

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi

1. Definisi Terapi Aktivitas kelompok Stimulasi Persepsi

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi merupakan terapi terhadap sekelompok orang dengan masalah keperawatan yang sama. Dalam kegiatan ini terjadi dinamika kelompok seperti dorongan untuk berinteraksi serta mendorong individu untuk tidak berperilaku maladaptif (Amalia, 2019). TAK stimulasi persepsi merupakan salah satu jenis terapi modalitas yang dalam pelaksanaannya menggunakan aktivitas dalam mempersepsikan stimulasi sesuai dengan pengalaman yang dialami untuk didiskusikan dalam kelompok sehingga menghasilkan alternatif penyelesaian masalah (Sepalanita & Khairani, 2019). Terapi ini mampu memotivasi klien untuk lebih terbuka dan sharing mengenai pengalaman-pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan (Widyawati & Dewi, 2022).

2. Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi

Menurut Keliat & Pawirowiyono (2014), tujuan umum TAK stimulasi persepsi adalah klien mampu menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulus kepadanya dan tujuan khususnya, yaitu :

- 1) Klien mampu mempersepsikan stimulus secara tepat.
- 2) Klien mampu menyelesaikan masalah yang timbul dari stimulus yang dialami.

3. Komponen Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi

Menurut Prabowo (2014) komponen kelompok dari terapi aktivitas kelompok terdiri dari delapan aspek

1) Struktur kelompok

Struktur kelompok menjelaskan batasan, komunikasi, proses pengambilan keputusan, dan hubungan otoritas dalam kelompok. Struktur kelompok menjaga stabilitas dan membantu pengaturan pola perilaku serta interaksi. Struktur dalam kelompok diatur dengan adanya pemimpin dan anggota, arah komunikasi dipandu oleh pemimpin, sedangkan keputusan diambil secara bersama.

2) Besar kelompok

Jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5 – 12 orang. Jumlah anggota kelompok kecil menurut Stuart dan Laraia adalah 7 – 10 orang, menurut Lancaster adalah 10 – 12 orang, dan menurut Rawlins, Williams, dan Beck adalah 5 – 10 orang.

3) Lamanya sesi

Menurut Stuart & Laraia, waktu optimal untuk satu sesi adalah 20-40 menit bagi kelompok yang baru (fungsi kelompok yang masih rendah) dan 60-120 menit bagi kelompok yang sudah kohesif (fungsi kelompok yang tinggi). Biasanya dimulai dengan pemanasan berupa orientasi, kemudian tahap kerja, dan finishing berupa terminasi. Banyaknya sesi bergantung pada tujuan kelompok, dapat satu atau dua kali per minggu; atau dapat direncanakan sesuai dengan kebutuhan.

4) Komunikasi

Salah satu tugas pemimpin yang terpenting adalah mengobservasi dan menganalisis pola komunikasi dalam kelompok. Pemimpin menggunakan umpan balik untuk memberi kesadaran kepada anggota kelompok terhadap dinamika yang terjadi. Pemimpin kelompok dapat mengkaji hambatan dalam kelompok, konflik interpersonal, tingkat kompetisi, dan seberapa jauh anggota kelompok mengerti serta melaksanakan kegiatan yang dilaksanakan.

5) Peran kelompok

Pemimpin perlu mengobservasi peran yang terjadi dalam kelompok. Ada tiga peran dan fungsi kelompok yang ditampilkan anggota kelompok dalam kerja kelompok, yaitu maintenance roles, task roles, dan individual roles. Maintenance roles, yaitu peran serta aktif dalam mempertahankan proses kelompok dan fungsi kelompok. Task roles berfokus pada penyelesaian tugas. Individual roles adalah peran yang ditampilkan anggota kelompok secara khas (self-centered) dan kemungkinan terjadinya distraksi pada kelompok.

6) Kekuatan kelompok

Kekuatan (power) adalah kemampuan anggota kelompok dalam memengaruhi jalannya kegiatan kelompok. Untuk menetapkan kekuatan anggota kelompok yang bervariasi, diperlukan kajian siapa yang paling banyak mendengar dan siapa yang membuat keputusan dalam kelompok.

7) Norma kelompok

Norma adalah standar perilaku yang ada dalam kelompok. Pengharapan terhadap perilaku kelompok pada masa yang akan datang dibuat berdasarkan pengalaman masa lalu dan saat ini. Pemahaman tentang norma kelompok berguna

untuk mengetahui pengaruhnya terhadap komunikasi dan interaksi dalam kelompok. Kesesuaian perilaku anggota kelompok dengan norma kelompok, penting dalam menerima anggota kelompok. Anggota kelompok yang tidak mengikuti norma dianggap pemberontak dan ditolak oleh anggota kelompok lain.

8) Kekohesifan

Kekohesifan adalah kekuatan anggota kelompok bekerja sama dalam mencapai tujuan. Hal ini memengaruhi anggota kelompok untuk tetap bertahan dalam kelompok. Apa yang membuat anggota kelompok tertarik dan puas terhadap kelompok perlu diidentifikasi agar keberlangsungan (*continuity*) kehidupan kelompok dapat dipertahankan.

B. Konsep Dasar Harga Diri Rendah

1. Definisi Harga Diri Rendah

Menurut Stuart dan Sundeen (2016) harga diri rendah adalah menolak dirinya sebagai sesuatu yang berharga dan tidak dapat bertanggung jawab pada kehidupannya sendiri. Individu dengan harga diri rendah memandang diri mereka sendiri sebagai seseorang yang tidak kompeten, tidak aman dan tidak layak .

Harga diri rendah kronik merupakan evaluasi diri negatif yang berkepanjangan/ perasaan tentang diri atau kemampuan diri Harga diri rendah yang berkepanjangan termasuk kondisi tidak sehat mental karena dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan lain, terutama kesehatan jiwa. (Tati et al., 2020)

Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah dikarenakan penilaian internal maupun penilaian eksternal yang negatif. Penilaian internal merupakan penilaian dari individu itu sendiri, sedangkan penilaian

eksternal merupakan penilaian dari luar diri individu (seperti orang tua, teman saudara dan lingkungan) yang sangat mempengaruhi penilaian individu terhadap dirinya.

2. Etiologi Harga Diri Rendah

Menurut Stuart dan Sundeen (1998), penyebab harga diri rendah dibedakan menjadi dua, yaitu factor predisposisi dan stressor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

1. Faktor biologis

Faktor biologis yang ditimbulkan kepada klien dengan masalah gangguan harga diri rendah kronis adalah akibat dari kondisi fisik yang mengubah kerja hormon.

2. Faktor psikologis

Dari segi kondisi faktor pada psikologia harga diri rendah dapat dinilai dari kemampuan yang dimiliki dan pola asuh yang dilakukan seseorang dalam melakukan peran dan fungsinya. Hal yang dapat menyebabkan harga diri rendah kronis yaitu harapan orang terdekat, tekanan dari lingkungan pertemanan.

3. Faktor sosial

Dari segi factor sosial dapat dipengaruhi dari beberapa hal diantaranya status oekonomian, sosial kultur yang terus berubah, lingkungan sekitar.

b. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart dan Sundeen (1998), konsep diri dapat disebabkan dari luar dan dari dalam. Dimana situasi yang dapat dihadapi individu tidak mampu menyesuaikan stressor yang mempengaruhi gambaran diri

1. Trauma

Trauma yang ditimbulkan dapat disebabkan oleh penganiayaan secara seksual atau psikologis serta melihat peristiwa yang mengancam nyawa yang dialami pada masa lalu.

2. Ketegangan peran

Ketegangan peran dapat terjadi jika peran yang diharapkan atau posisi yang diinginkan tidak sesuai sehingga mengalami frustrasi.

3. Faktor perilaku

Faktor perilaku berhubungan dengan harga diri rendah seperti, selalu menghindari orang lain, mengomentari diri sendiri, berjalan yang selalu menunduk, berbicara dengan suara yang kecil, dan kurangnya kontak mata

Menurut PPNI (2018), penyebab harga diri rendah situasional adalah sebagai berikut:

- a. Perubahan pada citra tubuh
- b. Perubahan peran sosial
- c. Ketidakadekuatan pemahaman
- d. Perilaku tidak konsisten dengan nilai
- e. Kegagalan hidup berulang
- f. Riwayat kehilangan
- g. Riwayat penolakan

Menurut PPNI (2018), penyebab harga diri rendah kronis adalah :

- a. Terpapar situasi traumatis
- b. Kegagalan berulang
- c. Kurang pengakuan dari orang lain

- d. Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan
- e. Gangguan psikiatri
- f. Penguatan negative berulang
- g. Ketidaksesuaian budaya

3. Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) tanda dan gejala harga diri rendah yaitu :

Tabel 1
Tanda dan gejala harga diri rendah

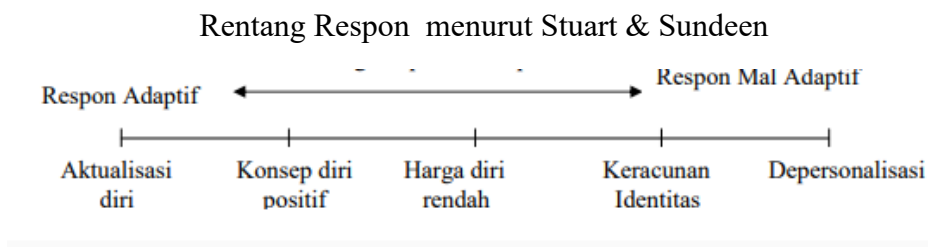
Harga Diri Rendah Kronis	
Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
<ul style="list-style-type: none"> 1. Menilai diri negative (mis tidak berguna, tidak tertolong) 2. Merasa malu/bersalah 3. Merasa tidak mampu melakukan apapun 4. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah 5. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif 6. Melebih lebihkan penilaian negative tentang diri sendiri 7. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Enggan mencoba hal baru 2. Berjalan menunduk 3. Postur tubuh menunduk
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
<ul style="list-style-type: none"> 1. Merasa sulit berkonsentrasi 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kontak mata kurang

2. Sulit tidur	2. Lesu dan tidak bergairah
3. Mengungkapkan keputusan	3. Berbicara pelan dan lirih
	4. Pasif
	5. Perilaku tidak asertif
	6. Mencari penguatan secara berlebihan
	7. Bergantung pada pendapat orang lain
	8. Sulit membuat keputusan

Sumber : (PPNI, SDKI, 2017)

4. Rentang Respon

Gambar 1



Keterangan:

- b. Respon adaptif adalah respon yang dihadapi klien bila klien menghadapi suatu masalah dapat menyelesaikannya secara baik antara lain :
 - 1) Aktualisasi diri Kesadaran akan diri berdasarkan konsep diri termasuk persepsi masalah akan diri dan perasaannya.
 - 2) Konsep diri positif Menunjukkan individu akan sukses dalam menghadapi masalah.
- c. Respon mal adaptif adalah respon individu dalam menghadapi masalah dimana individu tidak mampu memecahkan masalah tersebut. Respon maladaptif gangguan konsep diri antara lain:
 - 1) Gangguan harga diri

Transisi antara respon konsep diri positif dan mal adaptif.

2) Kekacauan identitas

Identitas diri kacau atau tidak jelas sehingga tidak memberikan kehidupan dalam mencapai tujuan.

3) Depersonalisasi (Tidak mengenal diri)

Tidak mengenal diri yaitu mempunyai kepribadian yang kurang sehat, tidak mampu berhubungan dengan orang lain (Moni Kuntari & Sri Nyumirah, 2020).

5. Klasifikasi Harga Diri Rendah

Gangguan harga diri rendah berdasarkan terjadinya dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu :

a. Harga Diri Rendah Situasional

Gangguan harga diri rendah situasional yaitu terjadinya trauma yang tiba tiba seperti harus operasi, kecelakaan, putus sekolah, bercerai, putus hubungan kerja, perasaan malu karena kejadian seperti pemerkosaan. Pada klien yang dirawat dapat terjadi harga diri rendah karena :

- 1) Privasi yang kurang diperhatikan, misalnya pemeriksaan fisik yang sembarangan, pemasangan alat yang tidak sopan (pencukuran rambut pubis, pemasangan kateter, dan pemeriksaan parineal).
- 2) Harapan akan struktur, bentuk, dan fungsi tubuh yang tidak dicapai karena dirawat atau sakit.
- 3) Perlakuan petugas kesehatan yang tidak menghargai, misalnya berbagai pemeriksaan yang dilakukan tidak jelas.

b. Harga Diri Rendah Kronik

Gangguan harga diri rendah kronik yaitu perasaan negatif terhadap diri yang telah berlangsung lama yaitu sebelum sakit atau dirawat, klien mempunyai cara

berfikir negatif, kejadian sakit dan dirawat yang akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya.

6. Penatalaksanaan Harga Diri Rendah

Penatalaksanaan keperawatan pasien dengan masalah harga diri rendah menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI pada label “Promosi harga Diri” adalah sebagai berikut

a. 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

b. Terapeutik

- 1) Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri
- 2) Motivasi menerima tantangan atau hal baru
- 3) Diskusikan pernyataan tentang harga diri
- 4) Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri
- 5) Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri
- 6) Diskusikan persepsi negatif diri
- 7) Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah
- 8) Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi
- 9) Diskusikan Bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan Batasan yang jelas
- 10) Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan
- 11) Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri

c. Edukasi

- 1) Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien
- 2) Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki
- 3) Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain
- 4) Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif
- 5) Anjurkan mengevaluasi perilaku
- 6) Ajarkan cara mengatasi bullying
- 7) Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri
- 8) Latih pernyataan/kemampuan positif diri
- 9) Latih cara berfikir dan berperilaku positif
- 10) Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi

C. Konsep dasar Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Menurut Stuart (2016), Skizofrenia adalah penyakit otak neurobiologis yang berat dan terusmenerus mengakibatkan perilaku konkrit dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal serta memecahkan masalah. Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Pardede, 2019). Dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah sekelompok gangguan yang mempengaruhi kepribadian, proses pikiran, dan afek yang tidak sesuai (Fitrikasari & Kartikasari, 2022)

2. Etiologi Skizofrenia

Menurut Videback (2020), menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu :

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia .

b) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. Computerized Tomography (CT Scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak, menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia (Videbeck, 2008). Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas

metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada massa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2) Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

3) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak

memadahi, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut :

1) Biologis Stressor

Biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran

3) Pemicu Gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

3. Patofisiologi Skizofrenia

Gejala awal biasanya mulai tampak pada masa remaja lalu dalam beberapa hari sampai bulan berkembang menjadi gejalagejala prodromal, dipicu oleh perubahan sosial atau lingkungan tertentu (masuk perguruan tinggi, kematian saudara, penggunaan zat psikoaktif, dll). Sekitar satu tahun atau lebih, baru terjadi awitan gejala-gejala psikotik yang jelas, perjalanan penyakit skizofrenia ditandai

oleh remisi dan eksaserbasi. Setelah episode pertama, penderita secara bertahap membaik, dapat berfungsi kembali secara relatif normal bertahun-tahun, kemudian biasanya akan terjadi kekambuhan, pola perjalanan penyakit dalam 5 tahun pertama setelah didiagnosis menggambarkan perjalanan penyakit selanjutnya, deteriorasi terus berlanjut setiap kali terjadi kekambuhan. Kegagalan kembali ke kondisi awal kemampuan fungsional ini yang membedakan skizofrenia dari gangguan mood, kadang-kadang depresi pasca psikotik terjadi setelah suatu episode psikotik dan seumur hidup penderita rentan terhadap stres, gejala positif biasanya menjadi lebih ringan dengan berjalannya waktu, tetapi gejala negatif akan bertambah berat, sepertiga penderita skizofrenia dapat menjalani kehidupan yang marginal, sebagian besar hidup tanpa tujuan, tidak punya kegiatan, sering dirawat di rumah sakit, dan di daerah urban biasanya hidup menggelandang dan miskin. (Fitrikasari & Kartikasari, 2022)

4. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia menurut Keliat (2016) adalah sebagai berikut :

a. Gejala Positif

1) Waham

Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).

2) Halusinasi

Gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan).

3) Perubahan Arus Pikir

- 4) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
- 5) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
- 6) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
- 7) Perubahan Perilaku
 - b. Gejala Negatif
 - a) Hiperaktif
 - b) Agitasi
 - c) Iritabilitas

5. Klasifikasi Skizofrenia

Sutejo (2018) menyatakan terdapat 7 klasifikasi skizofrenia diantaranya adalah

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia ini merupakan subtype yang paling utama dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham 7 kebesarannya dimana individu dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya

b. Skizofrenia tipe disorganisasi atau hebefrenik

Tidak bertanggungjawab 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 inkohoren

c. Skizofrenia 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

d. Skizofrenia tak terinci

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

e. Depresi pasca skizofrenia

Gejala-gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk suatu episode depresif dan telah ada paling sedikit 2 minggu

f. Skizofrenia residual

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

g. Skizofrenia simpleks

Gejala utama adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Kurang memperhatikan keluarga atau menarik diri, waham dan halusinasi jarang terjadi serta timbulnya perlahan-lahan.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Harga Diri Rendah

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data – data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah – masalah, kebutuhan Kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Tujuan pengkajian adalah

mengumpulkan, mengorganisasikan, dan mencatat data – data yang menjelaskan respon tubuh manusia yang diakibatkan oleh masalah Kesehatan. Pencatatan pengkajian keperawatan bertujuan mengidentifikasi kebutuhan unik klien dan respon klien terhadap masalah/diagnosis keperawatan yang akan mempengaruhi layanan keperawatan yang akan diberikan (Hardinata & Abdillah, 2022).

a. Identitas

b. Keluhan utama

Keluhan utama biasanya yang menyebabkan mengapa pasien harus dirawat di rumah sakit seperti ketidakmampuan pasien dalam mengontrol emosi.

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi ini biasanya berkaitan dengan etiologi dari skizofrenia.

d. Psikososial

2) Genogram Apabila dalam satu keluarga ada yang mengidap skizofrenia, ada kemungkinan anaknya 7-16% skizofrenia, apabila keduanya menderita 40-68%, pada saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8%, dan pada saudara kembar 2-15%, serta saudara kandung 7- 15%.

3) Konsep diri Kurangnya kontrol emosi pada pasien mempengaruhi pada konsep diri pasien.

4) Hubungan sosial Pasien skizofrenia cenderung berperilaku menarik diri dari orang lain, lebih senang melamun dan menyendiri, sedikit bicara dan sedikit makna.

5) Spiritual Kemauan untuk melakukan aktivitas spiritual sesuai keyakinan biasanya menurun bahkan tidak pernah melakukan kegiatan beribadah.

6) Status mental

Status mental terdiri dari:

a. Penampilan diri

Pasien dengan skizofrenia biasanya terlihat lesu, penampilan tidak terawat, kotor, rambut acak-acakan. Hal tersebut timbul karena kemauan pasien merawat diri menurun.

b. Pembicaraan

Cenderung akan terjadi pembicaraan satu arah, pasien bersikap apatis dengan lawan bicara.

c. Aktivitas motorik

Pasien cenderung tidak memiliki ambisi atau gairah saat melakukan aktivitas, lebih sering tampak diam seperti setengah sadar.

d. Emosi

Pasien cenderung memiliki emosi yang dangkal.

e. Afek

Pasien biasanya cenderung memiliki afek datar.

f. Interaksi selama wawancara & Pasien cenderung tidak kooperatif, kontak mata tidak fokus terhadap lawan bicara, dan ingin segera mengakhiri wawancara.

g. Persepsi

Pada pasien skizofrenia biasanya mengalami halusinasi dan waham

h. Proses berpikir

Pasien cenderung memiliki proses berpikir flight of idea.

i. Kesadaran

j. Memori

Pasien cenderung hanya mengingat satu topik dan akan terus mengingat dan membicarakan itu saja.

k. Kemampuan penilaian

Pasien cenderung tidak mampu mengambil keputusan tepat, karena proses berpikir yang tidak terarah.

l. Tilik diri Tidak ada yang khas

m. Kebutuhan sehari-hari

Terjadi penurunan keinginan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, minum, merawat diri

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang langsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017). Pada kasus ini peneliti mengangkat diagnosis keperawatan harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan citra tubuh, gangguan ideal diri ditandai dengan menilai diri tidak berguna, merasa malu, merasa tidak mampu melakukan apapun, merasa tidak memiliki kelebihan, melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri, enggan mencoba hal baru, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk

3. Rencana Keperawatan

Rencana keprawatan merupakan langkah ketiga dari proses keperawatan, rencana keperawatan menjadi tolak ukur yang digunakan sebagai panduan dalam

Menyusun rencana keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis pada pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan, dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal di antaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada pasien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak – hak pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien (Anggraini & Leniwita, 2020). Berdasarkan rencana keperawatan, maka implementasi yang dilakukan yaitu pemberian terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi sesi 2 : melatih hal positif diri.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Hidayat (2021), Evaluasi merupakan Tindakan terakhir dari proses keprawatan untuk mengukur respon klien terhadap Tindakan yang dilakukan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Secara singkat dapat dikatakan bahwa evaluasi adalah penilaian dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk mengetahui tujuan tercapai atau tidak, jika tidak tercapai maka diperlukan revisi dan pengulangan pada rencana. Evaluasi keperawatan di dokumentasikan melalui SOAP

- S (*subjektif*) : Perawat menemukan keluhan yang dirasakan pasien setelah Tindakan yang sudah dilakukan
- O (*Objektif*) : Adalah data yang berdasarkan observasi perawat

secara langsung pada pasien, setelah Tindakan yang dilakukan

- A (*Assesment*) : Adalah Interpretasi dari Subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan yang sudah ditetapkan tercapai
- P (*Planning*) : merupakan rencana Tindakan sesuai analisi yang dilakukan, perawat akan menghentikan rencana jika sudah tercapai dan memodifikasi jika ada tujuan yang belum tercapai