perhatian mudah berganti dari satu objek ke objek lainnya.

Tidak mampu berkonsentrasi : pasien selalu minta agar pertanyaan diulang karena tidak menangkap apa yang ditanyakan atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.

Tidak mampu berhitung : tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda-benda yang nyata

n. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita : pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan / pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya : menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang.

## 7. Kebutuhan persiapan pulang

- a. Makan : Menanyakan frekuensi, jumlah, variasi, macam dan cara makan, observasi kemampuan pasien menyiapkan dan membersihkan alat makan.
- b. Buang Air Besar dan Buang Air Kecil : Observasi kemampuan pasien untuk Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK), pergi menggunakan WC atau membersihkan WC.
- c. Mandi : Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, observasi kebersihan tubuh dan bau badan pasien.
- d. Berpakaian : Observasi kemampuan pasien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian, observasi penampilan dandanan pasien.
- e. Istirahat dan tidur : Observasi dan tanyakan lama dan waktu tidur siang atau malam, persiapan sebelum tidur dan aktivitas sesudah tidur.
- f. Penggunaan obat : Observasi penggunaan obat, frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian.
- g. Pemeliharaan kesehatan : menanyakan kepada pasien tentang bagaimana, kapan perawatan lanjut, siapa saja sistem pendukung yang dimiliki.
- h. Aktivitas di dalam rumah : kemampuan pasien dalam mengolah dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri, mengatur kebutuhan biaya sehari – hari.
- i. Aktivitas di luar rumah : kemampuan pasien dalam belanja untuk keperluan sehari-hari, aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah.

#### 8. Pola dan mekanisme koping

Data didapat melalui wawancara dengan pasien atau keluarganya.

Perilaku adaptif seperti : berbicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relokasi, aktifitas konstruktif, oleh raga dan hal positif lainnya. Sedangkan perilaku maladaptif seperti : minum alcohol, reaksi lambat / berlebih, bekerja berlebihan, menghindar atau menarik diri dari lingkungan, menciderai diri atau hal negative lainnya.

#### 9. Masalah psikososial dan lingkungan

Permasalahan yang dihadapi oleh pasien meliputi permasalahan dengan kelompok, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, pelayanan kesehatan maupun yang lainnya.

#### 10. Pengetahuan

Mengkaji tentang pengetahuan pasien maupun keluarga tentang penyakit meliputi proses penyakit jiwa itu sendiri, faktor presipitasi, koping, sistem pendukung, obat – obatan, atau lainnya.

#### 11. Aspek medis

Menuliskan diagnosa medis dan terapi medis yang didapatkan pasien

Setelah melakukan pengkajian maka, perawat melakukan analisa data. Jika pengkajian menunjukkan data subjektif dan objektif harga diri rendah maka, diagnosa keperawatan harga diri rendah bisa ditegakkan.

### Analisa Data Pasien Harga diri rendah

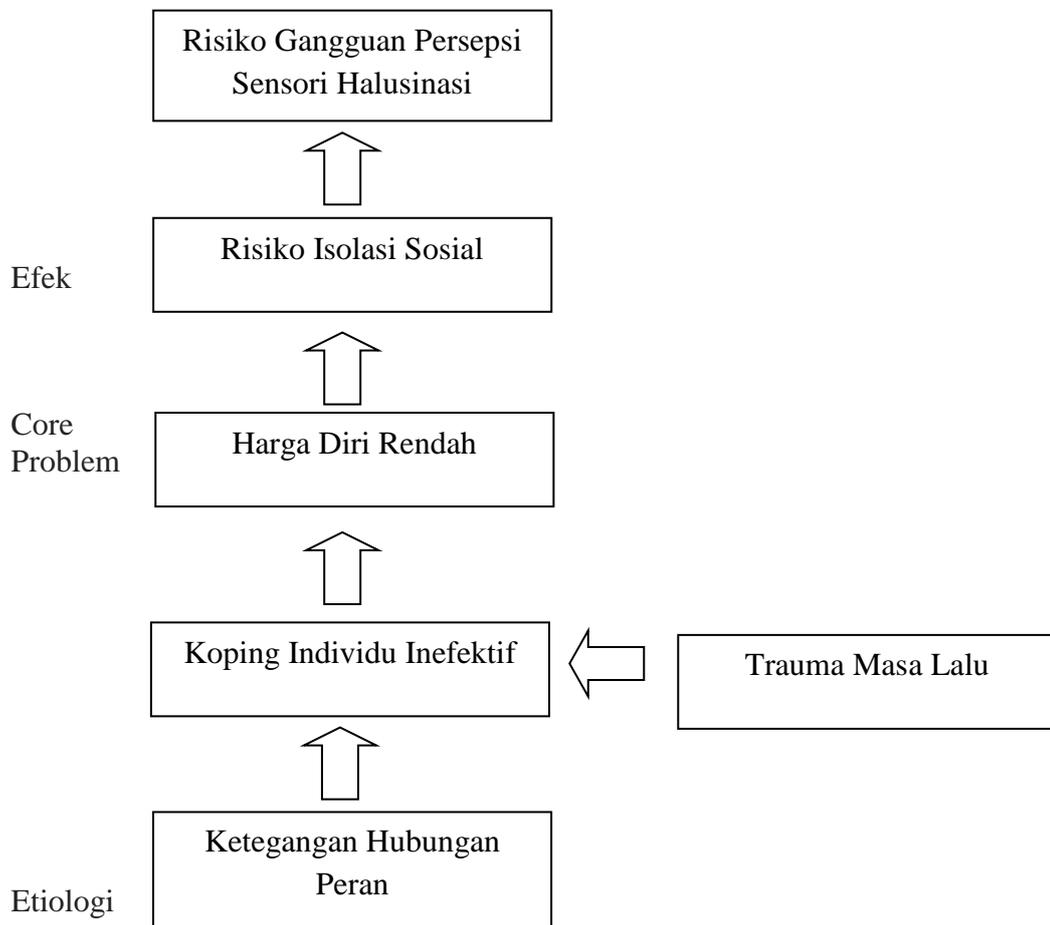
Diagnosa Keperawatan	Data yang Menunjang
<p style="text-align: center;"><b>Harga Diri Rendah Kronis</b></p>	<p><b>Subjektif :</b></p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengungkapkan dirinya tidak berguna.</li> <li>2. Mengungkapkan dirinya tidak mampu.</li> <li>3. Mengungkapkan dirinya tidak bersemangat beraktivitas.</li> <li>4. Mengungkapkan dirinya malas melakukan perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting)</li> </ol>
	<p><b>Objektif :</b></p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkritik diri sendiri.</li> <li>2. Merasa tidak mampu.</li> <li>3. Pandangan hidup pesimis.</li> <li>4. Tidak menerima pujian.</li> <li>5. Penurunan produktivitas.</li> <li>6. Kurang memperhatikan perawatan diri.</li> <li>7. Berpakaian tidak rapi.</li> <li>8. Berkurang selera makan.</li> <li>9. Tidak berani menatap lawan bicara.</li> <li>10. Lebih banyak menundukkan kepala.</li> <li>11. Bicara dengan nada suara lambat.</li> </ol>

*Tabel 2.1 Analisa Data Pasien Harga Diri Rendah.*

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

#### Harga Diri Rendah Kronis

Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Teori (Yosep, 2011)

### **2.3.3 Intervensi (Rencana Tindakan Keperawatan)**

#### **Intervensi keperawatan menurut Keliat, 2010 :**

##### **a. Intervensi Keperawatan untuk Pasien**

###### **Tujuan Keperawatan :**

Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan, pasien dapat memilih kegiatan sesuai dengan kemampuan, pasien dapat melatih kegiatan yang dipilih sesuai dengan kemampuan, pasien dapat melakukan kegiatan yang sudah dilatih sesuai jadwal. (Keliat, 2010)

###### **SP 1P**

1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien.
2. Membantu pasien dalam menilai kemampuan yang masih dapat dikerjakan.
3. Membantu pasien dalam memilih (menetapkan) kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien.
4. Melatih pasien sesuai dengan kemampuan yang dipilih.
5. Memberi pujian yang realistis terhadap keberhasilan pasien.
6. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan tersebut dalam jadwal harian.

###### **SP 2P**

1. Mengevaluasi jadwal harian kegiatan pasien.
2. Melatih pasien melakukan kegiatan lainnya sesuai dengan kemampuan.

3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien.

(Fitria, 2013)

#### **b. Intervensi Keperawatan untuk Keluarga**

##### **Tujuan Keperawatan :**

Keluarga dapat membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien, keluarga dapat memfasilitasi pelaksanaan kemampuan yang masih dimiliki pasien, keluarga dapat memotivasi pasien untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih dan memberikan pujian atas keberhasilan pasien, keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien. (Keliat, 2010)

##### **SP 1K**

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya.
3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah.
4. Mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah.
5. Memberi kesempatan keluarga mempraktikkan cara merawat pasien harga diri rendah.

**SP 2K**

1. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien harga diri rendah.

**SP 3K**

1. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat.
2. Menjelaskan tindakan lanjutan pasien setelah pulang.

(Fitria, 2013)

**2.3.4 Implementasi Keperawatan**

Rencana tindakan keperawatan yang sudah dibuat dilaksanakan dalam bentuk fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi yang kemudian didokumentasikan sesuai dengan tanggal pelaksanaan dan disertai tanda tangan petugas. (Towsend, 2005)

## 1. Implementasi Keperawatan pada Pasien

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Pasien</b>
Harga Diri Rendah	SP 1 a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien. 1. Mendiskusikan bahwa pasien memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan pasien di rumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien. 2. Memberikan pujian yang realistis atau nyata dan hindarkan penilaian negative setiap kali bertemu dengan pasien.
	SP 1 b. Membantu pasien dalam menilai kemampuan yang dapat digunakan. 1. Mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini setelah mengalami

	<p>bencana.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Membantu pasien menyebutkan dan beri penguatan terhadap kemampuan diri yang berhasil diungkapkan pasien</li> <li>3. Perlihatkan respons yang kondusif dan jadilah pendengar yang aktif.</li> </ol>
	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>c. Membantu pasien agar dapat memilih atau menetapkan kegiatan sesuai dengan kemampuan. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan dengan pasien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari – hari.</li> <li>2. Membantu pasien menetapkan aktifitas yang dapat dilakukan secara mandiri dan yang memerlukan bantuan minimal dan bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien.</li> </ol> </li> </ol>
	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>d. Melatih kemampuan yang dipilih pasien. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan dengan pasien langkah – langkah pelaksanaan kegiatan.</li> <li>2. Memperagakan kegiatan yang dipilih bersama pasien.</li> <li>3. Memberikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan pasien.</li> </ol> </li> </ol>
	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>e. Membantu pasien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi kesempatan kepada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan.</li> <li>2. Memberi pujian atas kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari.</li> <li>3. Menyusun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih.</li> </ol> </li> </ol>
Harga Diri Rendah	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi kegiatan harian yang telah dilakukan oleh pasien.</li> </ol> </li> </ol>
	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Melatih kemampuan kedua. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih pasien kemampuan kedua yang dapat dilakukan.</li> </ol> </li> </ol>
	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>c. Mengajukan pasien memasukkan dalam jadwal</li> </ol>

	kegiatan harian pasien. 1. Membiasakan pasien melakukan aktifitas dengan membuat kegiatan harian rutin.
--	--

*Tabel 2.2 Implementasi Keperawatan Pasien.*

## 2. Implementasi Keperawatan pada Keluarga.

Diagnosa Keperawatan	Keluarga
Harga Diri Rendah	SP 1 a. Mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien di rumah. b. Menjelaskan tentang pengertian, tanda gejala harga diri rendah c. Menjelaskan cara merawat pasien harga diri rendah. d. Mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah. e. Member kesempatan keluarga untuk mempraktikan cara merawat pasien.
	SP 2 a. Melatih keluarga mempraktikan cara merawat pasien harga diri rendah. b. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien harga diri rendah langsung pada pasien.
	SP 3 a. Membantu keluarga membuat perencanaan pulang pasien harga diri rendah. b. Membantu keluarga menyusun rencana kegiatan pasien di rumah. c. Membantu keluarga menyusun jadwal minum obat.

*Tabel 2.3 Implementasi Keperawatan Keluarga*

### 2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Meskipun tahap evaluasi diletakkan dalam akhir proses keperawatan, evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien

dalam mencapai hasil. Hal ini bisa dilaksanakan dengan menjalin hubungan dengan pasien.

Terdapat dua macam evaluasi, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif merupakan hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan.

Evaluasi berupa SOAP (Subjektif, Objektif, Assasment, Planning) dilakuakn setiap hari setelah dilaksanakan tindakan keperawatan.

S (Subjektif) : adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan.

O (Objektif) : adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (Analisis) : adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.

P (Planning) : adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

Perawat baru bisa melangkah pada Strategi Pelaksanaan 2 jika Strategi Pelaksanaan 1 sudah menunjukkan hasil positif sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan. (Towsend, 2015).