

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.K MASALAH UTAMA
HARGA DIRI RENDAH DENGAN DIAGNOSA MEDIS
F20.3 SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG
GELATIK RUMAH SAKIT JIWA
MENUR PROVINSI
JAWA TIMUR**



OLEH :

**ISKANDAR
NIM. 2021019**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TA. 2023**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.K MASALAH UTAMA
HARGA DIRI RENDAH DENGAN DIAGNOSA MEDIS
F20.3 SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG
GELATIK RUMAH SAKIT JIWA
MENUR PROVINSI
JAWA TIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar A.Md. Kep**



OLEH :

**ISKANDAR
NIM. 2021019**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TA. 2023**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 27 Februari 2023

Iskandar
NIM. 2021019

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Iskandar
NIM : 2021019
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah Pada Tn.K Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

Serta perbaiki-perbaiki sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md. Kep)

Pembimbing Institusi

Pembimbing klinik

Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes
NIP. 03.021

Abdul Habib, S.Kep., Ns.
NIP.197605151997031005

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes.

NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 27 Februari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Iskandar
NIM : 2021019
Program Studi : D3 KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah Pada Tn.K Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di STIKES Hang Tuah Surabaya,pada:

Hari, tanggal : Rabu, 27 Februari 2023
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN, pada prodi D3 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 04.015

Penguji II : Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes.
NIP. 03.021

Penguji III : Abdul Habib, S.Kep., Ns.
NIP. 197605151997031005

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes.

NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 27 Februari 2023

MOTTO & PERSEMBAHAN

“ Hatiku tenang karena mengetahui bahwa apa yang melewatkan ku tidak Akan pernah menjadi takdir ku, dan apa yang di takdirkan untuk ku tidak akan pernah melewatkan ku”.

Kupersembahkan Karyaku yang sederhana ini kepada:

1. Allah SWT
2. Untuk bapak dan ibu ku tercinta “Pasiran dan Istilah” yang telah membesarkan ku dengan sepenuh hati serta mendidiku dengan tulus dan ikhlas tanpa lelah.
3. Untuk keluarga kecil ku istri dan anak anak ku “Anita Rahmawati, Wafi-Barra” trimakasih atas semangatnya yang selalu mendukung ku
4. Untuk sahabat ku D3 Keperawatan (Progam Khusus) yang selalu mendukung, memberi semangat, meluangkan waktunya dalam suka duka.
5. Untuk D3 Keperawatan Angkatan 26 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah berjuang bersama
6. Untuk pembimbing karya tulis ilmiah dan Dosen terima kasih telah membimbing ku dan mengajarkan ku hal yang sebelumnya belum kami ketahui.
7. Untuk orang orang yang ada disekitarku yang tidak bisa aku sebut satu persatu secara spesifik, terima kasih atas dukungan semangatnya, semoga tuhan memberikan apa apa yang terbaik menurut-Nya.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana pertama purn. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya untuk penguji ketua yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Drg. Vitria Dewi, M.Si selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk menyusun karya tulis ilmiah dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan sekaligus penguji dan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu, Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes. selaku Pembimbing institusi sekaligus penguji, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberi dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah
5. Bapak Abdul Habib, S.Kep.,Ns. selaku Pembimbing klinik sekaligus penguji, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian

dalam memberi dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

6. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus dan ikhlas melayani keperluan penulis selama menjadi studi dan penulisan.
7. Sahabat-sahabat perjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Teman teman D3 Keperawatan Kumara 26 STIKES Hangtuah Surabaya yang selalu berbagi pengalaman selama pratek klinik di rumah sakit, segala canda tawa dan suka dan duka selama 3 tahun. Terimakasih berjuang bersama hingga akhir.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
10. Kepada Tn.K telah menjadi responden. Terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik kepada Tn.K yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang komstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO & PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Skizofrenia.....	9
2.1.1 Definisi Skizofrenia	9
2.1.2 Klasifikasi Skizofrenia	10
2.1.3 Tanda Dan Gejala.....	11
2.1.4 Penatalaksanaan.....	11
2.2 Konsep Harga Diri Rendah.....	13
2.2.1 Definisi Harga Diri Rendah	13
2.2.2 Rentang Respon Harga Diri Rendah	14

2.2.3	Etiologi Harga Diri Rendah	15
2.2.4	Manifestasi Harga Diri Rendah.....	17
2.2.3	Mekanisme Koping.....	18
2.2.6	Komplikasi.....	19
2.2.7	Pentalaksanaan.....	20
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan.....	25
2.3.1	Pengkajian.....	25
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	28
2.3.3	Intervensi.....	28
2.3.4	Implementasi.....	35
2.3.5	Evaluasi	35
2.4	Komunikasi Terapeutik	36
2.4.1	Pengertian Komunikasi Terapeutik	36
2.4.2	Fase-Fase Hubungan Dalam Komunikasi Terapeutik.....	36
2.4.3	Teknik Komunikasi Terapeutik.....	37
2.5	Stress dan Adaptasi.....	43
2.5.1	Definisi Stress.....	43
2.5.2	Macam-Macam Stress	44
2.5.3	Sumber Stressor.....	44
2.5.4	Cara Mengendalikan Stress.....	45
2.6	Mekanisme Koping.....	46
2.6.1	Definisi Mekanisme Koping.....	46
2.6.2	Macam Macam Mekanisme Koping.....	46
2.6.3	Jenis jenis Koping	50
2.6.4	Sifat Mekanisme Koping.....	55
2.6.5	Faktor yang Memengaruhi Mekanisme Koping	56
2.7	Pohon Masalah.....	57
	BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	58
3.1	Pengkajian.....	58
3.1.1	Identitas	58
3.1.2	Alasan Masuk	58
3.1.3	Faktor Predisposisi.....	59

3.1.4	Pemeriksaan Fisik	60
3.1.5	Psikososial.....	61
3.1.6	Status Mental	63
3.1.7	Kebutuhan Pulang	66
3.1.8	Mekanisme Koping.....	67
3.1.9	Masalah Psikososial Dan Lingkungan	68
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang.....	68
3.1.11	Data Lain - Lain	68
3.1.12	Aspek Medik.....	69
3.1.13	Daftar Masalah Keperawatan	69
3.1.14	Daftar Diagnosa Keperawatan.....	70
3.2	Pohon Masalah.....	71
3.3	Analisa Data.....	72
3.4	Rencana Keperawatan	73
3.5	Tindakan Keperawatan	76
BAB 4 PEMBAHASAN		89
4.1	Pengkajian.....	89
4.2	Diagnosa	91
4.3	Perencanaan	92
4.4	Pelaksanaan.....	93
4.5	Evaluasi.....	98
BAB 5 PENUTUP.....		100
5.1	Simpulan.....	100
5.2	Saran	103
DAFTAR PUSTAKA		105
Lampiran 1		108
Lampiran 2		112
Lampiran 3		115
Lampiran 4		118

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn.K.....	68
Tabel 3. 2 Terapi Medis Tn.K.....	69
Tabel 3. 3 Analisa Data Tn.K.....	72
Tabel 3. 4 Rencana Asuhan Keperawatan Tn.K.....	73
Tabel 3. 5 Tindakan Keperawatan Tn.K Hari ke 1.....	76
Tabel 3. 6 Tindakan Keperawatan Tn.K Hari ke 2.....	81
Tabel 3. 7 Tindakan Keperawatan Tn.K Hari ke 3.....	85

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respon Harga Diri Rendah.....	14
Gambar 2. 2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah	57
Gambar 3. 1 Genogram Tn.K.....	61
Gambar 3. 2 Pohon Masalah Tn.K.....	71

DAFTAR SINGKATAN

NAMI	: National Alliance of Mental Illness
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
STIKES	: Sekolah tinggi ilmu kesehatan
Tn	: Tuan
HCL	: Hydrochloric Acid
SSP	: Sistem Syaraf Pusat
BB	: Berat Badan
ECT	: Electro Convulsif Therapy
TD	: Tekanan Darah
S	: Suhu
RR	: Respirasi Rate
N	: Nadi
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa
MG	: Miligram
WIB	: Waktu Indonesia Barat
MRS	: Masuk Rumah Sakit
IMT	: Indeks Paka Tubuh
Do	: Data Obyektif
WHO	: World Health Organization
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
DS	: Data Subyektif

DAFTAR LAMPIRAN

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Sp1 Pasien.....	108
Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Sp2 Pasien.....	112
Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Evaluasi Sp1 dan Sp2 Pasien.....	115
Evaluasi Kemampuan Pasien Harga Diri Rendah.....	118

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan di mana seseorang berada dalam kesehatan kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial yang baik sehingga mereka mampu memenuhi tanggung jawabnya. Selain itu, juga berfungsi secara efektif dilingkungannya, dengan perannya sebagai individu dan puas dalam hubungan interpersonal (Keliat, 2019). Gangguan jiwa adalah gangguan psikologis klinis pada seseorang yang berhubungan dengan penderitaan atau kehilangan kebebasan. Skizofrenia merupakan gangguan pikiran berupa kombinasi dari halusinasi, delusi, berpikir dan perilaku tidak teratur, permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien skizofrenia adalah Harga Diri Rendah.

(Jek Amidos Pardede, Harjuliska, 2021).

World Health Organization (2019) menyatakan terdapat sekita 20 juta penduduk seluruh dunia yang mengalami skizofrenia. Menurut (Riskesdas, 2018) Di Indonesia data Riset Kesehatan Dasar menunjukkan proporsi gangguan jiwa skizofrenia mengalami peningkatan yang signifikan dibandingkan dengan Riskesdas 2013 yakni dari 1,7 per 1000 menjadi 7 per 1000 penduduk Indonesia. Provinsi Jawa Tengah menempati posisi kelima dengan jumlah gangguan jiwa skizofrenia terbanyak yaitu 9% penduduk rumah tangga dengan keluarga skizofrenia (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data dari Rumah Sakit Menur Provinsi Jawa Timur Surabaya hasil angka kejadian kasus Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur Surabaya selama bulan September 2022 hingga Desember

2022 didapatkan hasil sebanyak 6187 pasien rawat jalan maupun rawat inap dengan rincian kasus skizofrenia residual mencapai 42.20%, skizofrenia tak terinci mencapai 41.47%, skizofrenia paranoid 10.34%, skizofrenia hebefrenik 2,5%, skizofrenia simpleks 2%, skizofrenia katatonik 1,40%. Hasil angka kejadian kasus Skizofrenia khususnya kasus undifferentiated skizofrenia atau skizofrenia tak terinci (F 20.3), pada bulan September 2021 yaitu mencapai total 38% dan pada bulan Oktober 2021 mengalami penurunan yaitu total 28%, kemudian pada saat bulan November 2021 kembali mengalami peningkatan yaitu total mencapai 34%. Kasus skizofrenia sendiri mencakup masalah keperawatan dengan prevalensi pada rentang bulan Agustus 2021 hingga Januari 2022 halusinasi 29%, perilaku kekerasan 51%, defisit perawatan diri 15%, isolasi sosial 3%, harga diri rendah 2%.

Pasien harga diri rendah beresiko akan muncul masalah gangguan jiwa lain apabila tidak segera diberikan terapi dengan benar, karena pasien dengan harga diri rendah cenderung mengurung diri dan menyendiri, kebiasaan itulah yang memicu munculnya masalah isolasi sosial. Isolasi sosial menyebabkan pasien harga diri rendah tidak dapat memusatkan perhatian, sehingga menyebabkan suara atau bisikan muncul dan menimbulkan masalah halusinasi, serta masalah lain yang kemudian terjadi merupakan resiko perilaku kekerasan, rasa tidak terima tentang suatu hal karena merasa direndahkan seseorang maupun suara bisikan yang menghasut untuk melakukan tindakan merusak lingkungan dan menciderai orang lain (Wijayati et al., 2020).

Peran perawat dalam mengatasi masalah pasien dengan harga diri rendah yaitu mengidentifikasi kemampuan pasien dan aspek positif yang masih dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan apa saja yang masih dapat

digunakan, membantu pasien untuk memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih dan melatih kemampuan yang dipilih pasien serta membantu pasien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang akan dilatih (Ramadhani et al., 2021). Salah satu terapi modalitas adalah Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) yang ditujukan untuk pasien dengan masalah yang sama. TAK merupakan salah satu cara yang digunakan untuk meningkatkan harga diri pasien agar dapat kembali ke masyarakat sehingga dapat berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya. Untuk pasien menarik diri kita dapat melakukan dengan TAK peningkatan harga diri yang bertujuan untuk menerima dirinya sendiri dengan penuh kepercayaan, menghargai dirinya, dan menilai positif diri sendiri. TAK peningkatan harga diri merupakan upaya untuk meningkatkan harga dirinya bagi pasien menarik diri yang harga dirinya rendah. Tujuannya mengidentifikasi ada tidaknya pengaruh TAK peningkatan harga diri terhadap harga diri pasien menarik diri (Widowati & M, 2019). Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memiliki peran penting dalam membantu pasien untuk meningkatkan harga dirinya (Dewi et al., 2020). Tindakan keperawatan spesialis yang dibutuhkan pada pasien dengan harga diri rendah adalah terapi kognitif, terapi interpersonal, terapi tingkah laku, dan terapi keluarga. Pemberian terapi okupasi dapat membantu pasien mengembangkan mekanisme koping dalam memecahkan masalah terkait masa lalu yang tidak menyenangkan. Pasien dilatih untuk mengidentifikasi kemampuan yang masih dapat digunakan yang dapat meningkatkan harga dirinya sehingga tidak akan mengalami hambatan dalam berhubungan sosial (Rokhimmah & Rahayu, 2020).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini, maka dapat dirumuskan Masalah sebagai berikut “Bagaimana cara pemberian asuhan keperawatan jiwa yang tepat untuk Tn. K dengan Masalah utama Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Undifferentiated Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn.K dengan Masalah utama Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Skizofrenia Undifferentiated / Tak Terinci di Ruang Gelatik I Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian kepada pasien dengan Harga.Diri.Rendah.Kronis
2. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa atau Masalah keperawatan kepada Tn.K dengan Masalah utama Harga Diri Rendah.
3. Mahasiswa mampu menetapkan intervensi keperawatan secara menyeluruh kepada Tn. K dengan Masalah utama Harga Diri Rendah.
4. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi keperawatan yang ditetapkan secara menyeluruh kepada Tn. K dengan Masalah utama Harga Diri Rendah.

5. Mahasiswa mampu mengevaluasi tindakan keperawatan sebagai tolak ukur bagaimana perkembangan Tn. K dengan Masalah utama Harga Diri Rendah.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan tindakan keperawatan sebagai tolak ukur bagaimana perkembangan Tn. K dengan Masalah utama Harga Diri Rendah.

1.4 Manfaat

Adapun manfaat dari tugas akhir ini, sebagai berikut:

1. Secara Akademis

Menambah keluasan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan jiwa dengan Masalah Harga Diri Rendah pada pasien Skizofrenia.

2. Secara Praktis

- a. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit.

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa menjadi Masukan untuk mengembangkan Standar Asuhan Keperawatan terutama pada pasien dengan Harga Diri Rendah.

- b. Bagi peneliti.

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa menjadi Masukan atau rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan karya tulis ilmiah asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Harga Diri Rendah.

- c. Bagi Profesi Kesehatan.

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa menjadi ilmu tambahan untuk menambah wawasan terutama pada profesi keperawatan yang nantinya bisa dipahami lebih baik tentang bagaimana asuhan keperawatan

jiwa pada pasien dengan Harga Diri Rendah.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Tehnik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan langsung pada pasien.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, foto thorax dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

d. Sumber data

1) Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

2) Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medis, sim RS (medify), perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

e. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan masalah utama Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan jiwa harga diri rendah. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, proses terjadinya, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan Masalah-Masalah yang muncul pada perilaku kekerasan dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan bentuk psikologis fungsional paling berat dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Pengertian lain menyebutkan skizofrenia adalah suatu bentuk psikosis yang sering dijumpai sejak zaman dahulu. Meskipun demikian, pengetahuan tentang sebab-sebab dan psikogenesisnya sangat kurang (Rahmawati, 2021).

Penderita skizofrenia akan lebih sering menunjukkan gejala psikotik seperti delusi dengan ciri khas berupa gangguan perasaan akan kemegahan dan halusinasi dengan ciri khas berupa mendengar suara yang tidak didengar orang lain (Trevisan, 2020 dalam Raffy et al., 2020).

Skizofrenia merumuskan gangguan jiwa bersifat multifaktoral yang menduduki peringkat ke empat di dunia yang dapat mengakibatkan terganggunya pola pikir dan isi pikir serta menyebabkan kekacauan pada proses persepsi dan perilaku setiap individu pada fungsi sosialnya (Wardani & Dewi, 2018).

2.1.2 Klasifikasi Skizofrenia

Schizophrenia adalah gangguan mental atau sekelompok gangguan yang ditandai dengan kekacauan dalam bentuk dan isi pikiran (delusi dan halusinasi), dalam mood (afek yang tidak sesuai), dalam perasaan dirinya dan hubungannya dengan dunia luar (kehilangan batas-batas ego). (FatihaturIstichomah, 2019)

Pembagian tipe skizofrenia yaitu :

1. Skizofrenia tipe paranoid (F20,0) Merupakan subtype 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 (8).
2. Skizofrenia tipe disorganisasi (hebefrenik) (F20,1) Tidak bertanggungjawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku hampa tujuan dan perasaan, afek tidak wajar, senyum dan ketawa sendiri, proses berpikir
3. disorganisasi dan pembicaraan inkoheren (8).
4. Skizofrenia tipe katatonik (F20,2) 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 (8).
5. Skizofrenia tipe tak terinci (F20,3) 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.

6. Depresi pasca skizofrenia (F20,4) Gejala-gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk suatu episode depresif dan telah ada paling sedikit 2 minggu
7. Skizofrenia tipe residual (F20,5) Gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik (8).
8. Skizofrenia tipe simpleks (F20,6) Gejala utama adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Kurang memperhatikan keluarga atau menarik diri, waham dan halusinasi jarang terjadi serta timbulnya perlahan-lahan

2.1.3 Tanda Dan Gejala

Gejala skizofrenia menurut PPDGJ III dibagi dalam dua gejala utama yaitu gejala positif dan negatif. (Rahmawati, 2021)

1. Gejala positif

Gejala positif diantaranya delusi, halusinasi, kekacauan kognitif, disorganisasi bicara, dan perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah.

2. Gejala negatif

Gejala negatif yang dialami pasien skizofrenia diantaranya afek datar, tidak memiliki kemauan, merasa tidak nyaman, dan menarik diri dari Pakyarakat (Videbeck dalam Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia)

2.1.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Tujuan utama dari skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal Pasien, serta mencegah kekambuhannya. Belum ada pengobatan dalam paking – paking subtype skizofrenia . (Rahmawati, 2021)

Dibawah ini terMasuk penatalaksanaan pada skizofrenia:

1. Terapi farmakologi adalah obat-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi skizofrenia yaitu golongan obat antipsikotik. Obat anti psikotik terbagi menjadi dua golongan, yaitu :
 - a. Antipsikotik tipikal merumuskan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi seperti dopamin. Antipsikoti ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif pada Pasien skizofrenia. berikut ini yang terMasuk golongan obat antipsikotik tipikal :
 - 1) Chlorpromazine dengan dosis harian 30-800 mg/hari
 - 2) Flupenthixol dengan dosis harian 12-64 mg/hari
 - 3) Fluphenazine dengan dosis harian 2-40 mg/hari 4) Haloperidol dengan dosis harian 1-100 mg/hari
 - b. Antipsikotik atipikal Aksi obat ini adalah mengeblok reseptor dopamin yang rendah. Antipsikotik atipikal ini merumuskan pilihan dalam terapi skizofrenia karena mampu mengatasi gejala positif maupun negatif 14 pada pasien skizofrenia. berikut ini adalah daftar obat yang terMasuk golongan obat antipsikotik atipikal :
 - 1) Clozapine dosis harian 300-900 mg/hari
 - 2) Risperidone dosis harian 1-40 mg/hari
 - 3) Losapin dosis harian 20-150 mg/hari
 - 4) Melindone dosis harian 225 mg/hari
2. Terapi Elektrokonvulsif (ECT)
3. Pembedahan bagian otak
4. Perawatan di rumah sakit

5. Psikoterapi

- a. Terapi psikoanalisa Pada terapi ini menyadarkan seseorang terhadap Masalah pada dirinya dan membuat mekanisme pertahanan dengan tujuan supaya dapat terkendalikan.
- b. Terapi Perilaku Ada dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian, diantaranya :
 - 1) Social Learning Program: Pasien skizofrenia untuk mempelajari perilaku yang sesuai
 - 2) Social Skills Training: melatih penderita mengenai ketrampilan atau keahliannya.
- c. Terapi Humanistik Terapi kelompok dan keluarga.

2.2 Konsep Harga Diri Rendah

2.2.1 Definisi Harga Diri Rendah

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri. (Rahmawati, 2021)

Harga diri adalah prasaan tidak berharga, tidak berarti rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri atau kemampuan diri. adanya hilang kepercayaan diri , merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri. harga diri seseorang di peroleh dari diri sendiri dan orang lain.(Maulana et al., 2019)

- a. Aktualisasi diri adalah pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latarbelakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima.
- b. Konsep diri positif adalah apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri dan menyadari hal-hal positif maupun yang negatif dari dirinya.

2. Respon Maladaptif

Respon maladaptive adalah respon yang diberikan individu ketika dia tidak mampu lagi menyelesaikan Masalah yang dihadapi.

- a. Harga diri rendah adalah individu yang cenderung untuk menilai dirinya yang negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain.
- b. Keracunan identitas adalah identitas diri kacau atau tidak jelas sehingga tidak memberikan kehidupan dalam mencapai tujuan.
- c. Depersonalisasi (tidak mengenal diri) tidak mengenal diri yaitu mempunyai kepribadian yang kurang sehat, tidak mampu berhubungan dengan orang lain secara intim. Tidak ada rasa percaya diri atau tidak dapat membina hubungan baik dengan orang lain.

2.2.3 Etiologi Harga Diri Rendah

Menurut (Rahayu et al., 2019), faktor yang menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri. Faktor tersebut di bagi menjadi 2, antara lain:

1. Faktor predisposisi

Faktor pendukung atau faktor predisposisi terdiri dari 2 faktor yang menyebabkan Harga Diri Rendah yaitu, antara lain:

- a. Perkembangan individu, meliputi:
 - 1) Adanya penolakan dari orang tua, sehingga menyebabkan anak merasa tidak dicintai. Kemudian berdampak pada anak yang gagal mencintai dirinya dan gagal pula untuk mencintai orang lain.
 - 2) Kurangnya pujian dan kurangnya pengakuan dari orang-orang sekitar atau orang tua yang penting / dekat individu yang bersangkutan (lingkungan)
 - 3) Sikap orang tua protective, anak akan merasa tidak berguna, orang tua atau orang terdekat sering mengkritik individu. Anak menjadi frustrasi, putus asa merasa tidak berguna dan merasa rendah diri.
- b. Ideal diri
 - 1) Individu yang selalu dituntut untuk berhasil sesuai ekspektasi orang tua.
 - 2) Tidak mempunyai hak untuk gagal dan berbuat salah.
 - 3) Anak mudah menghakimi dirinya sendiri dan kehilangan rasa percaya diri.

2. Faktor presipitasi

Stressor pencetus dari munculnya Harga Diri Rendah menurut (Pardede et al., 2020)

yang biasanya ditimbulkan dari sumber internal dan eksternal seperti:

- a. Gangguan fisik dan mental yang dialami salah satu anggota keluarga sehingga keluarga merasa malu dan rendah diri.

- b. Pengalaman traumatik berulang kali seperti penganiayaan seksual dan psikis atau menyaksikan kejadian yang mengancam kehidupan ataupun traumatis, aniaya fisik, kecelakaan, bencana alam dalam perampokan. Respon terhadap trauma pada umumnya akan mengubah arti trauma tersebut dan kopingnya adalah represi dan denial.

3. Perilaku

Dalam melakukan pengkajian, dapat dimulai dengan mengobservasi penampilan Pasien, (misalnya kebersihan, dandanan, Pakaian). Kemudian dilanjut mendiskusikannya dengan Pasien untuk mendapatkan pandangan Pasien tentang gambaran diri individunya.

Harga diri yang Rendah adalah Masalah bagi banyak orang dan cara mengekspresikannya melalui tingkat kecePakan yang sedang hingga berat. Umumnya disertai oleh evaluasi diri yang negatif membenci dirinya sendiri dan menolak dirinya sendiri .(FatihaturIstichomah, 2019).

2.2.4 Manifestasi Harga Diri Rendah

Menurut (Wijayati Kendari, 2020)perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah antara lain:

1. Data subjektif:
 - a. Mengkritik diri sendiri atau orang lain
 - b. Perasaan dirinya sangat penting yang berlebih-lebihan
 - c. Perasaan tidak mampu
 - d. Rasa bersalah
 - e. Sikap negatif pada diri sendiri

- f. Sikap pesimis pada kehidupan
 - g. Keluhan sakit fisik
 - h. Pandangan hidup yang terpolarisasi
 - i. Menolak kemampuan diri sendiri
 - j. Pengurangan diri/mengejek diri sendiri
 - k. Perasaan cepak dan takut
 - l. Merasionalisasi penolakan/menjauh dari umpan balik positif
 - m. Mengungkapkan kegagalan pribadi
 - n. Ketidak mampuan menentukan tujuan
2. Data objektif:
- a. Produktivitas menurun
 - b. Perilaku destruktif pada diri sendiri
 - c. Perilaku destruktif pada orang lain
 - d. Penyalahgunaan zat
 - e. Menarik diri dari hubungan sosial
 - f. Ekspresi wajah malu dan rasa bersalah
 - g. Menunjukkan tanda depresi (sukar tidur dan sukar makan)
 - h. Tampak mudah tersinggung/mudah marah.

2.2.3 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah sebuah metode yang digunakan melindungi diri sendiri dalam menghadapi persepsi yang menyakitkan/atau tidak sesuai dengan harapannya Terdapat dua jenis pertahanan individu, pertahanan koping jangka panjang pendek atau jangka panjang pertahanan. (Maulana et al., 2019)

Jangka pendek mencakup hal berikut ini:

1. Aktivitas tersebut untuk memberikan pelarian semestara dari krisis identitas diri yang terjadi contohnya konser musik, bekerja keras, menonton tv secara obsesif, jalan jalan, belanja.
2. Aktivitas yang tersebut untuk memberikan identitas pengganti semestara contohnya ikut serta dalam klub sosial, agama, politik, kelompok, gerakan, atau geng, komunitas dll.
3. Aktivitas yang tersebut untuk sementara waktu menguatkan atau meningkatkan perasaan diri yang tidak menentu contohnya olahraga yang kompetitif, prestasi akademik, kontes untuk mendapatkan popularitas.

Menurut (Keliat et al., 2019)

pertahanan jangka panjang mencakup beberapa hal berikut:

1. Penutupan identitas: mengadopsi identitas yang diinginkan oleh orang terdekat tanpa memerhatikan keinginan, aspirasi atau potensi diri individu.
2. Identitas negatif: asumsi identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan yang diterima pakyyarakat.
3. Mekanisme pertahanan ego termasuk penggunaan fantasi, disosiasi, isolasi, proyeksi, pengalihan (displacement, berbalik marah terhadap diri sendiri, dan amuk).

2.2.6 Komplikasi

Harga diri rendah dapat beresiko terjadinya isolasi sosial seperti menarik diri, isolasi sosial menarik diri merumuskan gangguan kepribadian yang tidak fleksibel

pada tingkah laku yang maladaptif, mengganggu fungsi seseorang dalam berhubungan sosial (Rahmawati, 2021)

Isolasi sosial menarik diri sering ditunjukkan dengan perilaku antara lain:

1. Data Subjektif
 - a. Mengungkapkan keengganannya untuk memulai hubungan ataupun percakapan dengan orang lain.
 - b. Mengungkapkan perasaan malu untuk berhubungan dengan orang lain.
 - c. Mengungkapkan kekhawatiran terhadap penolakan oleh orang lain.
2. Data Objektif:
 - a. Kurang spontan dalam diajak bicara.
 - b. Individu apatis.
 - c. Ekspresi wajah kosong.
 - d. Menurun/tidak adanya komunikasi verbal.
 - e. Bicara dengan suara pelan
 - f. Tidak ada kontak mata saat bicara.

2.2.7 Pentalaksanaan

Menurut (Keliat et al., 2019) penatalaksanaan atau terapi pada Pasien dengan gangguan jiwa skizofrenia saat ini sudah dikembangkan. Sehingga penderita tidak lagi mengalami diskriminasi, bahkan metodenya bisa dibilang lebih manusiawi dari pada Paka Paka sebelumnya. Terapi yang dimaksud meliputi:

1. Psikofarmaka

Jenis obat psikofarmaka yang beredar dipasaran yang hanya bisa diperoleh dengan resep dokter, obat psikofarmaka terbagi dalam 2 golongan yaitu golongan generasi pertama (typical) dan golongan kedua (atypical).

Contoh obat psikofarmaka golongan pertama:

- a. Chlorpromazine HCL
 - 1) Indikasi: Skizofrenia dan kondisi yang berhubungan dengan psikosis dan kontrol darurat untuk gangguan perilaku atau bisa tambahan untuk gangguan perilaku karena retardasi mental.
 - 2) Kontraindikasi: Obat ini akan menyebabkan terjadinya penekanan sumsum tulang, gangguan hati atau ginjal berat, sindrom reye koma karena barbiturat atau alcohol.
 - 3) Efek samping: Pusing, sakit kepala, mulut kering, penglihatan kabur, mual, cepak berlebihan, berat badan naik, detak jantung beraturan, kram otot.
- b. Haloperidol
 - 1) Indikasi: Skizofrenia akut dan kronik, status ansietas, gelisah dan psikis labil disertai dengan mudah marah, menyerang, astenia, delusi, halusinasi.
 - 2) Kontraindikasi: Depresi endogen tanpa agitasi, kondisi koma, depresi SSP berat.
 - 3) Efek samping: Hipertonia dan gemetar pada otot, gerakan mata yang tidak terkendali, hipotensi ortostatik, galaktore.

Obat yang terMasuk generasi kedua misalnya:

- c. Risperidone

- 1) Indikasi: Meringankan gejala afektif yang berhubungan dengan skizofrenia.
 - 2) Kontraindikasi: Pasien demensia dengan riwayat serangan brovaskular atau serangan iskemik sepintas, hipertensi, atau DM.
 - 3) Efek samping: Penurunan jumlah neutrofil dan trombosit, hiperglikemia, gangguan cepak, gelisah, sakit kepala, sedasi, mengantuk, kelelahan yang menyeluruh, pusing, kesulitan berkonsentrasi.
- d. Olanzapine
- 1) Indikasi: Terapi akut dan pemeliharaan untuk skizofrenia dan psikosis lain dengan gejala-gejala positif (seperti delusi, halusinasi, gangguan berpikir, hostilitas/bermusuhan, curiga) dan gejala-gejala negatif (seperti flattered effect, penarikan diri secara emosional dan sosial, kesulitan berbicara) menonjol. Mencegah kekambuhan gangguan bipolar.
 - 2) Kontraindikasi: Hipersensitivitas, diketahui beresiko mengalami glaukoma sudut sempit.
 - 3) Efek samping: Somnolen, peningkatan BB, eosinofilia, peningkatan kadar proklatin, kolesterol, glukosa dan trigliserida, glukosuria, peningkatan nafsu makan, pusing, akatisia, parkinsonisme, diskinesia, hipotensi ortostatik, efek antikolinergik, peningkatan enzim transaminase hati sepintas yang asimtomatik, ruam kulit, astenia, kelelahan menyeluruh, edema.

e. Quetiapine

- 1) Indikasi: Terapi skizofrenia episode depresi dan episode manik yang menyertai gangguan bipolar.
- 2) Kontraindikasi: Penggunaan bersama dengan seperti penghambat HIV-protease, antijamurazol, eritromisin, klaritromisin dan nefazodon.
- 3) Efek samping: Somnolen, pusing, konstipasi, mulut kering, astenia ringan, rinitis, dispepsia, perineingkatan BB, hipotensial postural atau hipotensi ortostatik, takikardi, sinkop, edema perifer, peningkatan serum transaminase, penurunan jumlah hitung neutrofil, hiperglikemia.

f. Aripiprazole

- 1) Indikasi: Terapi akut untuk skizofrenia pada dewasa dan remaja. Terapi rumat pada dewasa dengan skizofrenia dan gangguan bipolar. Terapi untuk mania akut dan episode campuran dari gangguan bipolar pada anak, remaja, dan dewasa. Terapi tambahan untuk gangguan depresi mayor.
- 2) Efek samping: Sakit kepala, mual, muntah, konstipasi, cepak, insomnia, kepala terasa ringan, somnolen, akatisia, dispepsia, agitasi (Prabowo, 2014)

2. Psikoterapi

Terapi kerja baik sekali untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter, maksudnya supaya ia tidak mengasingkan diri lagi karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk

kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama.

3. Terapi kejang listrik

Terapi elektrokonvulsif yang disingkat ECT (Electro Convulsif Therapy) atau yang juga dikenal sebagai terapi kejutan listrik (Electro shock Therapy) merumuskan suatu jenis pengobatan untuk gangguan jiwa dengan menggunakan aliran listrik yang dialirkan ke tubuhnya.

Awalnya, pasien diberi obat bius ringan dan kemudian disuntik dengan penenang otot. Aliran listrik yang sangat lemah dialirkan ke otak melalui elektrode yang dipasang di kedua pelipis atau pada pelipis yang mengandung belahan otak yang tidak dominan. Hanya aliran ringan yang dibutuhkan untuk menghasilkan serangan otak yang diberikan, karena serangan itu sendiri yang bersifat terapis, bukan aliran listriknya. Penenang otot mencegah terjadinya kekejangan otot tubuh dan kemungkinan luka. Pasien bangun beberapa menit dan tidak ingat apa-apa tentang pengobatan yang dilakukan. Kerancuan pikiran dan hilang ingatan tidak terjadi, terutama bila aliran listrik hanya diberikan kepada belahan otak yang tidak dominan. Empat sampai enam kali pengobatan semacam ini biasanya dilakukan dalam jangka waktu 2 minggu.

ECT telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan pakyarakat karena beberapa alasan. Pada Paka lalu ECT ini digunakan di berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk skizofrenia. Namun terapi ini tidak membuahkan hasil yang bermanfaat. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merumuskan pengalaman yang sangat menakutkan pasien. Pasien sering kali tidak bangun lagi setelah aliran listrik

dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta sering kali menderita kerancuan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik. Namun, sekarang ECT sudah tidak begitu menyakitkan

4. Terapi Modalitas

Terapi modalitas atau perilaku merumuskan pengobatan untuk skizofrenia yang ditujukan pada kemampuan dan kekurangan pasien. Teknik perilaku menggunakan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial. Kemampuan memenuhi diri sendiri dan latihan praktis dalam komunikasi interpersonal. Terapi kelompok bagi skizofrenia biasanya memusatkan pada rencana dan Masalah dalam hubungan kehidupan yang nyata.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Adapun konsep asuhan keperawatan harga diri rendah menurut (Keliat et al., 2019), adalah sebagai berikut :

2.3.1 Pengkajian

1. Identifikasi Pasien
2. Perawat yang merawat Pasien melakukan perkenalan sebelum kontrak dengan Pasien tentang: nama Pasien, panggilan Pasien, nama perawat, tujuan, waktu pertemuan, topik pembicaraan.
3. Keluhan utama / alasan Masuk

- a. Tanyakan pada keluarga / Pasien tentang penyebab Pasien dan keluarga datang ke Rumah Sakit, lalu hal apa yang telah dilakukan keluarga untuk mengatasi Masalah dan bagaimana perkembangan yang dicapai hal tersebut.
 - b. Tanyakan pada Pasien / keluarga tentang pengalaman gangguan jiwa pada Paka lalu, Masalah pernah melakukan, pernah mengalami, terlibat penganiayaan fisik, terlibat penganiayaan seksual, Apakah pernah terjadi penolakan dari lingkungan, Apakah pernah terjadi kekerasan dalam keluarga dan tindakan criminal yang pernah dilakukan.
4. Mengamati keadaan psikologis keluarga, pengasuh dan lingkungan Pasien, karena memang sangat mempengaruhi respon psikologis dari Pasien.
 5. Biologis Gangguan perkembangan dan fungsi otak atau SSP, pertumbuhan dan perkembangan individu pada prenatal, neonatus dan anak-anak.
 6. Sosial Budaya seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (peperangan, kerusuhan, kerawanan), kehidupan yang terisolasi serta stress yang menumpuk.
 7. Aspek fisik / biologis dengan mengukur dan mengobservasi tanda-tanda vital: TD, nadi, suhu, pernafasan. Kemudian ukur tinggi badan dan berat badan, kalau perlu kaji fungsi organ jiaik terdapat keluhan fisik.
 8. Aspek psikososial
 - a. Membuat genogram dengan menggambarkan silsilah keluarga paling sedikit tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan Pasien dan keluarga, terkait Masalah dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

- b. Konsep diri
 - 1) Citra tubuh: mengenai persepsi Pasien terhadap bagaimana tubuhnya, bagian tubuh mana yang disukai dan tidak disukai.
 - 2) Identitas diri: status dan posisi Pasien sebelum dirawat di Rumah Sakit, kemudian kepuasan Pasien terhadap status dan posisinya dan kepuasan Pasien sebagai laki-laki / perempuan.
 - 3) Peran: tugas apa yang diemban Pasien dalam keluarga / kelompok pakyarakat dan kemampuan Pasien dalam melaksanakan tugas yang diemban tersebut.
 - 4) Ideal diri: harapan terkait bentuk tubuh, posisinya, status, tugas, lingkungannya dan penyakit yang diderita sekarang.
 - 5) Harga diri: hubungan Pasien dengan orang lain, penilaian dan penghargaan orang lain terhadap dirinya, biasanya terjadi dalam bentuk pengungkapan kekecewaan terhadap dirinya sebagai wujud harga diri rendah.
- c. Hubungan sosial dengan orang lain yang terdekat dalam kehidupan, kelompok yang diikuti dalam pakyarakat.
- d. Spiritual, mengenai nilai dan keyakinan dan kegiatan ibadah.

9. Status mental

Nilai penampilan Pasien rapi atau tidak mulai dari rambut hingga kaki, amati bagaimana cara bicara Pasien, aktivitas motorik Pasien, alam perasaan Pasien (sedih, takut, khawatir), afek Pasien atau ekspresi Pasien, interaksi selama wawancara, persepsi 12 Pasien, proses pikir, isi pikir, tingkat

kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian dan daya tilik diri.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut(Wardani & Dewi, 2018), diagnosa yang ditemukan pada Pasien harga diri rendah yaitu :

1. Harga diri rendah
2. Koping individu tidak efektif
3. Isolasi sosial
4. Perubahan persepsi sensori : halusinasi
5. Resiko tinggi perilaku kekerasan

2.3.3 Intervensi

Fokus perawat adalah untuk membantu Pasien memahami diri sendiri secara lengkap dan akurat, sehingga mereka dapat mengarahkannya sendiri dengan cara yang lebih memuaskan. Hal ini berarti membantu Pasien mengusahakan Paka depan yang lebih jelas, pengalaman perasaan yang lebih dalam, keinginan, dan keyakinan, kemudian kemampuan yang lebih besar untuk memanfaatkan sumber daya mereka dan menggunakannya untuk tujuan yang konstruktif, serta persepsi yang lebih jelas tentang arah hidup mereka, dengan asumsi tanggung jawab terhadap diri mereka sendiri, keputusan mereka, dan tindakan mereka. Kesadaran diri sangat penting untuk membawa perubahan dalam konsep diri, dan kondisi tertentu atau peristiwa yang merasngsang kesadaran diri.

Menurut(Keliat et al., 2019), hal ini mungkin terjadi ketika rangsangan dari tubuh meningkat, seperti dikeadaan nyeri, kelemahan, atau kemarahan, atau ketika rangsangan dari lingkungan yang menurun, seperti di penurunan sensorik atau sosial.

1. Strategi Pelaksanaan 1 (SP 1) untuk Pasien.

a. Tujuan strategi pelaksanaan 1 (SP 1) menurut (Fajariyah, 2012), antara lain:

- 1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.
- 2) Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
- 3) Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- 4) Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan.
- 5) Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan.
- 6) Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan yang sudah dilatih.

b. Kriteria Evaluasi menurut (Wijayati Kendari, 2020)

- 1) Ekspresi wajah bersahabat menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, atau berjabat tangan mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, Pasien mau duduk bersampingan dengan perawat, mau mengeluarkan Masalah yang dihadapi.

- 2) Pasien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki: kemampuan yang dimiliki Pasien, aspek positif keluarga, aspek positif lingkungan yang dimiliki Pasien.
- 3) Pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- 4) Pasien membuat rencana kegiatan harian.
- 5) Pasien melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuannya.
- 6) Pasien memanfaatkan sistem pendukung yang ada di keluarga.

c. Intervensi

- 1) Membina hubungan saling percaya.

Rasional: Hubungan saling percaya merumuskan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya. Bina hubungan saling percaya seperti salam terapeutik, perkenalan diri, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas (waktu, tempat dan topik pembicaraan). Beri kesempatan pada Pasien untuk mengungkapkan perasaannya. Sediakan waktu untuk mendengarkan Pasien. Katakan kepada Pasien bahwa dirinya adalah seseorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri.

- 2) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.

Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki Pasien. Rasional: Diskusikan tingkat kemampuan Pasien seperti menilai realitas, kontrol diri atau integritas ego diperlukan sebagai dasar asuhan keperawatannya.

Hindarkan memberi penilaian negatif setiap bertemu Pasien, utamakan memberi pujian yang realistis. Rasional: Reinforcement positif akan meningkatkan harga diri. Utamakan memberikan pujian yang realistis. Rasional: Pujian yang realistis tidak menyebabkan Pasien melakukan kegiatan karena hanya ingin mendapatkan pujian.

3) Menilai kemampuan yang dapat digunakan.

Tindakan yang harus dilakukan adalah diskusikan dengan Pasien kemampuan yang Masih bisa digunakan selama sakit. Rasional: Keterbatasan dan pengertian tentang kemampuan yang dimiliki adalah prasarat untuk berubah. Diskusikan pada kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaannya. Rasional: Pengertian tentang kemampuan yang dimiliki diri memotivasi untuk tetap mempertahankan penggunaannya.

4) Membantu Pasien dapat memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien.

Tindakan yang harus dilakukan adalah rencanakan bersama Pasien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan. Rasional: Pasien adalah individu yang bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri.

Tingkatan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi Pasien. Rasional: Pasien perlu bertindak secara realisis dalam kehidupannya.

Beri contoh pelaksanaan kegiatan yang boleh Pasien lakukan.

Rasional: Contoh peran yang dilihat Pasien akan memotivasi Pasien untuk melaksanakan kegiatan.

- 5) Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih.

Tindakan yang harus dilakukan adalah: beri kesempatan mencoba kegiatan yang telah direncanakan. Rasional: Memberikan kesempatan kepada Pasien mandiri dirumah. Beri pujian atas keberhasilan Pasien. Rasional: Reinforcement positif akan meningkatkan harga diri.

Diskusikan kemungkinan pelaksanaan dirumah. Rasional: Memberikan kesempatan untuk tetap melakukan kegiatan yang biasa dilakukan.

- 6) Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan Pasien.

Rasional: Reinforcement positif akan meningkatkan harga diri.

- 7) Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih.

Tindakan yang harus dilakukan adalah beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatih. Rasional: Memberikan kesempatan untuk tetap melakukan kegiatan yang biasa dilakukan. Beri pujian atas kegiatan yang dapat dilakukan Pasien setiap hari. Rasional: Reinforcement positif akan meningkatkan harga diri terhadap Pasien. Tingkatan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan.

Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih.

Rasional: Meningkatkan kedisiplinan Pasien dalam menjalankan kegiatan yang telah direncanakan oleh Pasien. Berikan kesempatan kepada Pasien untuk mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan. Rasional: Menghargai pendapat orang lain, dan meningkatkan harga diri Pasien supaya Pasien tidak menjadi orang yang tergantung pada orang lain.

2. Strategi Pelaksanaan SP 2 Pasien

a. Tujuan:

- 1) Jadwal harian Pasien terevaluasi oleh perawat
- 2) Pasien dapat melatih kemampuan kedua yang dapat dilakukan.
- 3) Menganjurkan Pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

b. Kriteria evaluasi:

- 1) Pasien dapat mengevaluasi kegiatannya
- 2) Pasien dapat melatih kemampuan kedua yang dapat dilakukan
- 3) Pasien dapat memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

c. Intervensi :

- 1) Evaluasi jadwal harian Pasien oleh perawat
- 2) Latih kemampuan kedua Pasien yang dapat dilakukan
- 3) Anjurkan Pasien untuk memasukkan kemampuan kedua didalam jadwal kegiatan harian

3. Strategi Pelaksanaan SP Keluarga menurut (Rahmawati, 2021)

- a. Tujuan: Keluarga mampu merawat Pasien dengan Harga Diri Rendah dirumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi Pasien.
- b. Kriteria evaluasi :
 - 1) Keluarga mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki Pasien.
 - 2) Keluarga mampu menyediakan fasilitas untuk Pasien melakukan kegiatan.
 - 3) Keluarga mampu mendorong Pasien melakukan kegiatan
 - 4) Keluarga mampu memuji Pasien saat Pasien melakukan kegiatan.
 - 5) Keluarga mampu membantu melatih Pasien.
 - 6) Keluarga mampu membantu menyusun jadwal kegiatan Pasien.
 - 7) Keluarga mampu membantu perkembangan pasien.
- c. Intervensi : Strategi pelaksanaan SP 1 keluarga
 - 1) Identifikasi Masalah yang dirasakan dalam merawat Pasien
Rasional: Mendorong keluarga untuk mampu merawat Pasien mandiri dirumah.
 - 2) Jelaskan proses terjadinya harga diri rendah
 - 3) Jelaskan tentang cara merawat Pasien harga diri rendah Rasional: Meningkatkan peran keluarga dalam merawat Pasien dirumah.
 - 4) Susun jadwal keluarga untuk merawat Pasien Rasional: Jadwal yang tepat membantu keluarga untuk mensupport Pasien dalam mempercepat proses penyembuhan.
- d. Strategi pelaksanaan SP 2 keluarga
 - 1) Evaluasi kemampuan SP 1

- 2) Latih keluarga langsung ke Pasien
 - 3) Menyusun jadwal keluarga untuk merawat Pasien
- e. Strategi pelaksanaan SP 3 keluarga
- 1) Evaluasi kemampuan keluarga
 - 2) Evaluasi kemampuan Pasien
 - 3) Susun jadwal keluarga untuk follow up dan rujukan.

2.3.4 Implementasi

Menurut (Mustofa et al., 2022), implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat Apakah rencana tindakan Masih sesuai dan dibutuhkan Pasien sesuai dengan kondisinya (here and now).

Perawat juga menilai diri sendiri, Apakah kemampuan interpersonal, intelektual, Teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali Apakah aman bagi Pasien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan.

2.3.5 Evaluasi

Kemampuan yang diharapkan dari pasien ketika telah dilakukann implementasi menurut (Keliat et al., 2019), sebagai berikut:

1. Pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

2. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat dikerjakan
3. Pasien dapat melatih kemampuan yang dapat dikerjakan
4. Pasien dapat membuat jadwal kegiatan harian
5. Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal kegiatan harian.

2.4 Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah merupakan komunikasi yang dilakukan oleh perawat dan tenaga kesehatan lain yang direncanakan dengan teknik tertentu dan berfokus pada kesembuhan pasien serta memperbaiki emosi pasien. Komunikasi terapeutik merupakan strategi perawat untuk memberikan bantuan kepada pasien dalam memenuhi kebutuhan kesehatan (Fazriyani & Mubin, 2021)

Pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik merupakan proses interaksi yang dilakukan antara perawat dan pasien dengan teknik- teknik tertentu baik verbal maupun nonverbal yang secara sadar dan dirancang untuk memberikan bantuan kepada pasien memenuhi kebutuhan kesehatannya. Komunikasi terapeutik juga merupakan salah satu cara membina hubungan saling percaya antara perawat- pasien sehingga dapat membawa dampak positif dan kepuasan dalam layanan kesehatan.

2.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Tujuan komunikasi terapeutik untuk mengembangkan pribadi klien ke arah yang lebih positif pada pertumbuhan pasien meliputi:

1. Realisasi diri, penerimaan diri dan rasa hormat terhadap diri sendiri.

2. Identitas diri yang jelas dan rasa integritas diri yang tinggi.
3. Kemampuan membina hubungan interpersonal yang intim, saling tergantung dan mencintai.
4. Peningkatan fungsi dan kemampuan memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistis.

2.4.3 Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik

Beberapa prinsip dasar yang dipahami dalam membangun dan mempertahankan hubungan yang terapeutik:

1. Kejujuran

Kejujuran merupakan modal utama agar dapat melakukan komunikasi yang bernilai terapeutik, tanpa kejujuran mustahil dapat membina hubungan saling percaya.

2. Tidak Membingungkan

Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti oleh klien. Komunikasi nonverbal harus mendukung komunikasi verbal yang disampaikan.

3. Bersikap Positif

Bersikap positif dapat ditunjukkan dengan sikap yang hangat, penuh perhatian dan penghargaan terhadap klien.

4. Empati

Sikap empati diperlukan dalam asuhan keperawatan karena dengan sikap empati perawat mampu merasakan dan memikirkan permasalahan seperti yang dirasakan dan dipikirkan oleh klien, tetapi

tidak larut pada permasalahan.

2.4.4 Sikap Dalam Berkomunikasi Terapeutik

Pada saat berkomunikasi terapeutik, perawat dapat menghadirkan sikap diri secara fisik

1. Berhadapan

Hal ini memiliki arti bahwa perawat siap untuk pasien.

2. Mempertahankan Kontak Mata

Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai pasien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.

3. Membungkuk Ke Arah Pasien

Pada posisi ini menunjukkan keinginan untuk menyatakan atau mendengarkan sesuatu.

4. Memperlihatkan Sikap Terbuka

Dalam posisi ini diharapkan tidak melipat kaki atau tangan untuk menunjukkan keterbukaan dalam berkomunikasi dan siap membantu.

5. Tetap Rileks

Mengendalikan keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respon kepada pasien, meskipun dalam situasi yang kurang menyenangkan.

2.4.5 Teknik Dalam Berkomunikasi terapeutik

Teknik-teknik dalam komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut:

1. Mendengarkan aktif dengan penuh perhatian
2. Menunjukkan penerimaan berarti tidak menunjukkan keraguan atau tidak setuju.
3. Menanyakan pertanyaan berkaitan topik untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai klien.
4. Mengulang kembali ucapan klien untuk memberikan umpan balik sehingga klien tahu bahwa perasaannya dapat dimengerti sehingga diharapkan komunikasi berlanjut.
5. Apabila terjadi kesalahpahaman, perawat perlu menghentikan pembicaraan Untuk mengklarifikasikan dan menanyakan pengertian karena informasi sangat Penting dalam memberikan pelayanan keperawatan.
6. Memfokuskan berguna untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti.
7. Perawat perlu memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya, sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengan benar.
8. Tambahan informasi memungkinkan penghayatan yang baik bagi klien karena memberikan tambahan informasi juga merupakan penyuluhan kesehatan.
9. Memberikan kesempatan kepada perawat - klien untuk mengorganisasikan pikiran. Diam terutama berguna saat klien harus mengambil keputusan.

10. Meringkas bermanfaat untuk membantu mengingat topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pada pembicaraan selanjutnya.
11. Memberikan penghargaan atas apa yang sudah dapat dilakukan klien.
12. Menawarkan diri merupakan hal yang perawat lakukan untuk menawarkan rasa tertarik berinteraksi dengan klien.
13. Memberi kesempatan klien untuk memilih topik pembicaraan.
14. Mengajukan untuk meneruskan pembicaraan
15. Menempatkan kejadian secara berurutan
16. Mengajukan klien untuk menguraikan persepsi secara bebas
17. Refleksi

2.4.6 Fase-Fase Komunikasi Terapeutik

Menurut (Pardede et al., 2020) Struktur dalam komunikasi terapeutik terdiri dari empat fase yaitu: fase preinteraksi, fase pengenalan atau orientasi, fase kerja dan fase terminasi. Dalam setiap fase terdapat tugas atau kegiatan perawat yang harus terselesaikan.

1. Fase Preinteraksi

Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai hubungan dengan klien. Tugas perawat pada fase ini yaitu:

- a. Mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasan.

- b. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri, dengan analisa diri perawat akan terlatih untuk memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik bagi klien.
- c. Mengumpulkan data tentang klien, sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi.
- d. Membuat rencana pertemuan secara tertulis, yang akan diimplementasikan saat bertemu dengan klien.

2. Fase Orientasi

Fase ini dimulai pada saat bertemu pertama kali dengan klien. Tugas-tugas perawat pada tahap ini antara lain:

- a. Bina hubungan saling percaya, menunjukkan sikap penerimaan dan komunikasi terbuka, jujur, iklas, menerima klien apa adanya, menepati janji dan menghargai klien.
- b. Merumuskan kontrak bersama klien. Kontrak penting untuk menjaga kelangsungan sebuah interaksi. Kontrak yang harus disetujui bersama dengan klien yaitu, tempat, waktu dan topik pertemuan.
- c. Menggali perasaan dan pikiran serta mengidentifikasi masalah klien.
- d. Merumuskan tujuan dengan klien. Tujuan dirumuskan setelah masalah klien

teridentifikasi. Hal yang perlu diperhatikan pada fase:

- 1) Memberikan salam terapeutik disertai mengulurkan tangan jabatan tangan
- 2) Memperkenalkan diri perawat
- 3) Menyepakati kontrak topik, tempat, dan lamanya pertemuan.

- 4) Melengkapi kontrak. Pada pertemuan pertama perawat perlu melengkapi penjelasan tentang identitas serta tujuan interaksi agar klien percaya kepada perawat.
- 5) Evaluasi dan validasi. Evaluasi ini juga digunakan untuk mendapatkan fokus pengkajian lebih lanjut, kemudian dilanjutkan dengan hal-hal yang terkait dengan keluhan utama.
- 6) Menyepakati masalah. Teknik memfokuskan perawat bersama klien mengidentifikasi masalah dan kebutuhan klien.

3. Fase Kerja

Tahap ini merupakan inti dari proses komunikasi terapeutik. Tahap ini perawat bersama klien mengatasi masalah yang dihadapi klien. Tahap ini berkaitan pula dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah ditetapkan. Teknik berkomunikasi terapeutik yang sering digunakan perawat adalah mengeksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan.

4. Fase Terminasi

Fase ini merupakan fase yang sulit karena hubungan saling percaya sudah terbina dan berada pada tingkat optimal. Terminasi dapat terjadi pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu atau saat klien akan pulang. Perawat dan klien bersama-sama meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan.

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat, yang dibagi dua yaitu:

- a. Terminasi sementara, berarti masih ada pertemuan lanjutan.
- b. Terminasi akhir, terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses

keperawatan secara menyeluruh. Tugas perawat pada fase ini yaitu:

- 1) Mengevaluasi pencapaian tujuan interaksi yang telah dilakukan. Meminta klien menyimpulkan tentang apa yang telah didiskusikan setelah tindakan dilakukan sangat berguna pada tahap terminasi.
- 2) Melakukan evaluasi subjektif, dilakukan dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi atau setelah melakukan tindakan tertentu.
- 3) Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan. Tindak lanjut yang diberikan harus relevan dengan interaksi yang baru dilakukan atau yang akan dilakukan pada pertemuan berikutnya. Tindak lanjut terhadap klien tidak akan pernah kosong menerima proses keperawatan dalam 24 jam.

2.5 Stress dan Adaptasi

2.5.1 Definisi Stress

Stres adalah setiap situasi di mana ada banyak tuntutan mengharuskan seseorang untuk merespon atau melakukan suatu tindakan. Berdasarkan pengertian tersebut dapat dikatakan bahwa stres adalah saat seseorang mengalami beban atau tugas yang berat, tetapi orang tersebut tidak dapat menyelesaikan tugas yang diberikan, maka badan akan menjawab tidak mampu melakukan tugas sehingga orang tersebut dapat mengalami stres. Tetapi juga sebaliknya, jika seseorang memiliki beban kerja yang tinggi tetapi untuk dapat menangani beban dengan tubuh yang merespon dengan baik, maka manusia itu tidak membuat stress. (Olivia et al., 2020).

2.5.2 Macam-Macam Stress

Seperti yang sudah disebutkan bahwa stressor dan sumbernya memiliki banyak keragaman, sehingga dapat disimpulkan stress yang dihasilkan beragam pula. Berdasarkan penyebabnya stress dapat digolongkan menjadi

1. Stres fisik, disebabkan oleh suhu atau temperatur yang terlalu tinggi atau rendah, suara amat bising, sinar yang terlalu terang, atau tersengat arus listrik. (Irawati et al., 2019)
2. Stres kimiawi, disebabkan oleh asam-basa kuat, obatobatan, zat beracun, hormone, atau gas. Stres mikrobiologik, disebabkan oleh virus, bakteri, atau parasit yang menimbulkan penyakit.
3. Stres fisiologik, disebabkan oleh gangguan struktur, fungsi jaringan, organ, atau sistemik sehingga menimbulkan fungsi tubuh tidak normal. Stres proses pertumbuhan dan perkembangan, disebabkan oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada Paka bayi hingga tua.

2.5.3 Sumber Stressor

Sumber stressor merumuskan asal dari penyebab suatu stres yang dapat mempengaruhi sifat dari stresor seperti lingkungan, baik secara fisik, psikososial maupun spiritual. Sumber stresor lingkungan fisik dapat berupa fasilitas-fasilitas seperti air minum, makanan, atau tempat-tempat umum sedangkan lingkungan psikososial dapat berupa suara atau sikap kesehatan atau orang yang ada disekitarnya, sedangkan lingkungan spiritual dapat berupa tempat pelayanan keagamaan seperti fasilitas ibadah atau lainnya. Sumber stressor lain adalah diri sendiri yang dapat berupa perubahan fisiologis dalam tubuh, seperti adanya operasi,

obat-obatan atau lainnya. Sedangkan sumber stressor dari pikiran adalah berhubungan dengan penilaian seseorang terhadap status kesehatan yang dialami serta pengaruh terhadap dirinya (Pardede et al., 2020).

1. Sumber Stres di Dalam Diri Sumber stress dalam diri sendiri pada umumnya dikarenakan konflik yang terjadi antara keinginan dan kenyataan berbeda, dalam hal ini adalah berbagai permasalahan yang terjadi yang tidak sesuai dengan dirinya dan tidak mampu diatasi, maka dapat menimbulkan suatu stress.
2. Sumber Stres di Dalam keluarga Stres ini bersumber dari Masalah keluarga yang ditandai dengan adanya perselisihan Masalah keluarga, Masalah keuangan serta adanya tujuan yang berbeda diantara keluarga permasalahan ini akan selalu menimbulkan suatu keadaan yang dinamakan stress.
3. Sumber Stres di Dalam Masyarakat dan Lingkungan Sumber stress ini dapat terjadi di lingkungan atau masyarakat pada umumnya, seperti lingkungan pekerjaan, secara umumnya, seperti lingkungan pekerjaan, secara umum disebut stress pekerja karena lingkungan fisik, dikarenakan hubungan interpersonal serta kurangnya adaptasi di masyarakat sehingga tidak dapat berkembang.

2.5.4 Cara Mengendalikan Stress

Stres dapat menimbulkan Masalah yang merugikan individu sehingga diperlukan beberapa cara untuk mengendalikannya. Ada beberapa kiat untuk mengendalikan stres (Pardede et al., 2020) yaitu :

1. Positifkan sikap, keyakinan dan pikiran : bersikaplah fleksibel, rasional. Dan adaptif terhadap orang lain, artinya jangan terlebih dahulu menyalahkan orang lain sebelum melakukan introspeksi diri dengan pengendalian internal.
2. Kendalikan faktor-faktor penyebab stres dengan cara mengasah
3. Perhatikan diri sendiri, proses interpersonal dan interaktif, serta lingkungan.
4. Kembangkan sikap efisien
5. Lakukan relaksasi (Teknik nafas dalam)
6. Lakukan visualisasi (angan-angan terarah)

2.6 Mekanisme Koping

2.6.1 Definisi Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan Masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Rahayu et al., 2019)

Sedangkan menurut (Raffy et al., 2020), koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal dan atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu.

Berdasarkan kedua definisi maka yang dimaksud mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan Masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku.

2.6.2 Macam Macam Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (Pardede et al., 2020) yaitu:

1. Mekanisme koping adaptif

Adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan Masalah secara efektif, Teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif.

2. Mekanisme koping maladaptif

Adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan / tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar.

Koping dapat dikaji melalui berbagai aspek, salah satunya adalah aspek psikososial (Keliat et al., 2019) yaitu :

a. Reaksi Orientasi Tugas

Berorientasi terhadap tindakan untuk memenuhi tuntutan dari situasi stress secara realistis, dapat berupa konstruktif atau destruktif.

Misal :

- 1) Perilaku menyerang (agresif) biasanya untuk menghilangkan atau mengatasi rintangan untuk memuaskan kebutuhan.
- 2) Perilaku menarik diri digunakan untuk menghilangkan sumber-sumber ancaman baik secara fisik atau psikologis.
- 3) Perilaku kompromi digunakan untuk merubah cara melakukan, merubah tujuan atau memuaskan aspek kebutuhan pribadi seseorang.

b. Mekanisme pertahanan ego,

Yang sering disebut sebagai mekanisme pertahanan mental.

Adapun mekanisme pertahanan ego adalah sebagai berikut :

- 1) Kompensasi adalah proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya
- 2) Penyangkalan (*denial*) adalah menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini adalah paling sederhana dan primitif.
- 3) Pemindahan (*displacement*) adalah pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang/benda lain yang biasanya netral atau lebih sedikit mengancam dirinya.
- 4) Disosiasi adalah pemisahan suatu kelompok proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya.
- 5) Identifikasi (*identification*) adalah proses dimana seseorang untuk menjadi seseorang yang ia kagumi berupaya dengan mengambil/menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.
- 6) Intelektualisasi (*intellectualization*) adalah pengguna logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.
- 7) Introjeksi (*Introjection*) adalah suatu jenis identifikasi yang kuat dimana seseorang mengambil dan melebur nilai-nilai dan kualitas seseorang atau suatu kelompok ke dalam struktur egonya sendiri, merumuskan hati nurani.

- 8) Isolasi adalah pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka lama.
- 9) Proyeksi adalah pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan emosional dan motivasi yang tidak dapat ditoleransi.
- 10) Rasionalisasi adalah mengemukakan penjelasan yang tampak logis dan dapat diterima pakyarakat untuk menghalalkan / membenarkan impuls, perasaan, perilaku, dan motif yang tidak dapat diterima.
- 11) Reaksi forpaki adalah pengembangan sikap dan pola perilaku yang ia sadari, yang bertentangan dengan apa yang sebenarnya ia rasakan atau ingin lakukan.
- 12) Regresi adalah kemunduran akibat stres terhadap perilaku dan merumuskan ciri khas dari suatu taraf perkembangan yang lebih dini
- 13) Represi adalah pengesampingan secara tidak sadar tentang pikiran, impuls atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, dari kesadaran seseorang; merumuskan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme lain.
- 14) Pemisahan (*splitting*) adalah sikap mengelompokkan orang / keadaan hanya sebagai semuanya baik atau semuanya buruk; kegagalan untuk memadukan nilai-nilai positif dan negatif di dalam diri sendiri.

- 15) Sublimasi adalah penerimaan suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami halangan dalam penyalurannya secara normal.
- 16) Supresi adalah suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merumuskan analog represi yang disadari; pengesampingan yang disengaja tentang suatu bahan dari kesadaran seseorang; kadang-kadang dapat mengarah pada represi yang berikutnya.
- 17) Undoing adalah tindakan/ perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian dari tindakan/ perilaku atau komunikasi sebelumnya; merumuskan mekanisme pertahanan primitif.

2.6.3 Jenis jenis Koping

1. Emotion-Focused Coping

Yaitu individu melibatkan usaha-usaha untuk mengatur emosinya dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan. Hasil penelitian membuktikan bahwa individu menggunakan kedua cara tersebut untuk mengatasi berbagai Masalah yang menekan dalam berbagai ruang lingkup kehidupan sehari-hari(Pardede et al., 2020)Emotion-focused coping cenderung dilakukan apabila individu tidak mampu atau merasa tidak mampu mengubah kondisi yang stressful, yang dilakukan individu adalah mengatur emosinya. Sebagai Contoh: ketika seseorang yang dicintai meninggal dunia, dalam situasi ini, orang biasanya mencari dukungan emosi

dan mengalihkan diri atau menyibukkan diri dengan melakukan pekerjaan-pekerjaan rumah atau kantor.

Dalam *emotion-focused coping* hal ini dapat di gunakan cara mekanisme pertahanan *ego oriented reaction* antara lain:

a. Kompensasi

Proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya.

Contoh : seseorang tidak pandai matematika, berusaha menonjolkan keahliannya di bidang seni

b. Penyangkalan (denial)

Menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini adalah paling sederhana dan primitif.

Contoh : seseorang yang baru putus dengan pacarnya berusaha menghindari pembicaraan mengenai pacar.

c. Pemindahan (displacement)

Pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang/benda lain yang biasanya netral atau lebih sedikit mengancam dirinya.

Contoh : seseorang yang bertengkar dengan temannya, dirumah justru marah-marah terhadap adiknya.

d. Identifikasi (identification)

Proses dimana seseorang untuk menjadi seseorang yang ia kagumi berupaya dengan mengambil/menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.

Contoh : seseorang mengidolakan Giring Nidji, maka dia akan berusaha menirunya.

e. Introjeksi (Introjection)

Suatu jenis identifikasi yang kuat dimana seseorang mengambil dan melebur nilai-nilai dan kualitas seseorang atau suatu kelompok ke dalam struktur egonya sendiri, merumuskan hati nurani.

Contoh : kekecewaan atas kematian orang yang dicintai dialihkan dengan cara menyalahkan diri sendirian

f. Isolasi

Pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka lama.

Contoh : seseorang punya Masalah, tapi tidak mau memikirkan Masalah tersebut.

g. Proyeksi

Pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan emosional dan motivasi yang tidak dapat ditoleransi.

Contoh : seseorang menyangkal bahwa ia menyukai temannya, berbalik menuduh bahwa temannya itu berusaha merayunya.

h. Rasionalisasi

Mengemukakan penjelasan yang tampak logis dan dapat diterima pakyarakat untuk menghalalkan/membenarkan impuls, perasaan, perilaku, dan motif yang tidak dapat diterima.

Contoh : seorang murid yang mendapat nilai buruk ketika ditanya orang tuanya justru menyalahkan cara mengajar gurunya.

i. Reaksi forpaki

Pengembangan sikap dan pola perilaku yang ia sadari, yang bertentangan dengan apa yang sebenarnya ia rasakan atau ingin lakukan.

Contoh : seseorang yang menyukai teman suaminya akan memperlakukan teman suaminya dengan kasar

j. Regresi

Kemunduran akibat stres terhadap perilaku dan merumuskan ciri khas dari suatu taraf perkembangan yang lebih dini

Contoh : seseorang yang sudah dewasa, karena ada Masalah, justru menjadi seperti anak kecil kembali.

k. Represi

Pengesampingan secara tidak sadar tentang pikiran, impuls atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, dari kesadaran seseorang; merumuskan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme lain.

Contoh : Melihat temannya meninggal. Perilaku seolah-olah lupa kejadian tersebut

l. Sublipaki

Penerimaan suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata pakyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami halangan dalam penyalurannya secara normal.

Contoh : penyaluran impuls agresif ke olah raga atau kegiatan yang bermanfaat.

m. Supresi

Suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merumuskan analog represi yang disadari; pengesampingan yang disengaja tentang suatu bahan dari kesadaran seseorang; kadang-kadang dapat mengarah pada represi yang berikutnya.

n. Undoing

Tindakan/ perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian dari tindakan/ perilaku atau komunikasi sebelumnya; merumuskan mekanisme pertahanan primitif.

Contoh : seorang ibu yang menyesal telah memukul anaKya beralih memperlakukan anaknya penuh kasih sayang.

o. Penyekatan emosional

Mengurangi keterlibatan ego dan menarik diri menjadi pasif untuk melindungi diri sendiri dari kesakitan atau kekecewaan

Contoh : tidak berharap kepada seseorang terlalu tinggi.

2. Problem-Focused Coping

Problem-Focused Coping adalah suatu usaha untuk mengurangi stressor, dengan mempelajari cara-cara atau keterampilan-keterampilan yang

baru untuk digunakan mengubah situasi, keadaan, atau pokok permasalahan. Individu akan cenderung menggunakan strategi ini apabila dirinya yakin akan dapat mengubah situasi (Wardani & Dewi, 2018). Setiap hari dalam kehidupan kita secara tidak langsung *problem-focused coping* telah sering digunakan, saat kita bernegosiasi untuk membeli sesuatu di toko, saat kita membuat jadwal pelajaran, mengikuti *treatment-treatment* psikologis, atau belajar untuk meningkatkan keterampilan. Aspek-aspek *problem focused coping* yaitu:

a. *Confrontive coping*

Melakukan penyelesaian Masalah secara konkrit.

b. *Planful problem solving*

Menganalisis setiap situasi yang menimbulkan Masalah serta berusaha mencari solusi secara langsung terhadap Masalah yang dihadapi. (Wardani & Dewi, 2018).

2.6.4 Sifat Mekanisme Koping

Dalam buku ajar keperawatan jiwa (Maulana et al., 2019) sifat mekanisme koping ada dua yaitu:

1. Mekanisme konstruktif terjadi ketika kecewa diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebagai tantangan untuk menyelesaikan Masalah. Contoh : saat kehilangan barang atau benda kita akan memperingatkan tubuh dengan cara panik. Tetapi meski panik bukan berarti Masalah akan selesai lebih baik mencari jalan keluar dengan cara mencari.

2. Mekanisme koping destruktif menghindari kecePakan tanpa menyelesaikan konflik. Contoh : memiliki Masalah dengan orang lain bukannya menyelesaikan Masalah tetapi malah menghindar karena tidak mau menjadi rumit Masalahnya.

2.6.5 Faktor yang Memengaruhi Mekanisme Koping

Menurut (Maulana et al., 2019). ada beberapa faktor yang memengaruhi strategi koping, yaitu :

1. Kesehatan fisik

Kesehatan merumuskan hal yang penting, karena selama usaha mengatasi stres individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar.

2. Keyakinan atau pandangan positif

Keyakinan menjadi sumberdaya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (external locus of control) yang mengerahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (helplessness) yang akan menurunkan kemampuan strategi koping tipe problem-solving focused coping.

3. Keterampilan memecahkan Masalah

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi Masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat.

4. Keterampilan sosial

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertingkah laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku di masyarakat.

5. Dukungan sosial

Dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya.

6. Materi

Meliputi sumber daya berupa uang, barang, atau layanan yang biasanya dapat dibeli.

2.7 Pohon Masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah (Keliat et al., 2019)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang asuhan keperawatan jiwa dengan Harga Diri Rendah, maka penulis mengajukan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023 dengan data pengkajian tanggal 23 Januari 2023 pukul 09.00 WIB. Anamnese diperoleh dari Pasien dan No. Register 03.7x.xx sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang laki laki bernama Tn. K berusia 43 tahun, beragama Islam. Bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa. Status perkawinan saat ini Pasien sudah menikah dan memiliki dua putri, sebelum Masuk Rumah Sakit Jiwa Pasien mengatakan bekerja di kampung sebagai buruh tani dan pendidikan terakhirnya MI. Pasien mengatakan tinggal di Rengel, Kota Tuban. Pasien MRS di Ruang Gelatik tanggal 10 Januari 2023 jam 16:34 WIB.

3.1.2 Alasan Masuk

Saat dirumah pasien bicara melantur sejak 1 minggu ini membicarakan hal yang tidak jelas dan ngomong-ngomong sendiri. Pasien juga akhir-akhir ini sering menuduh istrinya selingkuh dan memukuli dadanya sendiri dengan tangannya. Menurut anaknya pasien biasanya bekerja sebagai buruh tani. Pasien juga 1 minggu ini kadang mau makan kadang tidak. Pasien minum obat tidak rutin, hanya diminum semau pasien. Selama kambuh pasien lebih sering keluar rumah tapi bisa kembali

lagi, sehingga pada tanggal 10 Januari 2023 istri dan anaknya membawa pasien di IGD Rumah Sakit Jiwa Menur dan MRS di ruang Gelatik pada jam 16:34 WIB.

Saat pengkajian pasien mengatakan merasa tidak berguna sebagai kepala keluarga karena tidak bisa mencukupi kebutuhan sehari-hari, hanya istrinya yang selama ini menafkahi keluarganya. Pasien tampak menunduk, kontak mata kurang dan nada bicara lirih.

Keluhan Utama

Pasien mengatakan tidak berguna sebagai kepala keluarga karena tidak bisa mencukupi kebutuhan sehari, hanya istrinya yang selama ini menafkahi keluarganya. Pasien tampak menunduk, kontak mata kurang dan nada bicara lirih.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Pasien pernah 2x MRS di Rumah Sakit Jiwa Menur. MRS pertama tanggal 13/03/2021 dengan keluhan marah-marah dan memukul istri dan tetangganya tanpa sebab. MRS kedua pada tanggal 02/10/2021 dengan keluhan bicara, marah-marah dan sering keluar rumah (ngeluyur).

2. Riwayat pengobatan sebelumnya

Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena obat tidak diminum secara rutin, hanya semaunya saja jika minum obat.

3. Pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku kekerasan

Pasien tidak pernah mengalami pengalaman aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, tindakan kriminal.

Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Keluarga

4. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti pasien, tidak ada anggota keluarga yang mengalami gejala gangguan jiwa dan tidak ada anggota keluarga yang mengalami riwayat pengobatan/perawatan jiwa.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

5. Riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan merasa malu karena sering tidak pernah naik kelas berkali-kali waktu masih di bangku sekolah dasar. Respon pasien pada saat itu merasa malu saat tidak naik kelas. Dampak dari kejadian itu pasien lebih cenderung menutup diri dari keluarga dan lingkungannya.

Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital :

TD	: 120/73 mmHg	N	: 86 x/menit
S	: 36,4 °C	Rr	: 20 x/menit
SpO2	: 98 %		

2. Ukur :

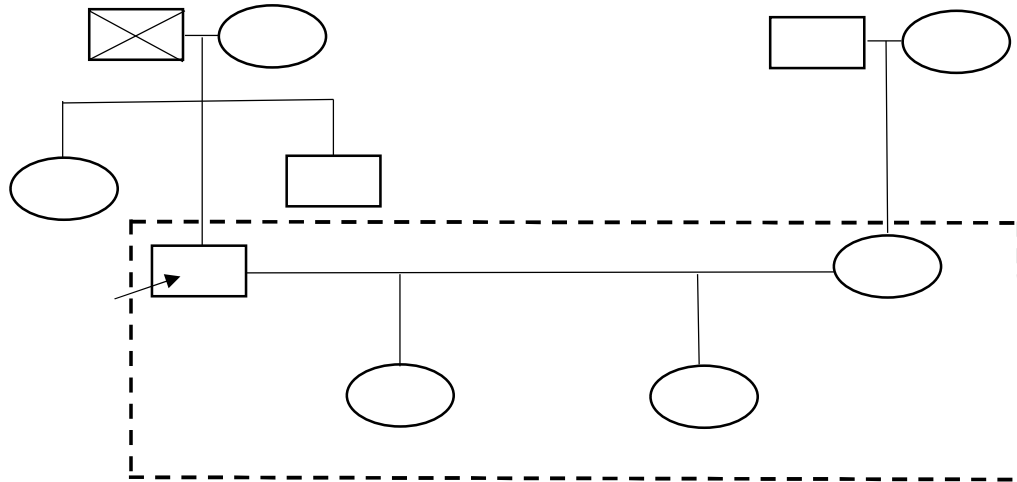
TB	: 163 cm	BB	: 65 kg
IMT	: $65 : (1,63 \times 1,63) = 24,5$ Kesimpulan : Normal		

3. Keluhan Fisik : Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan.

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Gambar 3. 1 Genogram Tn.K

Keterangan :

□ : Laki Laki

○ : Perempuan

X : Meninggal

----- : Serumah

↘ : Pasien

Pasien adalah anak kedua dari 3 bersaudara, orang tua laki-laki pasien meninggal dunia, pasien mempunyai istri dan 2 anak perempuan, pasien tinggal serumah dengan istri dan 2 anak perempuannya. Hubungan pasien dengan Istri dan kedua anaknya tidak baik karena sering bertengkar.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya karena merasa itu anugerah dari Tuhan.

b. Identitas

Pasien mengatakan namanya karji berusia 43 tahun tinggal di rengel tuban berjenis kelamin laki-laki dan menerima dirinya sebagai laki-laki.

c. Peran

Pasien mengatakan merasa gagal menjadi kepala keluarga karena tidak bisa mencukupi kebutuhan sehari-hari, hanya istrinya yang selama ini menafkai keluarganya.

d. Ideal diri

Pasien mengatakan berharap segera sembuh agar bisa pulang berkumpul dengan keluarga dan bisa bekerja kembali untuk menafkai keluarganya.

e. Harga diri

Pasien mengatakan merasa sedih karena tidak ada kunjungan dari keluarganya

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah istrinya karena selalu mengerti dengan kondisinya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok / masyarakat karena pasien malu dan takut diejek oleh tetangganya.

- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak pernah mengajak ngobrol tetangganya karena takut di ejek tetangganya

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri

4. Spiritual

- a. Nilai dari keyakinan

Pasien mengatakan bahwa tidak merasa mengalami gangguan jiwa dan tidak ada hubungan dengan agama.

- b. Kegiatan ibadah

SMRS : Pasien mengatakan rajin beribadah sholat 5 waktu.

MRS : Pasien mengatakan tidak beribadah karena tidak ada peralatan sholat.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Panampilan pasien terlihat pakaian tidak rapi, rambut acak – acakan tidak disisir , badan berbau.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan Diri

2. Pembicaraan

Pada saat dikaji pasien nada berbicara dengan lambat dan lama. Seperti saat di tanya “bapak sudah makan?” pasien tidak spontan untuk menjawab “iya pak”. Jawaban pasien singkat “ya” dan kontak mata kurang.

Masalah Keperawatan : Hambatan Komunikasi Verbal

3. Aktivitas Motorik

Saat pengkajian pasien terlihat gelisah, ingin segera mengakhiri percakapan dengan perawat.

Masalah Keperawatan : Ansietas

4. Alam Perasaan

Pasien merasa sedih karena tidak segera pulang karena kangen dengan istri dan kedua anaknya.

Masalah Keperawatan : Ansietas

5. Afek

Pasien tampak datar tidak ada perubahan raut wajah saat diberikan stimulus senang maupun sedih. Contoh saat membicarakan masa lalu yang pernah tidak naik kelas dan bercerita tentang keluarganya

Masalah Keperawatan : Perubahan Proses Pikir

6. Interaksi dalam wawancara

Kontak mata pasien kurang, pasien tampak sering menunduk saat berbicara dengan pasien.

Masalah Keperawatan : Hambatan Komunikasi Verbal

7. Persepsi halusinasi

Menurut keterangan keluarga saat pasien di rumah berbicara sendiri. Saat pengkajian pasien mengatakan tidak pernah mendengar bisikan-bisikan atau suara-suara, pasien tidak melihat bayangan-bayangan, tidak ada halusinasi pengecapan, perabaan dan pembauan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

8. Proses pikir

Pasien beberapa kali terlihat diam kemudian tidak jadi melanjutkan kalimat yang sempat tertunda tadi.

Masalah Keperawatan : Perubahan Proses Pikir

9. Isi pikir

Isi pikir pasien sesuai mempunyai waham curiga “pasien mencurigai istrinya telah berselingkuh”.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

10. Tingkat kesadaran

Pasien mengetahui bahwa saat ini siang hari, Pasien mengetahui bahwa dirinya berada di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

11. Memori

Saat pasien ditanya “Pak dulu kerja dimana? Kerjanya berapa lama?”, pasien dapat menjawab pertanyaan tersebut dengan nada pelan “Saya dulu bekerja di persawahan sebagai buruh tani, kerjanya dari jam 7 pagi sampe jam 4 sore”.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu mengulangi pembicaraan dan mampu berhitung sederhana 1-10.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

13. Kemampuan penilaian

Saat dikaji pasien tidak mampu mengambil keputusan, pada saat di tanya “Apa tujuan dan manfaat mandi dahulu sebelum makan. Pasien diam tidak bisa menjawab.

Masalah Keperawatan : Perubahan Proses Pikir

14. Daya tilik diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak merasa sakit gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Perubahan Proses Pikir

3.1.7 Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan pasien memenuhi/ menyediakan kebutuhan

Pasien belum mampu memenuhi kebutuhan makanan, keamanan, perawatan kesehatan, pakaian, transportasi, tempat tinggal dan uang.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

2. Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri “ apakah memerlukan bantuan minimal / total ”

ADL pasien masih diarahkan oleh perawat.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

b. Nutrisi (apakah puas dengan pola makan anda, apakah anda harus makan memisahkan diri

Pasien makan 3 kali sehari. Porsi makan habis 1 porsi dari menu RS dan memisahkan diri dari teman lainnya.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri

c. Tidur

Pasien tidur malam setelah mengkonsumsi obat malam jam 18.30 WIB. Mengungkapkan segar setelah bangun pagi, tidak terbiasa tidur siang, tidur malam jam 22.00 WIB bangun sekitar jam 05.30 WIB setiap hari nya, tidak ada laporan dari perawat ruangan bahwa pasien gelisah dan berbicara sendiri saat tidur malam.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Kemampuan pasien dalam

ADL bantuan total, pasien tidak mampu membuat keputusan, mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan kesehatan.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

4. Pasien memiliki sistem pendukung

Keluarga mendukung pengobatan pasien dengan membawa pasien berobat di RSJ Menur, pasien mendapatkan tenaga profesional perawat dan dokter yang berusaha merawat untuk kesembuhan pasien, kelompok sosial lingkungan sekitar pasien juga turut peduli untuk membantu kesembuhan pasien.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Apakah pasien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi

Pasien mengatakan senang dengan jika dia bisa mendapatkan pekerjaan yang tetap.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Pasien mengatakan mudah tersinggung dan marah jika ada masalah.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

3.1.9 Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Pasien tidak ada masalah spesifik dengan kelompok, pendidikan, perumahan, ekonomi, pelayanan kesehatan, dan lainnya, akan tetapi hanya mempunyai masalah dengan lingkungan dan pekerjaan karena pasien mengatakan “Tidak pernah mengikuti kegiatan apapun di lingkungan rumah dan berharap mendapatkan pekerjaan tetap”

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang riwayat penyakit jiwa yang dialaminya dan manfaat obat yang diminumnya.

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan

3.1.11 Data Lain - Lain

1. Hasil Laboratorium Tn. S tanggal 10/01/2023

Tabel 3. 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn.K

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	4,67 10 ³ /uL	3,80-10,60
NEUT	11,28 10 ³ /uL	1,26-7,30
MONO	2,08 10 ³ /uL	0,10-0,80
IG	0,22 10 ³ /uL	0,00-0,03
LYMPH	19,4 %	25,00-40,00

2. Swab antigen tanggal 10/01/2023 : negative (-)

3.1.12 Aspek Medik

1. Diagnosa Medik : F.20.3 Skizofrenia tak terinci
2. Terapi Medik :

Tabel 3. 2 Terapi Medis Tn.K

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi	Kontra Indikasi
1	Risperidone	2x3mg	Oral	Gangguan kecemasan	Penyakit liver, Ginjal, Parkinson, Kejang, Diabetes
3	Clozapine	2x50mg	Oral	Mengobati skizofrenia yang intoleran dengan obat antipsikotik	Kelainan jantung berat, Kerusakan ginjal
2	Trihexyphe nityl	2x2mg	Oral	Parkinson, Gangguan ekstrapiramidal karena obat	Retensi urine, Glaukoma, Obstruksi saluran cerna

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

1. Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik
2. Harga Diri Rendah
3. Isolasi Sosial : Menarik Diri
4. Defisit Perawatan Diri
5. Hambatan Komunikasi Verbal
6. Ansietas
7. Perubahan proses Pikir
8. Koping Individu Tidak efektif
9. Defisit Pengetahuan

3.1.14 Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Harga Diri Rendah
2. Isolasi Sosial
3. Koping Individu Tidak Efektif

3.2 Pohon Masalah



Gambar 3. 2 Pohon Masalah Tn.K

3.3 Analisa Data

Nama : Tn. K

RM : 03.7x.xx

Ruangan : Gelatik I

Tabel 3. 3 Analisa Data Tn.K

Tgl	Data	Masalah	T.T
Senin 23/01/23	<p>DS : Pasien mengatakan merasa tidak berguna sebagai kepala keluarga karena tidak bisa mencukupi kebutuhan sehari-hari</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak menunduk. 2. Kontak mata kurang 3. Nada bicara lirih 	Harga Diri Rendah (SDKI D.0086 hal 192)	Isr
Senin 23/01/23	<p>DS : Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok / masyarakat karena pasien malu dan takut diejek oleh tetangganya.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak menunduk. 2. Kontak mata kurang 	Isolasi Sosial (SDKI D.0121 hal 268)	Isr
Senin 23/01/23	<p>DS : Pasien mengatakan mudah tersinggung dan marah jika ada masalah</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak cemas 	Koping Tidak Efektif (SDKI D. 0096 hal 210)	Isr

3.4 Rencana Keperawatan

Nama : Tn. K
 RM : 03.7x.xx
 Ruang : Gelatik I

Nama Mahasiswa : Iskandar
 Institusi : STIKES Hang Tuah

Tabel 3. 4 Rencana Asuhan Keperawatan Tn.K

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan		Rasional
	Tujuan	Tindakan Keperawatan	
Harga diri Rendah	<p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 2. Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain. <p>Psikomotorik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekspresi wajah bersahabat. 2. Menunjukkan rasa senang, ada kontak mata. 3. Mau berjabat tangan. 4. Mau menyebutkan nama. 5. Mau menjawab salam. 6. Mau duduk berdampingan dengan mahasiswa perawat. 7. Mau mengutarakan masalah yang di hadapi. <p>Afektif :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam dan panggil nama pasien 2. Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan 3. Jelaskan maksud hubungan interaksi 4. Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat 5. Beri rasa aman dan sikap empati 	<p>Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sedikit kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan mahasiswa perawat. 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan. 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan. 		
Harga diri Rendah	<p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 2. Pasien mampu menyebutkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki <p>Psikomotorik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu berlatih sesuai kemampuan yang dipilih. 2. Pasien mampu memilih kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif. 2. Pasien merasa nyaman selama interaksi. 	<p>SP 1P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien 2. Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang dapat digunakan 3. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien 4. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih 5. Memberikan pujian yang wajar pasien terhadap keberhasilan pasien 6. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tingkat kemampuan yang dimiliki pasien. 2. Melatih kemampuan pasien dapat mengetahui kemampuan yang ada di dalam diri pasien
Harga diri Rendah	<p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 2. Pasien mampu latihan kemampuan dan aspek positif ke dua yang dimiliki. 	<p>SP 2P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih kemampuan kedua 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 	Melatih kemampuan kedua pasien dapat meningkatkan tingkat kepercayaan diri pasien

	<p>Psikomotor :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien mampu berlatih kemampuan kedua sesuai yang dipilih. <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien kooperatif.2. Pasien merasa nyaman selama interaksi.		
--	--	--	--

3.5 Tindakan Keperawatan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Tn. K
 RM : 03.7x.xx
 Ruang : Gelatik I

Nama Mahasiswa : Iskandar
 Institusi : STIKES Hang Tuah

Tabel 3.5 Tindakan Keperawatan Tn.K Hari ke 1

Diagnosa Keperawatan	Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Ttd Perawat
Harga Diri Rendah	Senin 23/01/2023 07.00 08.15 09.00 10.00	Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan Melakukan pemeriksaan vital sign T : 120/73 mmHg N : 86x/mnt RR: 20x/mnt S : 36,4C SpO2 : 98% Melakukan pengkajian dan mendengarkan keluhan pasien Melakukan bina hubungan saling percaya “Selamat pagi pak! Bagaimana perasaan bapak selama di rawat disini?” Melakukan intervensi keperawatan SP 1P (SPTK hari ke 1) “Assalamualaikum wr wb, Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya perawat Iskandar,	Subyektif : 1. “Pasien mengatakan sedih karena ingin segera pulang.” 2. “Pasien menjawab salam (wa’alaikumsalam wr wb), selamat pagi juga mas dan mengatakan namanya Tn.K asalnya dari Tuban dan sudah dirawat selama 13 hari di RSJ Menur.” 3. “Pasien mengatakan bersedia diajak berbincang-bincang dengan perawat.” 4. “Pasien mengatakan kegiatan yang saya lakukan selama di Ruang Gelatik menata tempat tidur dan sholat.”	Isr

	<p>saya mahasiswa yang sedang praktik disini. Nama bapak siapa, asalnya darimana dan sudah berapa lama dirawat disini?”</p> <p>“Maksud dan tujuan saya adalah ingin berbincang-bincang dengan bapak, waktunya hanya 30 menit saja, Untuk tempatnya di ruang makan, Apa bapak bersedia?”</p> <p>“Saya ingin tahu kegiatan apa saja yang bisa bapak lakukan selama di Ruang Gelatik?”</p> <p>“Dari 2 kegiatan yang bapak lakukan disini, coba bapak praktikkan apakah kegiatan yang bapak lakukan sudah benar? Coba sekarang bapak praktikkan kegiatan yang pertama menata tempat tidur! Bagus pak! Sekarang bapak praktikkan kegiatan yang kedua sholat walaupun tidak ada alat sholat yang lengkap! Bagus pak!”</p> <p>“Dari menata tempat tidur bapak sudah benar tapi kurang rapi, dari sholat tadi bapak sudah melakukan wudhu dengan benar tapi bapak tidak memakai alas untuk sholat dan arah kiblatnya salah tapi langkah sholatnya sudah benar.”</p> <p>“Saya akan mengajarkan kegiatan pertama yang bisa bapak lakukan di Ruang Gelatik! Kita belajar sholat dulu ya pak!”</p> <p>“Saya akan mengajarkan cara-cara yang benar saat mau sholat ya pak!”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. “Pasien mengatakan saya akan melakukan cara sholat sesuai yang telah diajarkan mas Iskandar dan akan rajin sholat saat di rumah.” 6. “Pasien mengatakan selama di Ruang Gelatik saya minum obat teratur, tidak saya buang, minum obat 2x setelah makan pagi dan malam mas.” 7. “Pasien mengatakan saya tidak ada alergi hanya mengantuk mas setelah meminum obat” 8. “Iya mas nanti saya akan minum obat teratur saat di Ruang Gelatik dan jika saya sudah pulang.” 9. “Alhamdulillah mas saya senang karena sekarang sudah bisa cara sholat dan arah kiblat yang benar.” 10. Pasien mengatakan bersedia untuk pertemuan hari kedua dengan perawat.” <p>Obyektif : Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mempraktikkan cara menata tempat tidur dan cara sholat dari mulai wudlu sampai sholat. 	
--	--	--	--

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil air wudhu dulu. 2. Ambil selimut yang ada di tempat tidur lalu arahkan ke arah kiblat. 3. Posisi bapak harus berada di atas selimut sini biar tidak najis saat sholat. 4. Selesai sholat bapak jangan lupa untuk berdoa supaya diberikan kesembuhan dan tercapai apa yang bapak inginkan. <p>“Coba sekarang bapak praktikkan kembali apa yang sudah saya ajarkan tadi! Bagus pak! Sekarang bapak sudah benar untuk cara sholatnya! Selamat ya pak!”</p> <p>“Jika nanti bapak akan sholat di Ruang Gelatik, ikuti semua cara yang sudah saya ajarkan tadi ya pak! Jangan lupa juga saat di rumah bapak harus rajin sholat ya!”</p> <p>“Apakah selama disini bapak minum obat dengan teratur? Apakah ada efek samping obat atau alergi setelah bapak mengkonsumsi obat?”</p> <p>“Saya harap bapak nanti minum obat dengan teratur saat di Ruang Gelatik dan dirumah juga ya!”</p> <p>“Bagaimana perasaan bapak setelah belajar cara sholat yang benar tadi? Apakah bapak senang bisa sholat walaupun tanpa peralatan sholat yang lengkap?”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien tampak kurang rapi saat menata tempat tidur, saat sholat tidak memakai alas / di lantai dan tidak tau arah kiblat yang benar. 3. Pasien mampu mempraktikkan cara sholat yang telah diajarkan perawat. <p>Psikomotorik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menyebutkan cara sholat yang benar. <p>Afektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih kadang menunduk. 2. Pasien tampak senang diajarkan cara sholat dengan benar. 3. Kontak mata sudah ada. <p>Assesmen : SP1P teratasi</p> <p>Planning : Lanjutkan SP2P, Evaluasi SP1P, Monitor kepatuhan minum obat dan Efek samping obat</p>	
--	--	--	--

	14.00	<p>“Coba sebutkan cara yang benar saat sholat tadi pak! Bagus pak! Coba sebutkan cara yang benar saat sholat sekali lagi pak! Bagus pak!”</p> <p>“Untuk pertemuan besok pagi saya akan mengevaluasi dari yang saya ajarkan tadi dan mengajarkan untuk kegiatan yang ke dua menata tempat tidur dengan benar ya pak! Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 10.00 WIB ya pak!”</p> <p>“Terimakasih atas waktunya, semoga bapak cepat sembuh ya! Assalamualaikum wr wb”</p> <p>Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan.</p> <p>Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik Sore (14.00 WIB.-21.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang. 2. ADL mandiri. 3. Porsi makan sore 18.00 WIB. : habis 1 porsi 4. Tx obat Clozapin 50mg Oral, Risperidone 3mg Oral dan Trihexypenidyl 2mg jam 18.30 WIB. setelah makan malam jam 18.00 WIB. 5. Tidak ada tanda ESO dan alergi <p>Malam (21.00 WIB.-07.00 WIB.) :</p>		
--	-------	---	--	--

		<ol style="list-style-type: none">1. Pasien tidur jam 21.00 WIB. dan bangun jam 05.30 WIB.2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun3. Pasien tampak tenang.4. ADL mandiri5. Porsi makan pagi : habis 1 porsi6. Tx obat Clozapin 50mg Oral, Risperidone 3mg Oral dan Trihexypenidyl 2mg jam 06.55 WIB setelah makan pagi jam 06.30 WIB.7. Tidak ada tanda ESO dan alergi		
--	--	---	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Tn. K
 RM : 03.7x.xx
 Ruang : Gelatik I

Nama Mahasiswa : Iskandar
 Institusi : STIKES Hang Tuah

Tabel 3. 6 Tindakan Keperawatan Tn.K Hari ke 2

Diagnosa Keperawatan	Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Ttd Perawat
Harga Diri Rendah	Selasa 24/01/2023 07.00 08.30 10.00 10.03	Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan Melakukan pemeriksaan vital sign T : 115/80 mmHg N : 89x/mnt RR: 20x/mnt S : 36,7C SpO2 : 97% Melakukan bina hubungan saling percaya “Selamat pagi pak! Hari ini bapak kelihatan sangat tampan sekali!” Melakukan evaluasi keperawatan SP 2P (SPTK hari ke 2) “Assalamualaikum wr wb, Selamat pagi pak, Apakah bapak masih ingat dengan saya?” “Untuk pertemuan ke dua ini, saya akan mengevaluasi apa yang sudah saya ajarkan kemarin dan mengajarkan bapak kegiatan ke dua menata tempat tidur dengan benar,	Subyektif : 1. “Pasien mengatakan, jangan bilang tampan mas kan saya jadi malu.” 2. “Pasien menjawab salam (wa’alaikumsalam wr wb), masih ingat mas, namanya mas Iskandar kan!” 3. “Pasien mengatakan bersedia diajak latihan kegiatan kedua menata tempat tidur dengan perawat.” 4. “Iya mas Iskandar, Saya akan menata tempat tidur saat bangun tidur di rumah sakit maupun di rumah.” 5. “Pasien masih rutin meminum obat di Ruang Gelatik, tidak saya buang,	Isr

	<p>waktunya hanya 20 menit saja, Untuk tempatnya di ruang makan, Apa bapak bersedia?”</p> <p>“Sebelum belajar cara menata tempat tidur, coba bapak praktikkan cara sholat yang benar seperti yang sudah saya ajarkan kemarin pak! Bagus pak mantap!”</p> <p>“Sekarang saya akan mengajarkan bapak cara menata tempat tidur dengan benar! Perhatikan ya pak!</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebas tempat tidur dan bantal dengan penebah kalau tidak ada bapak bisa menggunakan baju. 2. Tarik ujung spreng pada tempat tidur sampai terlihat rapi. 3. Taruh bantal di posisi kepala saat tidur lalu tekan-tekan bantal sampai terlihat rapi. 4. Jika ada selimut lipat menjadi 4 bagian dan taruh di posisi kaki saat tidur. 5. Lihat dan pastikan kembali tempat tidur sudah rapi atau belum 6. Jika belum tata ulang sampai benar-benar rapi. <p>“Coba sekarang bapak praktikkan kembali apa yang sudah saya ajarkan tadi! Bagus pak! Sekarang bapak sudah benar untuk cara menata tempat tidurnya! Selamat ya pak!”</p>	<p>minum obat 2x setelah makan pagi dan malam mas.”</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. “Pasien mengatakan tidak ada alergi obat hanya mengantuk setelah meminum obat.” 7. “Iya mas nanti saya akan minum obat teratur saat di Ruang Gelatik dan jika saya sudah pulang.” 8. “Alhamdulillah mas saya senang karena sekarang sudah bisa cara menata tempat tidur dengan baik dan benar.” 9. “Pasien mengatakan bersedia untuk pertemuan hari ketiga dengan perawat.” <p>Obyektif :</p> <p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mempraktikkan cara cara sholat dari mulai wudlu sampai sholat. <p>Psikomotorik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mempraktikkan cara menata tempat tidur yang telah diajarkan perawat. 2. Pasien mampu mampu mempraktikkan kembali cara 	
--	---	--	--

	<p>14.00</p>	<p>“Jika nanti bapak bangun tidur baik di RS dan saat di rumah segera merapikan tempat tidur sesuai yang sudah saya ajarkan ya pak!” “Apakah bapak masih meminum obat dengan teratur di Ruang Gelatik? Apak ada alergi atau efek samping setelah minum obat pak! Saya harap bapak nanti minum obat dengan teratur saat di Ruang Gelatik dan dirumah juga ya!” “Bagaimana perasaan bapak setelah cara menata tempat tidur dengan benar dan rapi?” “Coba praktikkan lagi cara yang benar menata tempat tidur yang rapi pak! Bagus pak mantap!” “Untuk pertemuan besok pagi saya akan mengevaluasi dari yang saya ajarkan cara sholat dan cara menata tempat tidur dengan benar ya pak! Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 09.00 WIB ya pak!” “Terimakasih atas waktunya, semoga bapak cepat sembuh ya! Assalamualaikum wr wb” Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan.</p> <p>Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik Sore (14.00 WIB.-21.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang. 2. Pasien sudah tidak menunduk. 	<p>menata tempat tidur yang telah diajarkan perawat.</p> <p>Afektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sudah tidak menunduk. 2. Pasien tampak senang diajarkan 2 kegiatan cara menata tempat tidur dan sholat dengan benar. 3. Kontak mata sudah ada. <p>Assesmen : SP2P teratasi</p> <p>Planning : Evaluasi SP1P dan SP2P, Monitor kepatuhan minum obat dan Efek samping obat.</p>	
--	--------------	---	---	--

		<ol style="list-style-type: none"> 3. ADL mandiri. 4. Porsi makan sore 18.00 WIB. : habis 1 porsi 5. Tx obat Clozapin 50mg Oral, Risperidone 3mg Oral dan Trihexypenidyl 2mg jam 18.40 WIB. setelah makan malam jam 18.00 WIB. 6. Tidak ada tanda ESO dan alergi <p>Malam (21.00 WIB.-07.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur jam 21.30 WIB. dan bangun jam 05.00 WIB. 2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun 3. Pasien tampak tenang. 4. Pasien sudah tidak menunduk. 5. ADL mandiri. 6. Porsi makan pagi : habis 1 porsi 7. Tx obat Clozapin 50mg Oral, Risperidone 3mg Oral dan Trihexypenidyl 2mg jam 06.45 WIB setelah makan pagi jam 06.30 WIB. 8. Tidak ada tanda ESO dan alergi 		
--	--	--	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Tn. K
 RM : 03.7x.xx
 Ruang : Gelatik I

Nama Mahasiswa : Iskandar
 Institusi : STIKES Hang Tuah

Tabel 3. 7 Tindakan Keperawatan Tn.K Hari ke 3

Diagnosa Keperawatan	Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Ttd Perawat
Harga Diri Rendah	Rabu 25/01/2023 07.00 08.15 09.00 09.05	Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan Melakukan pemeriksaan vital sign T : 125/74 mmHg N : 76x/mnt RR: 19x/mnt S : 36,3C SpO2 : 99% Melakukan bina hubungan saling percaya “Selamat pagi bapak? Apakah hari ini bapak masih merasa tidak berguna bagi keluarga?” Melakukan evaluasi keperawatan SP 1P dan SP 2P (SPTK hari ke 3) “Assalamualaikum wr wb, Selamat pagi pak, masih ingat dengan saya kan?” “Untuk pertemuan yang ketiga ini saya hanya ingin mengevaluasi hasil dari latihan hari pertama dan kedua pak! Waktunya hanya 20	Subyektif : 1. “Pasien mengatakan alhamdulillah sudah tidak minder lagi mas Iskandar, sekarang saya sudah mempunyai semangat lagi.” 2. “Pasien menjawab salam (wa’alaikumsalam wr wb), masih ingatlah, mas Iskandar kan!” 3. “Pasien mengatakan bersedia diajak evaluasi yang telah diajarkan cara sholat dengan benar walaupun tanpa alat sholat yang lengkap dan cara menata tempat tidur dengan rapi.” 4. “Pasien mengatakan tahu apa yang bisa dilakukan selain mencari uang yaitu dengan membantu istrinya mengerjakan pekerjaan rumah dan	Isr

	<p>menit saja, Untuk tempatnya di ruang makan, Apa bapak bersedia?”</p> <p>“Saya ingin bapak mempraktikkan kembali cara sholat dengan benar walaupun tanpa alat sholat yang lengkap dan cara menata tempat tidur dengan rapi! Bagus pak! Bapak sudah tau kan apa kemampuan bapak selain bekerja dan mencari uang? Semisal bapak dirumah tidak bekerja kan bisa membantu istri bapak mengurus pekerjaan di rumah dan bapak bisa sholat dengan rajin supaya bapak selalu diberikan rejeki sama Allah sehingga dapat menghidupi Istri dan Anak.”</p> <p>“Saya hanya berpesan sama bapak jangan mudah putus asa karena tidak mendapatkan uang karena bapak bisa membantu pekerjaan istri dengan kemampuan yang bapak punyai saat di rumah.”</p> <p>“Bagaimana dengan meminum obatnya pak? Apa bapak masih rutin meminumnya? Apa ada alergi setelah minum obat pak? Saya harap nanti setelah pulang bapak selalu rutin minum obat ya! Biar tidak kambuh kembali”</p> <p>“Bagaimana perasaan bapak setelah belajar kembali cara sholat dengan benar walaupun tanpa alat sholat yang lengkap dan cara menata tempat tidur dengan rapi?”</p> <p>“Coba ulangi sekali lagi pak! Bagus pak!”</p>	<p>sholat lebih rajin lagi supaya mendapatkan rejeki untuk menghidupi anak dan istrinya.”</p> <p>5. “Pasien mengatakan saya tidak akan mudah putus asa lagi karena sudah tau apa yang harus saya lakukan saat saya tidak bisa menafkahi istri dan anak yaitu dengan membatu pekerjaan rumah.”</p> <p>6. “Pasien mengatakan selama di Ruang Gelatik saya minum obat teratur, tidak saya buang, minum obat 2x setelah makan pagi dan malam, tidak ada alergi dan berjanji akan minum obat teratur saat di Ruang Gelatik dan jika saya sudah pulang nanti.”</p> <p>7. “Alhamdulillah mas perasaan saya jauh lebih tenang sekarang.”</p> <p>8. “Saya mengucapkan terimakasih mas Iskandar karena telah diajarkan cara sholat dan menata tempat tidur dengan benar, Semoga mas Iskandar sukses selalu.”</p> <p>Obyektif : Kognitif</p>	
--	---	---	--

	14.00	<p>“Hari ini adalah hari terakhir saya praktik disini pak! Jadi sekalian saya berpamitan dengan bapak! Jangan lupa dengan semua yang sudah saya ajarkan dan jangan lupa minum obat teratur biar bapak tidak kambuh lagi!”</p> <p>“Terimakasih atas waktunya, semoga bapak cepat pulang ya! Assalamualaikum wr wb”</p> <p>Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan.</p> <p>Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik</p> <p>Sore (14.00 WIB.-21.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang. 2. Pasien sudah tidak menunduk 3. ADL mandiri. 4. Porsi makan sore 18.00 WIB. : habis 1 porsi 5. Tx obat Clozapin 50mg Oral, Risperidone 3mg Oral dan Trihexypenidyl 2mg jam 18.15 WIB. setelah makan malam jam 18.00 WIB. 6. Tidak ada tanda ESO dan alergi <p>Malam (21.00 WIB.-07.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur jam 21.20 WIB. dan bangun jam 05.15 WIB. 2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mempraktikkan cara menata tempat tidur dan cara sholat dari mulai wudlu sampai sholat dengan benar. <p>Psikomotorik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengulangi mempraktikkan cara menata tempat tidur dan cara sholat dari mulai wudlu sampai sholat dengan benar. <p>Afektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sudah tidak menunduk. 2. Pasien tampak senang berbicara dengan perawat. 3. Kontak mata sudah ada. <p>Asessmen : SP1P dan SP2P teratasi</p> <p>Planning : Evaluasi SP1P dan SP2P, Monitor kepatuhan minum obat dan Efek samping obat.</p>	
--	-------	--	--	--

		<ol style="list-style-type: none">3. Pasien sudah tidak menunduk.4. Pasien tampak tenang.5. ADL mandiri6. Porsi makan pagi : habis 1 porsi7. Tx obat Clozapin 50mg Oral, Risperidone 3mg Oral dan Trihexypenidyl 2mg jam 07.00 WIB setelah makan pagi jam 06.30 WIB.8. Tidak ada tanda ESO dan alergi		
--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Tn.K dengan masalah utama Harga Diri Rendah di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah meminta izin kepada kepala ruangan dan perawat ruangan, penulis juga meminta izin kepada pasien serta menjelaskan maksud dan tujuan, yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien. Sehingga pasien terbuka, mengerti dan mendukung secara kooperatif.

Hasil yang didapatkan saat melakukan wawancara pada pasien Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur didapatkan hasil guna mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan gangguan persepsi sensori halusinasi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 23 januari 2023 sampai dengan 27 januari 2023 dengan data pengkajian di ruang gelatik pada tanggal 25 januari 2023 pukul 09.00 wib. Anamnesa diperoleh dari hasil pengkajian pada pasien dan file rm nomor register 03.7x.xx.

Pasien adalah seorang laki laki bernama Tn. K berusia 43 tahun, beragama Islam. Bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa.

Status perkawinan saat ini Pasien sudah menikah dan memiliki dua putri, sebelum Masuk Rumah Sakit Jiwa Pasien mengatakan bekerja di kampung sebagai buruh tani dan pendidikan terakhirnya MI. Pasien mengatakan tinggal di Rengel, Kota Tuban. Pasien MRS di Ruang Gelatik tanggal 10 Januari 2023 jam 16:34 WIB.

Saat dirumah pasien bicara melantur sejak 1 minggu ini membicarakan hal yang tidak jelas dan ngomong-ngomong sendiri. Pasien juga akhir-akhir ini sering menuduh istrinya selingkuh dan memukul dadanya sendiri dengan tangannya. Pasien juga 1 minggu ini kadang mau makan kadang tidak. Pasien minum obat tidak rutin, hanya diminum semau pasien. Selama kambuh pasien lebih sering keluar rumah tapi bisa kembali lagi, sehingga pada tanggal 10 Januari 2023 istri dan anaknya membawa pasien di IGD Rumah Sakit Jiwa Menur dan MRS di ruang Gelatik pada jam 16:34 WIB. Pasien pernah 2x MRS di Rumah Sakit Jiwa Menur. MRS pertama tanggal 13/03/2021 dengan keluhan marah-marah dan memukul istri dan tetangganya tanpa sebab. MRS kedua pada tanggal 02/10/2021 dengan keluhan bicara, marah-marah dan sering keluar rumah (ngeluyur) dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena obat tidak diminum secara rutin, hanya semaunya saja jika minum obat. disana pasien dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil TD 120/73 mmHg, nadi 86x/menit, suhu 36,4°C, pernafasan 20x/menit dan SpO2 98%. Pasien dilakukan pengambilan sampel swab, pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan foto torax. Pasien diberikan terapi benzodiazepin dan antidepresan. Keluhan utama saat pengkajian pasien mengatakan "*Merasa tidak berguna sebagai kepala keluarga karena tidak bisa mencukupi kebutuhan sehari-hari*", hanya istrinya yang selama ini menafkahi keluarganya, pasien tampak menunduk, kontak mata kurang dan nada bicara lirih.

Menurut (Keliat et al., 2019) Harga Diri Rendah memiliki tanda gejala mayor dan minor. Pada tanda gejala mayor subyektif (menilai diri negative, merasa malu/bersalah, melebih-lebihkan penilaian negative tentang diri sendiri, menolak penilaian positif tentang diri sendiri) dan tanda gejala mayor objektif (berbicara pelan dan lirih, menolak berinteraksi dengan orang lain, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk) Pada tanda gejala minor subyektif (sulit berkonsentrasi) dan tanda gejala minor obyektif (kontak mata kurang lesu dan tidak bergairah, pasif, tidak mampu membuat keputusan, sulit berkonsentrasi).

Menurut asumsi penulis tidak adanya kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena seseorang yang mengalami gangguan konsep diri akan kesulitan dalam mengevaluasi dirinya sendiri dan perasaan kehilangan kepercayaan diri karena evaluasi negatif yang berlangsung lama.

4.2 Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus didapatkan data fokus pasien. saat pengkajian pasien mengatakan “*Merasa tidak berguna sebagai kepala keluarga karena tidak bisa mencukupi kebutuhan sehari-hari*”, hanya istrinya yang selama ini menafkahi keluarganya, pasien tampak menunduk, kontak mata kurang dan nada bicara lirih. Diagnosa yang muncul pada tinjauan pustaka menurut (Wardani & Dewi, 2018) pada pasien harga diri rendah yaitu Harga diri rendah, Koping individu tidak efektif, Isolasi sosial, Perubahan persepsi sensori : halusinasi, Resiko tinggi perilaku kekerasan.

Berdasarkan data yang didapatkan, penulis mengambil masalah utama keperawatan Harga Diri Rendah (SDKI D.0087 hal. 194) disebabkan pasien

mengatakan “*Merasa tidak berguna sebagai kepala keluarga karena tidak bisa mencukupi kebutuhan sehari-hari*”. Penegakan diagnosa ini tidak terdapat kesenjangan dalam masalah keperawatan yaitu tinjauan pustaka yang terdapat 3 pohon masalah yaitu koping tidak efektif, harga diri rendah dan isolasi sosial. Maka dari itu penulis memutuskan mengangkat 1 diagnosa keperawatan utama gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan disebabkan gangguan ini muncul lebih kompleks.

4.3 Perencanaan

Rencana asuhan keperawatan pada masalah utama Harga Diri Rendah sesuai rencana asuhan keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka dalam buku ajar asuhan keperawatan jiwa (Keliat et al., 2019) pada SP1 adalah mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan pasien yang dapat digunakan, membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien, melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih, memberikan pujian yang wajar pasien terhadap keberhasilan pasien, menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian, SP 2 adalah Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, Melatih kemampuan kedua, Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Dalam rencana kerja keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, terdapat kecenderungan untuk menggunakan kriteria outcome terkait pencapaian tujuan dalam perencanaan. Dalam diskusi kasus, tujuan digunakan secara rasional dalam desain, karena penulis ingin mencoba membuat pasien mandiri dalam

implementasinya. Memberikan asuhan dengan meningkatkan pengetahuan kognitif, keterampilan pemecahan masalah (afektif), dan perubahan perilaku pasien (psikomotorik), terdapat kesamaan rencana asuhan rasional yang disajikan antara literature review dan case review, sehingga rasional masih relevan dengan kondisi pasien. tujuan dan kriteria terkait yang harus ditetapkan. Dalam praktek keperawatan jiwa harus menggunakan komunikasi terapeutik yang artinya perawat harus menjaga hubungan saling percaya dengan pasien.

4.4 Pelaksanaan

Menurut (Mustofa et al., 2022), implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat Apakah rencana tindakan Masih sesuai dan dibutuhkan Pasien sesuai dengan kondisinya (here and now)

Pada pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan pada pasien disesuaikan pada rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat sebelumnya.

Pada implementasi hari pertama Senin tanggal 23 januari 2023 pukul 10.00 WIB. penulis melaksanakan bina hubungan saling percaya dan tindakan keperawatan SP1 dengan hasil respon verbal dari pasien menjawab salam dan menyebutkan nama, asal dan lama dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur *“wa’alaikumsalam wr wb, selamat pagi juga mas dan mengatakan namanya Tn.K asalnya dari Tuban dan sudah dirawat selama 13 hari di RSJ Menur”*. Penulis

mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki dan pasien menjawab kegiatan yang dilakukan pasien adalah sholat dan menata tempat tidur "*kegiatan yang saya lakukan selama di Ruang Gelatik menata tempat tidur dan sholat*". Lalu penulis menilai kemampuan yang dapat digunakan dengan cara menyuruh mempraktikkan apa kemampuan dan aspek yang dimiliki pasien dengan hasil observasi "*Pasien mempraktikkan cara menata tempat tidur dan cara sholat dari mulai wudlu sampai sholat namun tampak kurang rapi saat menata tempat tidur dan saat sholat tidak memakai alas / di lantai dan tidak tau arah kiblat yang benar*". Setelah menilai kemampuan pasien, penulis membantu pasien dapat memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien, dengan respon verbal dari pasien "*iya pak ayo kita belajar sholat dulu*". Penulis kemudian melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih dengan cara "*Pertama ambil air wudhu dulu, kedua ambil selimut yang ada di tempat tidur lalu arahkan ke arah kiblat, ketiga posisi bapak harus berada di atas selimut sini biar tidak najis saat sholat dan keempat setelah selesai sholat bapak jangan lupa untuk berdoa supaya diberikan kesembuhan dan tercapai apa yang bapak inginkan*" dengan hasil respon verbal dan psikomotorik "*iya mas saya akan melakukan sesuai yang dicontohkan tadi. Pasien pergi ke kamar mandi untuk wudlu kemudian kembali ke tempat tidur untuk mengambil selimut yang ada di tempat tidur lalu menaruh selimut di lantai dan mengarahkan ke arah kiblat, kemudian pasien berdiri diatas selimut untuk melakukan sholat, setelah sholat pasien mengangkat kedua tangannya untuk berdoa*". Setelah observasi hasil dari latihan pasien penulis memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien. Pasien tambah kooperatif dan mengatakan "*terimakasih mas sudah diajari cara sholat yang benar*". Terakhir penulis menganjurkan pasien

memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Didapati pasien tampak senang dan respon verbal pasien “*Pasien mengatakan saya akan melakukan cara sholat sesuai yang telah diajarkan mas Iskandar di rumah sakit dan akan rajin sholat saat di rumah*”. Pada hasil evaluasi tanda gejala dan kemampuan pasien didapatkan kemampuan kognitif pasien mampu menyebutkan kemampuan dan aspek yang dimiliki. Pada kemampuan psikomotorik pasien mampu memilih dan berlatih sesuai dengan kemampuan yang dipilih. Pada kemampuan Afektif pasien tampak kooperatif dan senang selama berinteraksi dengan perawat.

Menurut asumsi penulis pasien tidak memiliki hambatan dalam mengikuti tindakan asuhan keperawatan pada SP 1, menunjukkan sikap kooperatif dan senang saat berinteraksi dengan penulis.

Setelah hasil evaluasi pada SP1 penulis melanjutkan Implementasi hari kedua Selasa tanggal 24 Januari 2023 pukul 10.03 WIB. Dengan melaksanakan bina hubungan saling percaya dan SP2 dengan hasil respon verbal dari pasien menjawab salam dan menjawab nama perawat “*wa’alaikumsalam wr wb, masih ingat mas, namanya mas Iskandar kan*”. Lalu penulis melakukan evaluasi jadwal harian pasien dengan respon verbal dan psikomotorik “*iya mas saya praktikkan kembali, Pasien pergi ke kamar mandi untuk wudlu kemudian kembali ke tempat tidur untuk mengambil selimut yang ada di tempat tidur lalu menaruh selimut di lantai dan mengarahkan ke arah kiblat, kemudian pasien berdiri diatas selimut untuk melakukan sholat, setelah sholat pasien mengangkat kedua tangannya untuk berdoa*”. Setelah melihat hasil dari evaluasi jadwal harian pasien penulis melanjutkan pada tahap melatih kemampuan kedua pasien yaitu dengan menata tempat tidur dengan cara “*Pertama kebas tempat tidur dan bantal dengan penebah*

kalau tidak ada bapak bisa menggunakan baju, kedua tarik ujung spreng pada tempat tidur sampai terlihat rapi, Ketiga taruh bantal di posisi kepala saat tidur lalu tekan-tekan bantal sampai terlihat rapi, keempat jika ada selimut lipat menjadi 4 bagian dan taruh di posisi kaki saat tidur, kelima lihat dan pastikan kembali tempat tidur sudah rapi atau belum, keenam jika belum tata ulang sampai benar-benar rapi”. Pasien tampak kooperatif dan didapati hasil psikomotorik “*pasien mengambil bantal kemudian membersihkan tempat tidur dengan bajunya lalu pasien menarik ujung prei pada empat sudut pada tempat tidur kemudian membersihkan bantal dan menaruhnya di tempat tidur posisi kepala dengan menekan bantal supaya rapi, pasien mengambil selimut dan melipat menjadi empat bagian kemudian menaruhnya di tempat tidur posisi kaki*”. Setelah melihat hasil dari latihan kemampuan kedua pasien penulis menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian dengan respon verbal “Iya mas Iskandar, Saya akan menata tempat tidur saat bangun tidur di rumah sakit maupun di rumah.

Menurut asumsi penulis pasien tidak memiliki hambatan dalam mengikuti tindakan asuhan keperawatan pada SP 2, menunjukkan sikap kooperatif dan senang saat berinteraksi dengan penulis.

Pada Implementasi hari ketiga Rabu tanggal 25 Januari 2023 pukul 09.05 WIB. penulis melaksanakan bina hubungan saling percaya dan evaluasi tindakan asuhan keperawatan SP1 dan SP2 didapatkan hasil respon verbal “*wa’alaikumsalam wr wb, masih ingatlah, mas Iskandar kan!*” kemudian penulis mengevaluasi kemampuan yang dipilih dan kemampuan kedua dengan respon pasien tampak senang dan kooperatif, pada respon psikomotorik “*Pasien pergi ke kamar mandi untuk wudlu kemudian kembali ke tempat tidur untuk mengambil*

selimut yang ada di tempat tidur lalu menaruh selimut di lantai dan mengarahkan ke arah kiblat, kemudian pasien berdiri diatas selimut untuk melakukan sholat, setelah sholat pasien mengangkat kedua tangannya untuk berdoa”. Lanjut dengan kemampuan kedua “pasien mengambil bantal kemudian membersihkan tempat tidur dengan bajunya lalu pasien menarik ujung prei pada empat sudut pada tempat tidur kemudian membersihkan bantal dan menaruhnya di tempat tidur posisi kepala dengan menekan bantal supaya rapi, pasien mangambil selimut dan melipat menjadi empat bagian kemudian menaruhnya di tempat tidur posisi kaki”. Setelah melihat hasil evaluasi pada kemampuan psikomotorik pasien penulis melanjutkan untuk menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Didapati pasien tampak senang dan kooperatif saat berinteraksi dengan perawat dan repon verbal yang di dapat “Saya mengucapkan terimakasih mas Iskandar karena telah diajarkan cara sholat dan menata tempat tidur dengan benar, Semoga mas Iskandar sukses selalu dan berjanji akan minum obat teratur saat di rumah sakit dan jika saya sudah pulang nanti”.

Menurut asumsi penulis pasien tidak memiliki hambatan dalam mempraktikkan kembali tindakan asuhan keperawatan pada SP1 dan SP2, menunjukkan sikap kooperatif dan senang saat berinteraksi dengan penulis.

Berdasarkan saat memberikan asuhan keperawatan padapasien penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien bisa melakukan apa yang diarahkan penulis. Berdasarkan data tersebut tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus hal tersebut berdasarkan teknik komunikasi yang dilakukan oleh penulis kepada pasien sesuai dengan yang direncanakan. Tetapi untuk SP keluarga

tidak bisa dilakukan karena saat penulis memberikan asuhan keperawatan pada pasien tidak ada kunjungan keluarga untuk pasien tersebut.

4.5 Evaluasi

Berdasarkan tinjauan pustaka kemampuan yang diharapkan dari pasien ketika telah dilakukann implementasi menurut (Keliat et al., 2019), yaitu pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, pasien dapat menilai kemampuan yang dapat dikerjakan, pasien dapat melatih kemampuan yang dapat dikerjakan, pasien dapat membuat jadwal kegiatan harian, pasien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal kegiatan harian.

Berdasarkan hasil dari implementasi hari ke 1 tindakan asuhan keperawatan yang dilaksanakan tanggal 23/01/2023 didapatkan hasil kognitif, psikomotorik dan afektif. Pada kemampuan kognitif didapatkan pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan penulis, pasien mampu menyebutkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. Pada kemampuan psikomotorik pasien mampu memilih kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, pasien mampu berlatih sesuai kemampuan yang dipilih. Pada kemampuan afektif pasien tampak kooperatif pasien merasa senang dan nyaman dengan penulis saat interaksi.

Pada hari ke 2 tindakan asuhan keperawatan SP2 yang dilaksanakan tanggal 24/01/ 2023 didapatkan hasil kognitif, psikomotorik dan afektif. Pada kemampuan kognitif didapatkan pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan penulis, pasien mampu latihan kemampuan dan aspek positif ke dua yang dimiliki. Pada kemampuan psikomotorik pasien mampu berlatih kemampuan kedua sesuai

yang dipilih. Pada kemampuan afektif pasien tampak kooperatif pasien merasa senang dan nyaman dengan penulis saat interaksi

Pada hari ke 3 tindakan asuhan keperawatan evaluasi kemampuan SP1 dan SP2 yang dilaksanakan tanggal 25/01/2023 didapatkan hasil kognitif, psikomotorik dan afektif. Pada kemampuan kognitif didapatkan pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan penulis, pasien mampu latihan kemampuan dan aspek positif pertama dan ke dua yang dimiliki. Pada kemampuan psikomotorik pasien mampu latihan kemampuan dan aspek positif pertama dan ke dua yang di pilih. Pada kemampuan afektif pasien tampak kooperatif pasien merasa senang dan nyaman dengan penulis saat interaksi

Pada SP keluarga tidak bisa dilakukan karena saat penulis memberikan asuhan keperawatan pada pasien tidak ada kunjungan keluarga untuk pasien tersebut.

Pada akhir evaluasi, semua tujuan kognitif, afektif dan psikomotor dapat tercapai berkat kerjasama yang baik antara pasien dan caregiver. Hasil penilaian Tn.k dibuat dengan harapan masalah tersebut dapat terselesaikan dengan baik.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.K dengan masalah utama Harga Diri Rendah di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur maka dapat memberikan simpulan dan saran yang bermanfaat dalam meningkatkan kualitas dalam melaksanakan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Harga Diri Rendah.

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil dari Asuhan Keperawatan Jiwa di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan masalah utama Harga Diri Rendah, maka penulis memberikan kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil yang didapatkan saat melakukan wawancara pada pasien Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur didapatkan hasil guna mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan gangguan persepsi sensori halusinasi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 23 januari 2023 sampai dengan 27 januari 2023 dengan data pengkajian di ruang gelatik pada tanggal 25 januari 2023 pukul 09.00 wib. Anamnesa diperoleh dari hasil pengkajian pada pasien dan file rm nomor register 03.7x.xx. Pasien adalah seorang laki laki bernama Tn. K berusia 43 tahun, beragama Islam. Bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa. Status perkawinan saat ini Pasien sudah menikah dan memiliki dua putri, sebelum Masuk Rumah Sakit Jiwa Pasien mengatakan bekerja di kampung sebagai

buruh tani dan pendidikan terakhirnya MI. Pasien mengatakan tinggal di Rengel, Kota Tuban. Pasien MRS di Ruang Gelatik tanggal 10 Januari 2023 jam 16:34 WIB. Saat dirumah pasien bicara melantur sejak 1 minggu ini membicarakan hal yang tidak jelas dan ngomong-ngomong sendiri. Pasien juga akhir-akhir ini sering menuduh istrinya selingkuh dan memukul dadanya sendiri dengan tangannya. Pasien juga 1 minggu ini kadang mau makan kadang tidak. Pasien minum obat tidak rutin, hanya diminum semau pasien. Selama kambuh pasien lebih sering keluar rumah tapi bisa kembali lagi, sehingga pada tanggal 10 Januari 2023 istri dan anaknya membawa pasien di IGD Rumah Sakit Jiwa Menur dan MRS di ruang Gelatik pada jam 16:34 WIB. Pasien pernah 2x MRS di Rumah Sakit Jiwa Menur. MRS pertama tanggal 13/03/2021 dengan keluhan marah-marah dan memukul istri dan tetangganya tanpa sebab. MRS kedua pada tanggal 02/10/2021 dengan keluhan bicara, marah-marah dan sering keluar rumah (ngeluyur) dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena obat tidak diminum secara rutin, hanya semaunya saja jika minum obat. disana pasien dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil TD 120/73 mmHg, nadi 86x/menit, suhu 36,4°C, pernafasan 20x/menit dan SpO2 98%. Pasien dilakukan pengambilan sampel swab, pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan foto torax. Pasien diberikan terapi benzodiazepin dan antidepresan. Keluhan utama saat pengkajian pasien mengatakan *“Merasa tidak berguna sebagai kepala keluarga karena tidak bisa mencukupi kebutuhan sehari-hari”*, hanya istrinya yang selama ini menafkahi keluarganya, pasien tampak menunduk, kontak

mata kurang dan nada bicara lirih. Berdasarkan data keluhan utama penulis menegakkan diagnosa Harga Diri Rendah.

2. Diagnosa asuhan keperawatan jiwa pada Tn.K dengan Masalah utama Harga diri rendah kronis dengan diagnosa medis Skizofrenia Undifferentiated Tak Terinci di Ruang Gelatik I Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, terdapat 3 diagnosa koping tidak efektif, harga diri rendah dan isolasi sosial.
3. Rencana asuhan keperawatan pada Tn.K yaitu dengan pemberian Strategi Pelaksanaan (SP). Pada SP1 pasien adalah mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan pasien pasien yang dapat digunakan, membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien, melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih, memberikan pujian yang wajar pasien terhadap keberhasilan pasien, menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian, SP2 pasien adalah mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih kemampuan kedua, menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada Strategi Pelaksanaan (SP) keluarga yaitu SP1 keluarga mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya, enjelaskan cara – cara merawat pasien harga diri rendah. Pada SP2 keluarga adalah melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, melatih keluarga melakukan caramerawat langsung kepada pasien harga diri rendah. Pada SP3 keluarga adalah membantu keluarga membuat jadual aktivitas di

rumah termasuk minum obat (*discharge planing*), menjelaskan follow up pasien setelah pulang.

4. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang sudah dibuat 3 hari dengan SP1-SP2 pasien. Diharapkan pasien dapat melatih kemampuan yang dipilih dan kemampuan kedua. Pada strategi implementasi perawat menawarkan SP1-SP2 pasien namun pada strategi implementasi keluarga SP1-SP3 keluarga tidak bisa dilakukan karena saat penulis memberikan asuhan keperawatan pada pasien tidak ada kunjungan keluarga untuk pasien tersebut.
5. Tindakan Tn.K mendapatkan hasil bahwa pasien mampu kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, mampu memilih kemampuan yang dimiliki, mampu melatih kemampuan yang dipilih, mampu melatih kemampuan kedua yang dipilih, merencanakan kemampuan yang dipilih dan kemampuan ke dua dalam kegiatan sehari hari serta mampu untuk minum obat secara teratur.
6. Pendokumentasian kegiatan dilakukan setiap hari setelah penerapan strategi pelaksanaan, pendapat pasien atau informasi subyektif pasien, data obyektif yang dapat diamati setiap hari, kemudian evaluasi dan terakhir perencanaan atau pemantauan kegiatan untuk keesokan harinya.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil dari simpulan yang telah diuraikan diatas maka penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Akademis

Untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan jiwa khususnya pada kasus Harga Diri Rendah agar dapat melaksanakan pendekatan secara komprehensif dan melaksanakan komunikasi efektif kepada pasien dengan baik.

2. Bagi pasien dan keluarga

Untuk tetap menjalankan tindakan asuhan keperawatan yang telah diajarkan saat di rumah sakit baik untuk pasien maupun keluarga.

3. Bagi pelayananan keperawatan di rumah sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari kosnep asuhan keperawatan jiwa pada Harga Diri Rendah, meningkatkan keterampilan dengan mengikuti pelatihan / seminar asuhan keperawatan jiwa dan meningkatkan komunikasi yang efektif kepada pasien terlebih pasien dengan Harga Diri Rendah.

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, E. I., Wuryaningsih, E. W., & Susanto, T. (2020). Stigma Against People with Severe Mental Disorder (PSMD) with Confinement “Pemasungan.” *NurseLine Journal*, 4(2), 131. <https://doi.org/10.19184/nlj.v4i2.13821>
- Fajariyah. (2012). *BUKU ASKEP GANGGUAN HARGA DIRI RENDAH NUR FAJARIYAH*. Trans Infromasi Media.
- FatihaturIstichomah. (2019). Schizophrenia, The Effectiveness Of Family Knowledge About. *Jurnal Kesehatan “Samodra Ilmu” Vol. 10. No. 2 Juli 2019 Dan*, 10(2).
- Fazriyani, G. Y., & Mubin, M. F. (2021). *Peningkatan harga diri pada pasien gangguan konsep diri : harga diri rendah dengan menggunakan terapi latihan kemampuan positif*. 0–5.
- Irawati, K., Daulima, N. H. C., & Wardhani, I. Y. (2019). Manajemen Kasus Pada Klien Harga Diri Rendah Kronis Dengan Pendekatan Teori Caring. *Jurnal Keperawatan*, 11(2), 125–134. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i2.486>
- Jek Amidos Pardede, Harjuliska, A. R. (2021). Self-Efficacy Dan Peran Keluarga Berhubungan Dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(1), 57–66.
- Keliat. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Keliat, B. A., Hamid, A., Putri, Y., Daulima, N., Wardani, I., & Herni, S. (2019). *Asuahn Keperawatan Jiwa* (B. A. Keliat, M. Mulia, Soimah, I. R. Wibawa, K. Triyaspedo, & Rasmawati (Eds.)). EGC.
- Maulana, I., S, S., Sriati, A., Sutini, T., Widianti, E., Rafiah, I., Hidayati, N. O., Hernawati, T., Yosep, I., H, H., Amira D.A, I., & Senjaya, S. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Media Karya Kesehatan*, 2(2), 218–225. <https://doi.org/10.24198/mkk.v2i2.22175>
- Mustofa, M. B., Fitri, N. L., & Hasanah, U. (2022). Penerapan Terapi Menggambar Pada Pasien Harga Diri Rendah. *Jurnal Cendikia Muda*, 2, 227–231.

- Olivia, W., Hardayati, A. Y., & Wardani, I. Y. (2020). Peningkatan Harga Diri Klien Skizofrenia melalui Praktik Klinik Online. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(4), 481–494.
- Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2020). *The Symptoms of Low Self-Esteem Decline after Being Given Acceptance and Commitment Therapy*. 5(2), 170. <https://doi.org/10.37421/apn.2020.05.170>
- Prabowo, E. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Raffy, E., Putri, D. E., & Refrandes, R. (2020). Hubungan Stigma Masyarakat dengan Penerimaan Keluarga pada Pasien Skizofrenia mdi Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi Tahun 2020 Raffy Edwar 1 , Dewi Eka Putri 2 , dan Randy Refrandes 3. *Fakultas Keperawatam Universitas Andalas*, 59.
- Rahayu, S., Mustikasari, M., & Daulima, N. H. . (2019). Perubahan Tanda Gejala dan Kemampuan Pasien Harga Diri Rendah Kronis Setelah Latihan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga. *Journal Educational of Nursing(Jen)*, 2(1), 39–51. <https://doi.org/10.37430/jen.v2i1.10>
- Rahmawati. (2021). Studi Kasus Harga diri Rendah Kronis. *Program Studi Keperawatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa e-Mail:**, 9, 13–23.
- Ramadhani, A. S., Rahmawati, A. N., & Apriliyani, I. (2021). Studi Kasus Harga Diri Rendah Kronis pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, 9(2), 13–23.
- Riskesdas. (2018). *data riset kesehatan dasar*. Riskesdas. <https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/riset-badan-litbangkes/menu-riskenas/menu-riskesdas/426-rkd-2018>
- Rokhimmah, Y., & Rahayu, D. A. (2020). Penurunan Harga Diri Rendah dengan menggunakan Penerapan Terapi Okupasi (Berkebun). *Ners Muda*, 1(1), 18. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5493>
- Wardani, I. Y., & Dewi, F. A. (2018). Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Dipersepsikan Melalui Stigma Diri. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(1), 17–26. <https://doi.org/10.7454/jki.v21i1.485>

Widowati, S., & M, N. L. (2019). *TERHADAP HARGA DIRI KLIEN MENARIK DIRI DI RUANG SERUNI RS JIWA Effect of Therapy Group Activities Increase In Price of Self Interest Clients In The Soul Dr Seruni Rs Radjiman Wediodiningrat Lawang Gangguan kesehatan jiwa pada pasien jiwa bermacam-macam , . 1, 45–49.*

Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., & Akhmad, A. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gangguan Jiwa. *Health Information : Jurnal Penelitian, 12(2)*, 224–235.
<https://doi.org/10.36990/hijp.v12i2.234>

Wijayati Kendari, K. (2020). HIJP : HEALTH INFORMATION JURNAL PENELITIAN Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gang-guan Jiwa. *Hjp, 12(2)*.

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah
Pertemuan : ke 1 (Senin, 23/01/2023)
SP : SP1

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi pasien

Pasien tampak menunduk, kontak mata kurang, nada bicara lirih dan tampak duduk sendirian.

2. Diagnosa keperawatan

Harga Diri Rendah

3. Tujuan khusus

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.
- b. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
- c. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- d. Pasien dapat menetapkan / memilih kegiatan yang sesuai kemampuan.
- e. Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan.
- f. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan yang sudah dilatih..

4. Tindakan keperawatan

Sp1 Pasien

- a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
- b. Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang dapat digunakan
- c. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien
- d. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih
- e. Memberikan pujian yang wajar pasien terhadap keberhasilan pasien
- f. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Orientasi

“Assalamualaikum wr wb, Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya perawat Iskandar, saya mahasiswa yang sedang praktik disini. Nama bapak siapa, asalnya darimana dan sudah berapa lama dirawat disini?”

“Maksud dan tujuan saya adalah ingin berbincang-bincang dengan bapak, waktunya hanya 30 menit saja, Untuk tempatnya di ruang makan, Apa bapak bersedia?”

2. Kerja

“Saya ingin tahu kegiatan apa saja yang bisa bapak lakukan selama di Ruang Gelatik?”

“Dari 2 kegiatan yang bapak lakukan disini, coba bapak praktikkan apakah kegiatan yang bapak lakukan sudah benar? Coba sekarang bapak praktikkan kegiatan yang pertama menata tempat tidur! Bagus pak! Sekarang bapak

praktikkan kegiatan yang kedua sholat walaupun tidak ada alat sholat yang lengkap! Bagus pak!”

“Dari menata tempat tidur bapak sudah benar tapi kurang rapi, dari sholat tadi bapak sudah melakukan wudhu dengan benar tapi bapak tidak memakai alas untuk sholat dan arah kiblatnya salah tapi langkah sholatnya sudah benar.”

“Saya akan mengajarkan kegiatan pertama yang bisa bapak lakukan di Ruang Gelatik! Kita belajar sholat dulu ya pak!”

“Saya akan mengajarkan cara-cara yang benar saat mau sholat ya pak!

1. Ambil air wudhu dulu.
2. Ambil selimut yang ada di tempat tidur lalu arahkan ke arah kiblat.
3. Posisi bapak harus berada di atas selimut sini biar tidak najis saat sholat.
4. Selesai sholat bapak jangan lupa untuk berdoa supaya diberikan kesembuhan dan tercapai apa yang bapak inginkan.

“Coba sekarang bapak praktikkan kembali apa yang sudah saya ajarkan tadi! Bagus pak! Sekarang bapak sudah benar untuk cara sholatnya! Selamat ya pak!”

“Jika nanti bapak akan sholat di Ruang Gelatik, ikuti semua cara yang sudah saya ajarkan tadi ya pak! Jangan lupa juga saat di rumah bapak harus rajin sholat ya!”

“Apakah selama disini bapak minum obat dengan teratur? Apakah ada efek samping obat atau alergi setelah bapak mengkonsumsi obat?”

“Saya harap bapak nanti minum obat dengan teratur saat di Ruang Gelatik dan dirumah juga ya!”

3. Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah belajar cara sholat yang benar tadi? Apakah bapak senang bisa sholat walaupun tanpa peralatan sholat yang lengkap?”

“Coba sebutkan cara yang benar saat sholat tadi pak! Bagus pak! Coba sebutkan cara yang benar saat sholat sekali lagi pak! Bagus pak!”

“Untuk pertemuan besok pagi saya akan mengevaluasi dari yang saya ajarkan tadi dan mengajarkan untuk kegiatan yang ke dua menata tempat tidur dengan benar ya pak! Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 10.00 WIB ya pak!”

“Terimakasih atas waktunya, semoga bapak cepat sembuh ya! Assalamualaikum wr wb”

Lampiran 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah
Pertemuan : ke 2 (Selasa, 24/01/2023)
SP : SP2

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi pasien

Pasien mampu mempraktikkan cara sholat yang telah diajarkan perawat, pasien mampu menyebutkan cara sholat yang benar, pasien masih kadang menunduk, pasien tampak senang diajarkan cara sholat dengan benar.kontak mata sudah ada.

2. Diagnosa keperawatan

Harga Diri Rendah

3. Tujuan khusus

- a. Jadwal harian Pasien terevaluasi oleh perawat
- b. Pasien dapat melatih kemampuan kedua yang dapat dilakukan.
- c. Menganjurkan Pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian...

4. Tindakan keperawatan

Spl Pasien

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b. Melatih kemampuan kedua

c. Mengajukan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Orientasi

“Assalamualaikum wr wb, Selamat pagi pak, Apakah bapak masih ingat dengan saya?”

“Untuk pertemuan ke dua ini, saya akan mengevaluasi apa yang sudah saya ajarkan kemarin dan mengajarkan bapak kegiatan ke dua menata tempat tidur dengan benar, waktunya hanya 20 menit saja, Untuk tempatnya di ruang makan, Apa bapak bersedia?””

2. Kerja

“Sebelum belajar cara menata tempat tidur, coba bapak praktikkan cara sholat yang benar seperti yang sudah saya ajarkan kemarin pak! Bagus pak mantap!”

“Sekarang saya akan mengajarkan bapak cara menata tempat tidur dengan benar! Perhatikan ya pak!

1. Kebas tempat tidur dan bantal dengan penebah kalau tidak ada bapak bisa menggunakan baju.
2. Tarik ujung sprei pada tempat tidur sampai terlihat rapi.
3. Taruh bantal di posisi kepala saat tidur lalu tekan-tekan bantal sampai terlihat rapi.
4. Jika ada selimut lipat menjadi 4 bagian dan taruh di posisi kaki saat tidur.
5. Lihat dan pastikan kembali tempat tidur sudah rapi atau belum

6. Jika belum tata ulang sampai benar-benar rapi.

“Coba sekarang bapak praktikkan kembali apa yang sudah saya ajarkan tadi!

Bagus pak! Sekarang bapak sudah benar untuk cara menata tempat tidurnya!

Selamat ya pak!”

“Jika nanti bapak bangun tidur baik di RS dan saat di rumah segera merapikan tempat tidur sesuai yang sudah saya ajarkan ya pak!”

“Apakah bapak masih meminum obat dengan teratur di Ruang Gelatik? Apakah ada alergi atau efek samping setelah minum obat pak! Saya harap bapak nanti minum obat dengan teratur saat di Ruang Gelatik dan dirumah juga ya!”

3. Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah cara menata tempat tidur dengan benar dan rapi?”

“Coba praktikkan lagi cara yang benar menata tempat tidur yang rapi pak! Bagus pak mantap!”

“Untuk pertemuan besok pagi saya akan mengevaluasi dari yang saya ajarkan cara sholat dan cara menata tempat tidur dengan benar ya pak! Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 09.00 WIB ya pak!”

“Terimakasih atas waktunya, semoga bapak cepat sembuh ya! Assalamualaikum wr wb”

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Masalah keperawatan	: Harga Diri Rendah
Pertemuan	: ke 3 (Rabu, 25/01/2023)
SP	: Evaluasi SP1 dan SP2

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi pasien

pasien mampu mengulangi mempraktikkan cara menata tempat tidur dan cara sholat dari mulai wudlu sampai sholat dengan benar, pasien sudah tidak menunduk, pasien tampak senang berbicara dengan perawat, kontak mata sudah ada.

2. Diagnosa keperawatan

Harga Diri Rendah

3. Tujuan khusus

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.
- b. Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan.
- c. Pasien dapat melatih kemampuan kedua.

4. Tindakan keperawatan

Sp1 dan Sp2 Pasien

- a. Mengevaluasi kemampuan yang dipilih dan kemampuan kedua pasien
- b. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Orientasi

“Assalamualaikum wr wb, Selamat pagi pak, masih ingat dengan saya kan?”

“Untuk pertemuan yang ketiga ini saya hanya ingin mengevaluasi hasil dari latihan hari pertama dan kedua pak! Waktunya hanya 20 menit saja, Untuk tempatnya di ruang makan, Apa bapak bersedia?”

2. Kerja

“Saya ingin bapak mempraktikkan kembali cara sholat dengan benar walaupun tanpa alat sholat yang lengkap dan cara menata tempat tidur dengan rapi! Bagus pak! Bapak sudah tau kan apa kemampuan bapak selain bekerja dan mencari uang? Semisal bapak dirumah tidak bekerja kan bisa membantu istri bapak mengurus pekerjaan di rumah dan bapak bisa sholat dengan rajin supaya bapak selalu diberikan rejeki sama Allah sehingga dapat menghidupi Istri dan Anak.”

“Saya hanya berpesan sama bapak jangan mudah putus asa karena tidak mendapatkan uang karena bapak bisa membantu pekerjaan istri dengan kemampuan yang bapak punyai saat di rumah.”

“Bagaimana dengan meminum obatnya pak? Apa bapak masih rutin meminumnya? Apa ada alergi setelah minum obat pak? Saya harap nanti setelah pulang bapak selalu rutin minum obat ya! Biar tidak kambuh kembali”

3. Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah belajar kembali cara sholat dengan benar walaupun tanpa alat sholat yang lengkap dan cara menata tempat tidur dengan rapi?”

“Coba ulangi sekali lagi pak! Bagus pak!”

“Hari ini adalah hari terakhir saya praktik disini pak! Jadi sekalian saya berpamitan dengan bapak! Jangan lupa dengan semua yang sudah saya ajarkan dan jangan lupa minum obat teratur biar bapak tidak kambuh lagi!”

“Terimakasih atas waktunya, semoga bapak cepat pulang ya!
Assalamualaikum wr wb”

Lampiran 4

EVALUASI TANDA GEJALA PASIEN HARGA DIRI RENDAH

Nama Pasien : Tn K

Ruangan : Gelatik

Penilai : Iskandar

NO	TANDA GEJALA	Senin	Selasa	Rabu
		23.01.2023	24.01.2023	25.01.2023
I	Kognitif			
1	Menilai diri tidak berguna	√	-	-
2	Merasa tidak punya kemampuan positif			
3	Merasa tidak mampu melakukan apapun			
4	Kurang Konsentrasi			
5	Membanggakan diri berlebihan			
6	Menilai diri negatif	√	-	-
7	Enggan mencoba hal baru			
8	Sulit membuat keputusan			
II	Afektif			
1	Merasa malu	√	-	-
2	Merasa sedih	√	-	-
3	Murung			
4	Merasa tidak berguna	√	-	-
5	Rasa kesal			
6	Marah			
7	Merasa gagal	√	-	-
8	Merasa tidak berarti			
9	Ekspresi muka datar	√	-	-
III	Fisiologis			
1	Nafsu makan berkurang/meningkat			
2	Sulit tidur			
3	Lemas			
4	Nyeri kepala			
5	Mual			
6	Postur tubuh membungkuk			
IV	Perilaku			
1	Menghindari orang lain	√	-	-
2	Menunduk	√	-	-
3	Bergerak lamban			

4	Bicara pelan	√	-	-
5	Kontak mata berkurang	√	-	-
6	Aktivitas menurun			
7	Merusak diri			
8	Prilaku tidak asertif			
9	Pasif			
10	Mengkritik orang lain			
11	Kurang memperhatikan penampilan/penampilan berlebihan	√	-	-
V	Sosial			
1	Lebih senang menyendiri			
2	Membatasi interaksi dengan orang lain			
3	Lebih banyak diam			
4	Bergantung pada pendapat orang lain			
5	Seringkali mencari penegasan			