

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan gangguan komunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif (halusinasi atau waham) yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perubahan perilaku yang dapat mengakibatkan kesulitan dalam melakukan aktifitas sehari-hari (Citra & Sukamti, 2023). Menurut Asana Putri & Fitria Maharani (2022) skizofrenia merupakan gangguan psikotik ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku, pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru afek yang datar atau tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktifitas motorik yang bizzare (perilaku aneh). Orang dengan skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi, gangguan bicara serta tingkah tanda dan gejala skizofrenia secara general dibagi menjadi 2 yaitu gejala positif dan negatif sebagai berikut :

a. Gejala positif atau gejala nyata

Gejala positif adalah gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat sekitar merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pasien berobat. Gejala – gejala positif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu :

- 1) Halusinasi merupakan persepsi, sensori yang salah atau pengalaman yang tidak terjadi dalam realitas
- 2) Delusi atau waham adalah suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal), meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinan itu tidak benar, namun pasien akan tetap meyakini kebenarannya.
- 3) Ekopraksia adalah peniruan gerakan dan gestur orang lain yang diamati pasien
- 4) *Flight of ideas* merupakan aliran verbalisasi yang terus menerus saat individu melompat dari suatu topik ke topik lain dengan cepat
- 5) Perseverasi merupakan membicarakan satu topik atau gagasan secara terus menerus, pengulangan kalimat, kata, frasa secara verbal dan menolak untuk mengubah topik tersebut
- 6) Asosiasi longgar merupakan pikiran atau gagasan yang terpecah-pecah atau buruk
- 7) Gagasan rujukan merupakan kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki makna khusus bagi individu
- 8) Ambivalensi yaitu mempertahankan keyakinan atau perasaan yang tampak kontradiktif tentang individu, peristiwa, situasi yang sama

b. Gejala negatif atau gejala samar :

Gejala negatif skizofenia merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga maupun masyarakat, biasanya pihak keluarga terlambat membawa pasien untuk berobat (Sari, 2019). Gejala – gejala negatif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu :

- 1) Apati yaitu perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, dan peristiwa

- 2) Alogia merupakan kecenderungan berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna
- 3) Afek datar adalah tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi atau mood
- 4) Afek tumpul adalah rentang keadaan perasaan emosional atau mood yang terbatas
- 5) Anhedonia merupakan perasaan merasa tidak senang atau tidak gembira menjalani hidup, aktivitas atau hubungan
- 6) Katatonia adalah imobilitas karena faktor psikologis, kadang kala ditandai oleh periode agitas atau gembira, pasien tampak tidak bergerak seolah-olah dalam keadaan setengah sadar
- 7) Tidak memiliki kemauan adalah tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk bertindak atau melakukan tugas-tugas

2. Klasifikasi

Menurut Istichimah (2019) skizofrenia diklasifikasi sebagai berikut :

a. Skizofrenia tipe simpleks

Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terjadi dan timbul secara perlahan-lahan, awalnya kurang memperhatikan keluarga atau menarik diri dari pergaulan.

b. Skizofrenia tipe paranoid

Merupakan jenis skizofrenia yang paling utama dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham

kebesarannya dimana individu dikejar – kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya

c. Skizofrenia tipe hebefrenik

Tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku hampa tujuan dan perasaan, afek tidak wajar, senyum dan ketawa sendiri, proses berpikir disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.

d. Skizofrenia tipe katatonik

Gambaran perilakunya yaitu stupor (kehilangan semangat), gaduh, gelisah, menampilkan posisi tubuh tidak wajar, negativisme (perlawanan), rigiditas (posisi tubuh kaku), fleksibilitas area, mematuhi perintah otomatis dan pengulangan kalimat tidak jelas.

e. Skizofrenia tipe tak terinci

Mempunyai halusinasi, waham dan gejala psikosis aktif yang menonjol (misal kebingungan, inkoheren) atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak digolongkan pada tipe paranoid, katatonik, hebefrenik, residual dan depresi pasca skizofrenia.

f. Skizofrenia tipe residual

Gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik.

g. Depresi pasca skizofrenia

Gejala – gejala defresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk suatu episode defresif dan telah ada sedikit 2 minggu.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab dari skizofrenia (Caruso, 2018)

- a. Pemeriksaan darah dan urine, berfungsi untuk mengetahui apakah ada kemungkinan infeksi dan kemungkinan menggunakan alkohol atau NAPZA.
- b. EEG (elektroensefalogram) adalah metode pemeriksaan aktivitas listrik pada otak untuk mengetahui keadaan otak adanya epilepsi atau tidak.
- c. Pemeriksaan CT scan dan MRI (*Magnetic resonance imaging*) untuk mendeteksi adanya stroke dan kemungkinan adanya cedera atau tumor di otak.

4. Penatalaksanaan

Istichomah (2019) mengatakan jenis obat psikofarmaka dibagi menjadi 2 golongan sebagai berikut :

- a. Golongan generasi pertama (*typical*)

Obat yang termasuk golongan pertama, misalnya, Chlorpromazine HCL (Largactil, Promactil, Meprosetil), Trifluoperazine HCL (Stelazine), Thioridazine HCL (Melleril), dan Haloperidol (Haldol, Govotil, Serenace).

- b. Golongan kedua (*atypical*)

Obat yang termasuk generasi kedua, misalnya Risperidone (Risperdal, Rizodal, Noprenia), Olanzapine (Zyprexa), Quetiapine (Seroquel), dan Clozapine (Clozaril).

- c. Psikoterapi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat, selain itu sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, perawat dan dokter. Agar pasien tidak

mengasingkan diri karena membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama seperti terapi modalitas seperti, terapi aktivitas berupa terapi musik, terapi seni, terapi relaksasi dan terapi keluarga.

Terapi keluarga merupakan terapi yang diberikan kepada keluarga untuk meningkatkan dukungan keluarga dalam perawatan pasien skizofrenia meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif.

d. Terapi somatik, ada beberapa jenis terapi somatik sebagai berikut :

- 1) Restrain merupakan terapi yang diberikan dengan menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik pasien (Wijaya, 2022)
- 2) Seklusi merupakan bentuk terapi yang diberikan dengan cara mengurung pasien dalam ruangan khusus
- 3) Photo terapi atau terapi cahaya

Foto terapi atau sinar adalah terapi somatik pilihan yang diberikan dengan memaparkan pasien dengan sinar terang yang berkekuatan 5 -20 kali lebih terang dari sinar ruangan (Wijaya, 2022)

- 4) ECT (*electro Convulsif Therapy*) adalah suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada pasien tonik maupun klonik (Wijaya, 2022)

e. Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan suatu kelompok atau komunitas terjadinya interaksi antara pasien dan para pelatih (sosialisai), pada masa rehabilitasi pasien juga dapat diberikan terapi napas dalam (Wijati, 2020)

B. Harga Diri Rendah

1. Definisi Harga Diri Rendah

Harga Diri Rendah adalah evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu yang lama dan terus menerus (SDKI, 2017).

Harga diri rendah merupakan perasaan diri tidak berarti, tidak bermakna dan tidak berharga yang berkepanjangan akibat dari penilaian terhadap diri dan/atau kemampuan diri yang negatif. Klien merasakan malu, tidak percaya diri dan gagal mencapai keinginan atau harapan yang sesuai ideal dirinya (Pardede, 2022). Harga diri rendah situasional merupakan diagnosis keperawatan pada pasien skizofrenia yang memiliki perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini (SDKI, 2017).

2. Penyebab/factor predisposisi

Menurut Wijayati et al. (2020) penyebab harga diri rendah dibedakan menjadi dua faktor yaitu faktor predisposisi dan prespitasi :

a. Faktor predisposisi

1) Biologis

Faktor herediter (keturunan) faktor ini berfokus kepada riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan kejiwaan, dan juga memiliki riwayat penyakit kronis atau trauma kepala yang merupakan salah satu penyebab gangguan jiwa.

2) Psikologis

Masalah psikologis yang dapat menyebabkan timbulnya harga diri rendah adalah pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, penolakan dari lingkungan dan orang terdekat serta harapan yang tidak realistis. Kegagalan

berulang, kurang mempunyai tanggung jawab 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 yang terganggu, ideal diri yang tidak realistis.

3) Faktor Sosial Budaya

Harga diri rendah dapat timbul karena pengaruh sosial budaya yang disebabkan oleh penilaian negatif yang selalu datang dari lingkungan terhadap klien, pendidikan dan ekonomi rendah serta ada penolakan lingkungan pada saat klien masih usia dini.

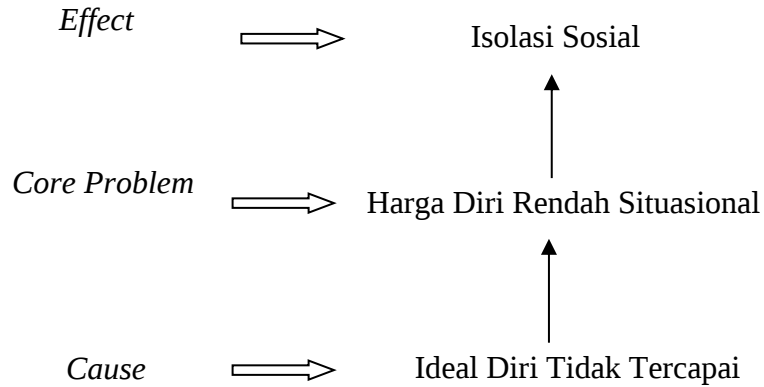
b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang menimbulkan harga diri rendah antara lain:

- 1) Riwayat trauma seperti adanya penganiayaan seksual dan pengalaman psikologis yang tidak menyenangkan, menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan, menjadi pelaku, korban maupun saksi dari perilaku kekerasan.
- 2) Ketegangan peran: Ketegangan peran dapat disebabkan karena:
 - (a) Transisi peran perkembangan yaitu perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan seperti transisi dari masa kanak-kanak ke remaja.
 - (b) Transisi peran situasi terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.
 - (c) Transisi peran sehat-sakit merupakan akibat pergeseran dari kondisi sehat sakit. Transisi dapat dicetuskan antara lain karena kehilangan sebahagian anggota tubuh, perubahan ukuran, bentuk penampilan atau fungsi tubuh. Atau perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal, prosedur

medis dan keperawatan.

3. Pohon Masalah



Gambar 1 Pohon Masalah Harga Diri Rendah

4. Gejala Klinis

Adapun tanda dan gejala harga diri rendah situasional menurut SDKI (2018), yaitu:

a. Harga diri rendah situasional

1) Gejala dan Tanda mayor

Subjektif

- a) Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)
- b) Merasa malu/bersalah
- c) Melebih-lebihkan penilaian negative tentang diri sendiri
- d) Menolak penilain positif tentang diri sendiri

Objektif

- a) Berbicara pelan dan lirih
- b) Menolak berinteraksi dengan orang lain
- c) Berjalan menunduk

d) Postur tubuh menunduk

2) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

a) Sulit berkonsentrasi

Objektif

a) Kontak mata kurang

b) Lesu dan tidak bergairah

c) Pasif

d) Tidak mampu membuat keputusan

Manifestasi yang bisa muncul pada klien gangguan jiwa dengan harga diri rendah adalah:

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

i) selera makan kurang

j) Tidak berani menatap lawan bicara

k) Lebih banyak menunduk

l) Bicara lambat dengan nada suara lemah

5. Rentang Respon

Berikut ini adalah rentang respon konsep diri menurut Amidos Pardede & Ramadia (2021)



Gambar 2 Rentang Respon Konsep Diri

A. Respon adaptif terhadap konsep diri meliputi :

1) Aktualisasi Diri

Pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima individu dapat mengapresiasi kemampuannya yang dimilikinya

2) Konsep Diri Positif

Apabila individu mempunyai pengalaman positif dalam beraktualisasi diri dan menyadari hal-hal positif maupun yang negatif dari dirinya. Individu dapat mengidentifikasi kemampuan dan kelemahannya secara jujur dalam menilai suatu masalah individu berfikir secara positif dan realistis.

B. Sedangkan respon maladaptif dari konsep diri meliputi :

1) Harga diri rendah adalah individu cenderung untuk menilai dirinya negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain.

2) Kekacauan identitas Suatu kegagalan individu mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak kendala kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.

3) Depersonalisasi Perasaan yang tidak realitas dan asing terhadap diri sendiri

yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan sendirinya dengan orang lain.

6. Penatalaksanaan Medis

Terapi yang dapat diberikan pada penderita Harga Diri Rendah yaitu:

a. Psikoterapi

Terapi ini digunakan untuk mendorong klien bersosialisasi lagi dengan orang lain. Tujuannya agar klien tidak menyendiri lagi karena jika klien menarik diri klien dapat membentuk kebiasaan buruk lagi (Siayta, 2019).

b. Therapy Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok sangat relevan untuk dilakukan pada klien harga diri rendah. Terapi aktivitas kelompok ini dilakukan dengan menggunakan stimulasi atau diskusi untuk mengetahui pengalaman atau perasaan yang dirasakan saat ini dan untuk membentuk kesepakatan persepsi atau penyelesaian masalah (Siayta, 2019).

Tindakan Keperawatan :

a. Membina hubungan saling percaya dengan cara :

- 1) Ucapkan setiap kali berinteraksi dengan pasien.
- 2) Perkenalkan diri dengan pasien.
- 3) Tanyakan perasaan dan keluhan saat ini.
- 4) Buat kontrak asuhan.
- 5) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh
- 6) Tunjukkan sikap empati terhadap klien.
- 7) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.

b. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien:

- 1) Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan).
 - 2) Beri pujian yang realistis dan hindarkan memberikan penilaian yang negatif setiap kali bertemu dengan pasien.
- c. Membantu pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan :
- 1) Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) : buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini.
 - 2) Bantu pasien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.
- d. Membantu pasien dapat memilih/menetapkan kegiatan berdasarkan kegiatan yang dilakukan :
- 1) Diskusikan kegiatan yang dipilih untuk dilatih saat pertemuan.
 - 2) Bantu pasien memberikan alasan terhadap pilihan yang ia tetapkan
- e. Melatih kegiatan yang telah dipilih sesuai kemampuan :
- 1) Latih kegiatan yang dipilih (alat atau cara melakukannya).
 - 2) Bantu pasien memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali sehari.
 - 3) Berikan dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang diperlihatkan pasien.
 - 4) Bantu pasien dapat merencanakan kegiatan sesuai kemampuannya menyusun rencana kegiatan.
 - 5) Beri kesempatan klien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan.
 - 6) Beri pujian atas kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari.
 - 7) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap aktivitas.

- 8) Susun daftar aktivitas yang sudah dilatihkan bersama pasien dan keluarga.
- 9) Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.

C. Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah

1. Pengkajian

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya, tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis) (PPNI, 2017). Pengkajian keperawatan adalah tahapan awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi, membuat data sistematis sesuai dengan fakta dan juga kondisi yang ada pada klien sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan respon individu (Budiono, 2022). Pada pasien skizofrenia data yang dikaji meliputi pengumpulan data, daftar masalah dan pohon masalah atau *problem tree*.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan adalah suatu pertanyaan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual, risiko, dan potensial) dari individu atau

kelompok (Budiono, 2022). Diagnosis keperawatan adalah dasar penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosis keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa (Mashudi, 2021)

Dalam penelitian ini diagnosis keperawatan yang difokuskan yaitu pasien dengan diagnosis keperawatan harga diri rendah berhubungan dengan (b.d) perubahan peran sosial dibuktikan dengan (d.d) menilai diri negatif, merasa malu/bersalah, melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri, menolak penilaian positif tentang diri sendiri, berbicara pelan dan lirih, menolak berinteraksi dengan orang lain, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk, sulis berkonsentrasi, kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, pasif, tidak mampu membuat keputusan. Data tersebut harus minimal mencakup 80% dari data mayor dalam SDKI (PPNI, 2016).

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian penentuan langkah–langkah keperawatan guna mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Perencanaan keperawatan terdiri dari standar luaran (*outcome*) dan standar intervensi. Standar luaran (*outcome*) merupakan aspek – aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luanan keperawatan dibagi menjadi dua, yaitu luaran negatif dan luaran positif. Luanan negatif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran ini akan mengarahkan pemberian intervensi

keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan. Sedangkan luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran ini mengarahkan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment atau tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan. Label adalah nama dari intervensi keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi adalah komponen yang menjelaskan mengenai makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Adapun perencanaan keperawatan yang terdiri dari diagnosis, tujuan dan kriteria hasil serta intervensi yang akan digunakan dalam penelitian ini diuraikan pada tabel-tabel dibawah ini.

Tabel 1
Rencana keperawatan pasien skizofrenia dengan label intervensi manajemen harga diri rendah di RSJ Provinsi Bali

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Harga diri rendah situasional yang berhubungan dengan perubahan peran sosial ditandai dengan menilai diri negatif (merasa tidak berguna), merasa malu, melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri, berbicara pelan dan lirik, menolak berinteraksi dengan orang lain, berjalan menunduk, kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, tidak mampu membuat keputusan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 30 menit diharapkan Harga Diri (L.09069) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 4. Minat mencoba hal baru meningkat 5. Berjalan menampakkan wajah meningkat 6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat 7. Kosentrasi meningkat 8. Tidur meningkat 9. Kontak mata meningkat 10. Gairah aktivitas meningkat 11. Aktif meningkat 12. Percaya diri	Promosi harga diri (I.09308) Observasi : 1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri 2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri 3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan Terapeutik : 1. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri Motivasi menerima tantangan atau hal baru 2. Diskusikan pernyataan tentang harga diri 3. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri 4. Diskusikan persepsi negatif 5. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang 6. Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas 7. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan 8. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri

1	2	3
	berbicara meningkat 13. Perilaku esertif 14. Kemampuan membuat keputusan meningkat 15. Perasaan malu menurun 16. Perasaan bersalah menurun 17. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun 18. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun	Edukasi : 1. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi 2. Anjurkan mengevaluasi perilaku 3. Latih pernyataan/kemampuan positif diri 4. Latih cara berpikir dan berperilaku positif 5. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi

Sumber : PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 2016

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Kegiatan dalam implementasi juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Perawat harus mengetahui alasan bentuk setiap intervensi, baik intervensi keperawatan maupun intervensi terapeutik, yaitu memahami respon fisiologis, psikologis normal dan abnormal, maupun mengidentifikasi kebutuhan dan pemulangan klien, serta mengenali aspek-aspek promotif kesehatan klien dan kebutuhan penyakitnya (Budiono, 2022)

Implementasi keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus

kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi ini harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan strategi implementasi keperawatan, dan juga kegiatan komunikasi (Budiono, 2022)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan di awal dengan kenyataan yang ada pada klien, kegiatan ini dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan berguna menentukan apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Anawati, 2022). Proses evaluasi yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien, seperti hal berikut :

- a. Evaluasi proses (Formatif) : evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai
- b. Evaluasi hasil (Sumatif) : evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, dan berorientasi pada masalah keperawatan yang menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan, rekapitulasi serta kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan

Komponen format yang sering digunakan pada evaluasi adalah format SOAP untuk memudahkan perawat mengevaluasi perkembangan klien

- 1) S (Subjektif) : data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh

pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan

- 2) O (objektif) : data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada pasien, dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan
- 3) A (analisis/ *assement*) : intepretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis adalah masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif sebelumnya
- 4) P (*Planning*) merupakan perencanaan keperawatan yang akan perawat lanjutkan, hentikan, modifikasi, atau tambahkan dari rencana sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan atau tidak memerlukan tindakan pada umumnya dihentikan (Budiono, 2022)

Evaluasi penting dilakukan untuk menilai status kesehatan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan menilai pencapaian tujuan jangka panjang maupun jangka pendek, dan memutuskan untuk meneruskan, memodifikasi, atau menghentikan asuhan keperawatan yang diberikan.

D. Konsep Terapi *Expressive Writing*

1. Definisi

Terapi *expressive writing* merupakan terapi menulis yang dikembangkan oleh James W. Pennebaker di akhir tahun 1980, yang dimana menulis merupakan cara yang efektif untuk menyalurkan perasaan dan pendapat yang apabila disimpan dapat berdampak negative bagi tubuh dan pikiran secara fisik dan mental. *expressive writing* dapat meningkatkan pemahaman diri dan harga diri

seorang, meningkatkan kreatifitas, menurunkan ketegangan serta meningkatkan kemampuan diri untuk mengatasi masalah dan fungsi adaptif individu (Yolanda, 2022). *Expressive writing* merupakan menulis mengenai suatu hal yang sangat emosional dan sebuah proses terapi dengan menggunakan metode menulis ekspresif untuk mengungkapkan pengalaman emosional dengan harapan melalui metode menulis, stres yang dialami tersebut akan berkurang sehingga dapat membantu memperbaiki kesehatan fisik dan menjernihkan pikiran, memperbaiki perilaku dan menstabilkan emosi (Yolanda et al., 2022)

Berdasarkan penjelasan diatas bahwa *expressive writing* merupakan salah satu metode menulis yang mana membantu dalam dalam mengatasi masalah tentang dirinya, dengan metode terapi *expressive writing* dapat menyebabkan keterbukaan diri dalam diri individu sendiri.

2. Manfaat Terapi *Expressive Writing*

Expressive writing dapat dijadikan sebagai media penyembuhan dan peningkatan kesehatan mental. Menurut Rohmah & Pratikto (2019b) manfaat *expressive writing* sebagai berikut :

- a. Meningkatkan pemahaman bagi diri sendiri maupun orang lain dalam bentuk tulisan dan literature lain
- b. Meningkatkan kreatifitas, ekspresi dan harga diri
- c. Memperkuat kemampuan komunikasi dan interpersonal
- d. Mengekspresikan emosi yang berlebihan (katarsis) yang menurunkan ketegangan
- e. Meningkatkan kemampuan individu dalam menghadapi masalah dan beradaptasi

Menurut Nisaa. (2022) mereka mampu mengungkapkan gagasan, pendapat, dan perasaan mereka kepada pihak lain melalui bahasa tulis, baik dalam bentuk percakapan, petunjuk, maupun cerita.

3. Tahap Pelaksanaan Terapi *Expressive Writing*

Tahapan Pelaksanaan menjalankan terapi *expressive writing*, diantaranya :

1) *Recognition / initial write*

Pada tahap pertama, dilakukan pemberian relaksasi sederhana agar konseli dapat berkonsentrasi dan lebih tenang. Selanjutnya konseli diberi tugas untuk menuliskan apa yang ada dalam pikirannya dengan bebas tanpa topic tertentu, boleh dalam bentuk kalimat, kata, paragraf, atau tulisan-tulisan lainnya. Tujuan pemberian tahapan ini agar membuka imajinasi, lebih berkonsentrasi, mengevaluasi suasana hati, mengurangi perasaan cemas serta lebih relaks dan siap untuk melanjutkan ke tahap menulis berikutnya (Sri Supriyantini, 2019).

2) *Examination / writing exercise*

Pada tahap ini proses menulis mulai dilakukan yang bertujuan untuk mengeksplorasi reaksi subjek terhadap suatu situasi tertentu. Cakupan topik menulis dapat diperluas menjadi peristiwa emosional yang lebih umum atau peristiwa spesifik yang dialami individu seperti saat diagnosa mengalami suatu penyakit kronis, kehilangan pekerjaan, atau masuk perguruan tinggi. Selain itu topik tidak hanya berkaitan dengan pengalaman masalah, akan tetapi juga situasi yang sedang dan akan dihadapi di masa mendatang (Rohmah & Pratikto, 2019b).

3) *Juxtaposition / feedback*

Tahapan ini merupakan sarana refleksi yang mendorong pemerolehan kesadaran baru dan menginspirasi perilaku, sikap, atau nilai yang baru, serta

membuat individu memperoleh pemahaman yang lebih dalam tentang dirinya. Tulisan yang sudah dibuat pasien dapat dibaca, direfleksikan, atau dapat juga dikembangkan, disempurnakan, dan didiskusikan dengan orang lain atau kelompok yang dapat dipercaya oleh pasien. Hal pokok yang digali pada tahap ini bagaimana perasaan penulis saat menyelesaikan tugas menulis atau saat membaca (Risna Amalia & Tatik Meiyuntariningsih, 2020).

4) *Aplication to the self*

Pada tahap terakhir ini, pasien didorong untuk mengaplikasikan pengetahuan barunya dalam dunia nyata atau masa yang sedang dijalani sekarang. Konselor atau terapis membantu pasien mengintegrasikan apa yang telah dipelajari selama sesi menulis dengan merefleksikan kembali apa yang mesti diubah atau diperbaiki dan aman yang perlu dipertahankan. Melakukan refleksi tentang manfaat menulis bagi pasien dan menanyakan apakah pasien mengalami ketidaknyamanan atau bantuan tambahan untuk mengatasi masalah sebagai akibat dari proses menulis yang mereka ikuti (Nisa, 2022).