

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Harga Diri Rendah

a. Pengertian

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu (Stuart dan Sudeen, 1998). Hal ini termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek, tujuan serta keinginannya. Sedangkan menurut Beck, William dan Rawlin (1986) menyatakan bahwa konsep diri adalah cara individu memandang dirinya secara utuh, baik fisik, emosional intelektual, sosial dan spiritual.

Gangguan konsep diri itu sendiri ada dua macam yaitu gangguan harga diri rendah situasional dan gangguan harga diri rendah kronis (Carpenito, 2002). Yang dimaksud dengan harga diri rendah situasional adalah perasaan diri/evaluasi diri negatif yang berkembang sebagai respon terhadap hilangnya atau berubahnya perawatan diri seseorang yang sebelumnya mempunyai evaluasi diri positif. (Wilkinson, 2007). Sedangkan yang dimaksud dengan harga diri rendah kronis adalah evaluasi diri dan perasaan tentang diri atau

kemampuan diri yang negative yang secara langsung maupun tidak langsung diekspresikan (Townsend, 1998).

Menurut Keliat (1999) gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, termasuk hilangnya harga diri dan percaya diri, merasa gagal mencapai suatu keinginan. Dan menurut Carpenito (2002) harga diri rendah kronis adalah suatu keadaan di mana individu mengalami atau beresiko mengalami kondisi perubahan perasaan, pikiran, atau pandangan diri sendiri yang negatif. Gangguan konsep diri: harga diri rendah semua ide, pikiran, kepercayaan, pendidikan, diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart & Laraia, 2005).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi harga diri rendah

Menurut Stuart & Laraia (2005), faktor yang mempengaruhi harga diri rendah kronis dipengaruhi oleh beberapa faktor predisposisi antara lain faktor biologis, psikologis, sosial, dan kultural. Faktor biologis biasanya karena adanya sakit fisik yang dapat mempengaruhi kerja hormon secara umum yang dapat pula berdampak pada keseimbangan neurotransmitter di otak. Kadar serotonin yang menurun dapat mengakibatkan depresi dan pada pasien depresi kecenderungan harga diri rendah kronis semakin besar karena klien lebih dikuasai oleh pikiran-pikiran negatif dan tidak berdaya.

Berdasarkan faktor psikologis, harga diri rendah kronis sangat berhubungan dengan pola asuh dan kemampuan individu menjalankan peran dan fungsi. Hal-hal yang dapat mengakibatkan individu mengalami harga diri rendah kronis meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, orang tua yang tidak percaya pada anak, tekanan teman sebaya, peran yang tidak sesuai dengan jenis kelamin dan peran dalam pekerjaan

Secara sosial status ekonomi sangat mempengaruhi proses terjadinya harga diri rendah kronis, antara lain kemiskinan, tempat tinggal di daerah kumuh dan rawan, kultur sosial yang berubah misal ukuran keberhasilan individu.

Faktor kultural dapat berupa tuntutan peran sesuai kebudayaan yang sering meningkatkan kejadian harga diri rendah kronis antara lain wanita sudah harus menikah jika umur mencapai duapuluhan, perubahan kultur kearah gaya hidup individualisme.

Struktur otak yang mungkin mengalami gangguan pada kasus harga diri rendah kronis adalah:

- 1) *System Limbic* yaitu pusat emosi, dilihat dari emosi pada klien dengan harga diri rendah yang kadang berubah seperti sedih, dan terus merasa tidak berguna atau gagal terus menerus.
- 2) *Hipothalamus* yang juga mengatur mood dan motivasi, karena melihat kondisi klien dengan harga diri rendah yang membutuhkan lebih banyak motivasi dan dukungan dari perawat dalam

melaksanakan tindakan yang sudah dijadwalkan bersama-sama dengan perawat padahal klien mengatakan bahwa membutuhkan latihan yang telah dijadwalkan tersebut.

- 3) *Thalamus*, sistem pintu gerbang atau menyaring fungsi untuk mengatur arus informasi sensori yang berhubungan dengan perasaan untuk mencegah berlebihan di korteks. Kemungkinan pada klien dengan harga diri rendah apabila ada kerusakan pada thalamus ini maka arus informasi sensori yang masuk tidak dapat dicegah atau dipilah sehingga menjadi berlebihan yang mengakibatkan perasaan negatif yang ada selalu mendominasi pikiran dari klien.

- 4) *Amigdala* yang berfungsi untuk emosi.

Menurut Kaplan (1997), alat untuk mengetahui gangguan struktur otak yang dapat digunakan adalah:

- 1) *Electroencephalogram (EEG)*, suatu pemeriksaan yang bertujuan memberikan informasi penting tentang kerja dan fungsi otak.
- 2) *CT Scan*, Untuk mendapatkan gambaran otak tiga dimensi
- 3) *Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)*, Melihat wilayah otak dan tanda-tanda abnormalitas pada otak dan menggambarkan perubahan-perubahan aliran darah yang terjadi.
- 4) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, Suatu tehnik radiologi dengan menggunakan magnet, gelombang radio dan komputer untuk mendapatkan gambaran struktur tubuh atau otak dan dapat

mendeteksi perubahan yang kecil sekalipun dalam struktur tubuh atau otak. Beberapa prosedur menggunakan kontras gadolinium untuk meningkatkan akurasi gambar

Selain gangguan pada struktur otak, apabila dilakukan pemeriksaan lebih lanjut dengan alat-alat tertentu kemungkinan akan ditemukan ketidakseimbangan neurotransmitter di otak seperti:

- 1) *Acetylcholine (ACh)*, untuk pengaturan atensi dan mood, mengalami penurunan.
- 2) *Norepinephrine*, mengatur fungsi kesiagaan, pusat perhatian dan orientasi; mengatur “*fight-flight*” dan proses pembelajaran dan memori, mengalami penurunan yang mengakibatkan kelemahan dan depresi.
- 3) *Serotonin*, mengatur status *mood*, mengalami penurunan yang mengakibatkan klien lebih dikuasai oleh pikiran-pikiran negatif dan tidak berdaya.
- 4) *Glutamat*, mengalami penurunan, terlihat dari kondisi klien yang kurang energi, selalu terlihat mengantuk. Selain itu berdasarkan diagnosa medis klien yaitu skizofrenia yang sering mengindikasikan adanya penurunan glutamat.

c. Tanda Dan Gejala harga diri rendah

Menurut Stuart & Sundden (1998) perilaku klien HDR ditunjukkan tanda-tanda sebagai berikut: produktivitas menurun, destructif pada orang lain, gangguan dalam berhubungan, perasaan

tidak mampu, rasa bersalah, mudah tersinggung atau marah yang berlebihan, perasaan negatif terhadap tubuhnya sendiri, ketegangan peran yang dihadapi atau dirasakan, pandangan hidup yang pesimis, keluhan fisik, pandangan hidup yang bertentangan, penolakan terhadap kemampuan personal, destruktif terhadap diri sendiri, menolak diri secara sosial, penyalahgunaan obat, menarik diri dan realitas, khawatir.

d. Penatalaksanaan Harga Diri Rendah

Menurut Iyus (2007) penatalaksanaan harga diri rendah dapat dilakukan dengan terapi modalitas antara lain terapi individu, terapi keluarga, kelompok, lingkungan, komplementer dan terapi somatoterapi. Adapun beberapa terapi tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Terapi Somatoterapi: Farmakologi dan *Electro Convulsive Therapy (ECT)*

Pemberian terapi medis pada kasus harga diri rendah tidak digolongkan sendiri dan lebih mengarah kepada pemberian obat golongan antidepresan, karena fungsi dari obat anti depresan adalah memblok pengambilan kembali neurotransmitter norepineprin dan serotonin, meningkatkan konsentrasinya pada sinaps dan mengkoreksi defisit yang diperkirakan menyebabkan alam perasaan melankolis. Hal ini sesuai dengan masalah neurotransmitter yang dihadapi oleh klien dengan harga diri rendah

yaitu adanya penurunan neurotransmitter seperti serotonin, norepineprin.

Terdapat banyak jenis antidepresan tetapi pada kasus harga diri rendah kali ini pemberian obat yang dapat diberikan lebih banyak dalam jenis *Tricyclic Anti Depresan (TCA)* : Amitriptiline, Imipramine, desipramine, notriptilin, sesuai dengan fungsi dari obatnya yaitu untuk meningkatkan *reuptake* serotonin dan norepinefrin sehingga meningkatkan motivasi klien dan sesuai dengan indikasinya yaitu pengobatan yang diberikan pada klien dengan depresi tetapi juga mengalami skizofrenia sehingga mempunyai efek pengobatan yang saling meningkatkan (Kaplan & Sadock, 1997).

Electro Convulsive Therapy atau biasa disebut shock therapy adalah pengobatan medis yang modern dengan cara memberikan rangsangan pada otak dengan pulsa tertentu secara elektrik. Terapi ini biasa digunakan untuk penyakit-penyakit tertentu yang berhubungan dengan mental atau gejala emosional. Pada pengobatan ini, pasien tertidur di bawah anesthesia umum, diberi obat penenang dan oksigen, kemudian pasien diberi rangsangan singkat secara elektrik pada bagian kulit kepala. Yang menghasilkan aktivitas sel syaraf melepaskan kimia-kimia yang membuat kegelisahan di dalam otak dan membantu memulihkan kembali fungsinya secara normal.

Electro Convulsive Therapy hampir menyerupai alat pacu jantung, suatu prosedur medis secara umum di mana jantung dirangsang secara elektrik dalam rangka mengembalikan atau memulihkan kembali fungsi normal nya, hanya saja ECT menggunakan energi listrik yang jumlahnya jauh lebih kecil dibanding alat pacu jantung (Kaplan & Sadock, 1997).

2) Terapi Supportif

Terapi suportif dimaksudkan untuk memberikan dorongan, semangat dan motivasi agar penderita tidak merasa putus asa dan semangat juangnya. Jenis terapi suportif diantaranya adalah terapi kognitif yang berorientasi terhadap masalah sekarang dan pemecahannya (Kaplan, 1997).

3) Terapi Manipulasi Lingkungan

Terapi/pengobatan merupakan cara proses penyembuhan suatu gangguan yang disebabkan oleh sumber-sumber gangguan. Sumber-sumber yang bersifat terapeutik (dapat memberikan penyembuhan) dapat berupa orang-orang lingkungan/benda-benda dan kegiatan-kegiatan yang membawa ke arah penyembuhan. Lingkungan merupakan kondisi dimana berpengaruh besar terhadap proses penyembuhan terutama pasien dengan gangguan jiwa (Iyus, 2007).

Terapi lingkungan adalah suatu tindakan penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa melalui manipulasi unsur yang ada di

lingkungan dan berpengaruh terhadap proses penyembuhan. Konsep-konsep tentang terapi lingkungan berasal dari konsep-konsep "*The Therapeutic community*" yang diperkenalkan oleh Maxwell Jones yang digunakan dalam lingkungan rumah sakit. Terapi lingkungan (*milieu therapy*) adalah perencanaan ilmiah dari lingkungan untuk tujuan yang bersifat terapeutik (mendukung kesembuhan). Pengertian lainnya adalah tindakan penyembuhan pasien melalui manipulasi dan modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan dan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu serta mendukung proses penyembuhan.

Lingkungan fisik dan psikologis merupakan suatu kondisi yang memiliki pengaruh besar terhadap proses penyembuhan terutama pasien dengan gangguan mental. Terapi lingkungan adalah suatu tindakan penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa melalui manipulasi unsur yang ada di lingkungan dan terpengaruh terhadap proses penyembuhan.

Tujuan terapi Lingkungan adalah membantu individu untuk mengembangkan rasa harga diri, mengemban, kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, membantu belajar mempercayai orang lain, dan mempersiapkan diri untuk kembali kemasyarakat. Meningkatkan pengalaman positif pasien khususnya yang mengalami gangguan mental, dengan cara membantu individu dalam mengembangkan harga meningkatkan kemampuan untuk

berhubungan dengan orang lain, menumbulkan sikap percaya pada orang lain, mempersiapkan diri kembali ke masyarakat mencapai perubahan kesehatan yang positif (Iyus, 2007).

e. Skala Harga Diri menurut *Nursing Outcomes Classification* (NOC)

Penilaian harga diri dapat menggunakan kuesioner *self-esteem* menurut *Nursing Outcomes Classification* (NOC) yang terdiri dari 20 pertanyaan. Setiap pertanyaan diberikan pilihan jawaban dengan menggunakan skala Likert yaitu tidak pernah diberi skor 1, jarang diberi skor 2, kadang-kadang diberi skor 3, sering diberi skor 4 dan selalu diberi skor 5. Kuesioner terdiri dari pertanyaan tentang:

- a. Menerima keadaan diri dengan baik
- b. Menerima keterbatasan yang dimiliki
- c. Terbiasa duduk atau berdiri dengan tegap
- d. Menatap mata lawan bicara
- e. Perasaan bangga terhadap diri
- f. Peduli dengan orang lain
- g. Berkomunikasi terbuka
- h. Melakukan aktivitas sehari-hari dengan baik
- i. Memelihara diri/kebersihan
- j. Seimbang dalam partisipasi dan mendengar
- k. Percaya diri sendiri
- l. Menerima perbedaan pendapat orang lain
- m. Menerima respon orang lain

- n. Menerima kritik yang membangun
- o. Kemauan untuk menghadapi orang lain
- p. Memiliki keinginan untuk sukses dalam sekolah atau lainnya
- q. Memiliki keinginan untuk dapat bergaul dengan baik
- r. Bangga dengan diri sendiri
- s. Memiliki perasaan terhadap nilai diri sendiri yang baik
- t. Ingin menjadi lebih baik di masa depan



2. Terapi Kognitif

a. Pengertian

Menurut Kaplan (1997) terapi kognitif adalah terapi terstruktur jangka pendek yang menggunakan kerja sama aktif antara pasien dan ahli terapi untuk mencapai tujuan terapik. Terapi ini berorientasi terhadap masalah sekarang dan pemecahannya. Terapi biasanya dilakukan atas dasar individual, walaupun metode kelompok juga digunakan . bersama-sama obat. Terapi kognitif telah diterapkan terutama untuk gangguan depresi (dengan atau tanpa gagasan bunuh diri), terapi ini juga telah digunakan pada kondisi lain, seperti gangguan panik, gangguan obsesif-kompulsif, dan gangguan kepribadian paranoid dan gangguan somatoform. Terapi depresi dapat berperan sebagai paradigma pendekatan kognitif.

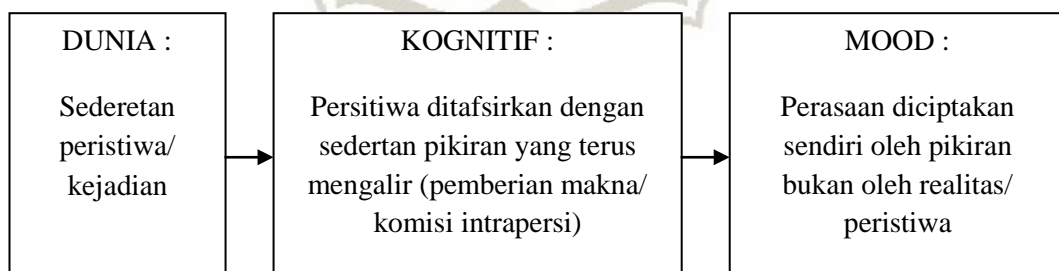
Terapi kognitif merupakan suatu perawatan psikologis yang dirancang untuk melatih pasien mengidentifikasi dan mengoreksi pikiran-pikiran negatif, sehingga pikiran/perasaan negatif tersebut dapat ditekan. Terapi kognitif akan lebih efektif dari obat anti depresan pada perawatan awal untuk depresi berat sampai depresi sedang. Terapi derajat efektifitasnya tergantung dari keahlian dan pengalaman dari terapis. Terapi kognitif menjadi intervensi yang manjur yang bias digunakan untuk orang yang berisiko tinggi menderita penyakit kejiwaan (Morrison, 2004).

b. Tujuan Terapi Kognitif

- 1) Langsung: memperbaiki (menghentikan, mengganti/mengubah) proses pikir.
- 2) Tidak langsung: mengurangi sampai dengan meninggalkan pikiran yang menyimpang, meningkatkan perilaku yang produktif, dan meningkatkan kepuasan serta penerimaan diri (Ade, 2007).

c. Indikasi terapi kognitif

Menurut Ade, (2007) menjelaskan bahwa terapi kognitif diberikan pada klien yang mengalami distorsi pikir/ kognitif, mengkritik diri sendiri, penurunan produktifitas, perasaan tidak mampu, rasa bersalah, perasaan negative mengenai tubuhnya, pandangan hidup yang bertentangan, menarik diri, ketegangan peran serta mendeskripsikan perjalanan munculnya distorsi kognitif secara skematis sebagai berikut:



Gambar 2.1 : Perjalanan distorsi

Para ahli terapi kognitif percaya bahwa respon maladaptif berasal dari distorsi (penyimpangan kognitif). Macam-macam distorsi kognitif yaitu:

- 1) Pikiran “semua atau tidak sama sekali”: melihat sesuatu itu adalah hitam putih. Kalau bukan dia lebih baik tidak selamanya (Ade, 2007).
- 2) *Over Generalization*: seseorang memandang suatu peristiwa yang negative sebagai suatu pola kekalahan tanpa akhir (Prawitasari, 2002).
- 3) Filter mental : pola kognitif yang distorsi dengan bentuk, pada diri seseorang menemukan hal yang kecil negatif, tetapi hal itu cukup untuk menutupi realitas yang ada sehingga menjadi gelap (Ade, 2007).
- 4) Mediskualifikasi yang positif, seseorang menolak pengalaman-pengalaman positif dengan bersikeras bahwa semua itu bukan apa apa. Dengan cara ini anda dapat mempertahankan suatu keyakinan negative yang bertentangan dengan pengalaman sehari-hari
- 5) Loncatan kesimpulan : membuat sebuah penafsiran negative walaupun tidak ada fakta yang jelas mendukung kesimpulan penafsiran tersebut. Definisi ini mencakup dua distorsi kognitif :
 - a) Membaca pikiran dengan sewenang-wenang menyimpulkan bahwa seseorang sedang beraksi negative terhadap diri sendiri, dan tidak ada usaha untuk mengecek kesimpulan
 - b) Kesalahan peramal: mengharapkan segala sesuatu akan berubah menjadi sangat buruk, dan merasa yakin bahwa ramalan yang dibuat sudah merupakan fakta yang pasti

- 6) Pembesaran atau pengecilan ; melebih-lebihkan pentingnya suatu hal (missal : kesalahan diri sendiri atau kesuksesan orang lain) atau dengan tidak tepat mengerutkan segala sesuatu sehingga menjadi sangat kecil (sifat diri sendiri yang baik atau cacat orang lain) ini disebut permainan teropong (Prawitasari, 2002).
- 7) Penalaran emosional : menganggap bahwa munculnya perasaan-perasaan tertentu yang negative adalah cermin bagaimana realitas akan menjadi nyata (Ade, 2007).
- 8) Pernyataan harus : seseorang mencoba menggerakkan diri sendiri dengan “harus” atau “seharusnya tidak” seolah-olah harus dicambuk atau dihukum sebelum dapat diharapkan melakukan apapun. Perkataan “mestinya” juga menyerang diri sendiri. Konsekuensi emosionalnya adalah rasa bersalah. Bila mengatakan “harus” kepada orang lain, maka dalam dirinya akan merasa amarah, frustrasi dan kejengkelan. (Prawitasari, 2002).
- 9) Memberi cap atau salam member cap : suatu bentuk ekstrim dari over generalization. Yang dilakukan seseorang bukannya menguraikan kesalahan tetapi justru member cap yang negative perasaan diri sendiri. :Saya memang orang yang sial,” jika orang lain menyinggung perasaannya, maka akan menempelkan seluruh cap negative kepadanya.
- 10) Personalisasi : memmandang diri sendiri sebagai penyebab dari suatu peristiwa eksternal yang negative, yang dalam kenyataan

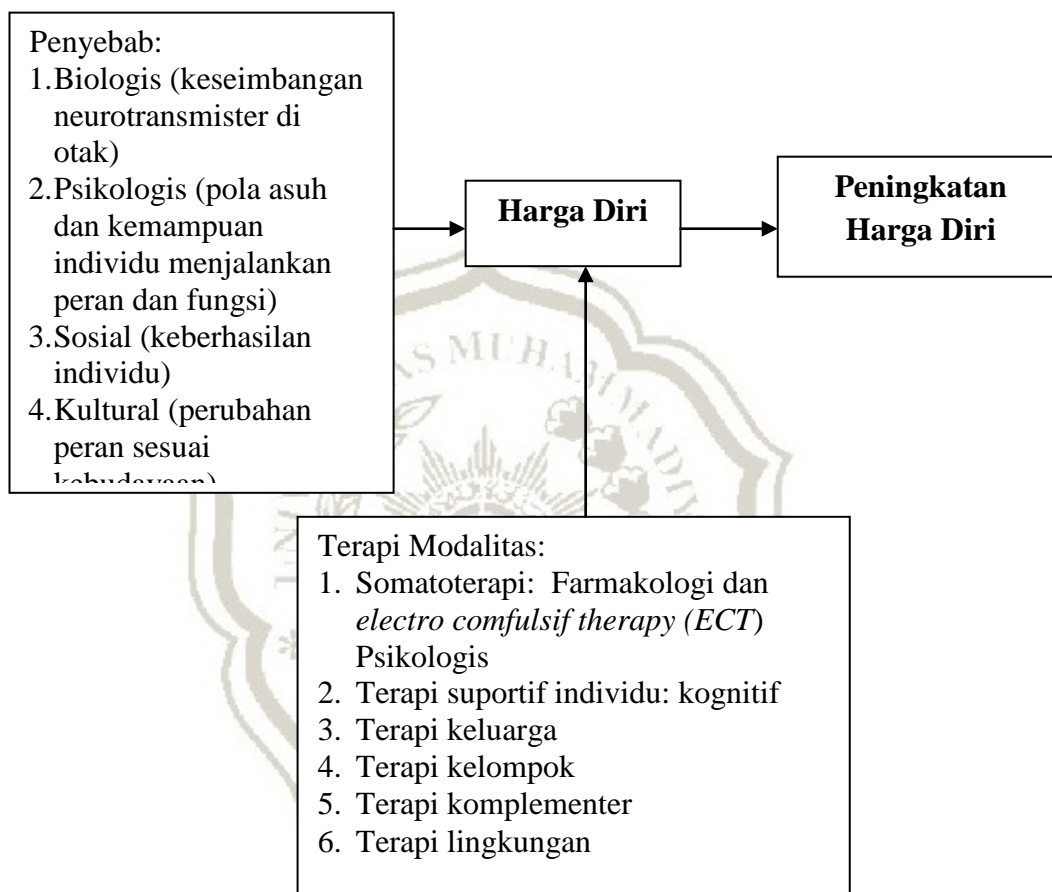
sebenarnya bukanlah anda yang pertama-tama bertanggung jawab terhadap hal tersebut (Stuart and Laraia, 2005).

d. Langkah-langkah terapi kognitif: restrukturisasi kognitif

- 1) Sesi pertama: Identifikasi pikiran otomatis, yaitu dengan mengidentifikasi seluruh pikiran otomatis negatif, berdiskusi untuk pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional terhadap pikiran negatif pertama dan membuat catatan harian.
- 2) Sesi kedua: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif, yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri dalam sesi 1 (memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif 1), mendiskusikan cara dan hasil kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1.
- 3) Sesi ketiga: Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif), yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri sesi kedua di rumah, mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1-2, mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan manfaat dan perasaan setelah pasien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi).
- 4) Sesi keempat: *support sistem*, yaitu melibatkan keluarga untuk dapat membantu pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

B. Kerangka Teori

Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan pada bagian sebelumnya dapat dibuat kerangka teori pada gambar 2.1.

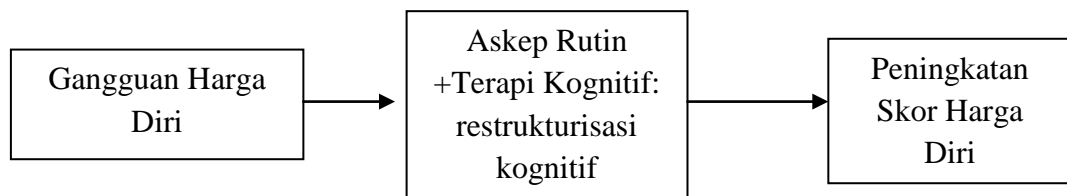


Gambar 2.2. Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi Townsend (1996)

C. Kerangka Konsep

Kelompok Intervensi



Kelompok Kontrol



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis penelitian yang diajukan adalah:

Ha : Ada pengaruh terapi kognitif : restrukturisasi kognitif terhadap peningkatan skor harga diri.

Ho : Tidak ada pengaruh terapi kognitif : restrukturisasi kognitif terhadap peningkatan skor harga diri.