

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH :

MARSUDI
NIM. 1921010

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TA. 2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.R MASALAH UTAMA
HARGA DIRI RENDAH DENGAN DIAGNOSA MEDIS
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 :

MARSUDI
NIM. 1921010

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TA. 2022**

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, 23 Februari



MARSUDI
NIM. 1921010

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Marsudi
NIM : 1921010
Program Studi : D III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah Pada Tn.R Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur Surabaya

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 23 Februari 2022

Pembimbing



Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.009

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Marsudi
NIM : 1921010
Program Studi : D III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah Pada Tn.R Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur Surabaya

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

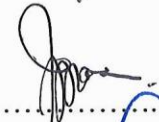
Hari, tanggal : Rabu, 23 Februari 2022
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN**, pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dya Sustrami, S.Kep.Ns., M.Kes.
NIP. 03.007

(.....


Penguji II : Oyang Prasetya S.Kep.Ns
NIP. 102-81908198-303200-87406

(.....


Penguji III : Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.009

(.....


Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan


Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

MOTTO & PERSEMBAHAN

“Sukses bukan karena nasib baikmu saja tapi sukses dari bagaimana usahamu dalam mencapainya.”

Kupersembahkan Karyaku Yang Sederhana Ini Kepada :

1. Allah SWT.
2. Untuk Istriku “Lussy” yang selalu mendukungku hingga saat ini.
3. Untuk anakku Putri Navyana A. yang selalu mendukung dan memberi semangat dalam suka dan duka.
4. Untuk D-III Angkatan 25 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah berjuang bersama hingga akhir.
5. Sahabat-sahabatku dan satu kelas D3-Paralel yang selalu ada dalam suka maupun duka dan selalu saling melengkapi.
6. Untuk Pembimbingku “ibu Dr. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M.Kep ” yang telah memberi semangat dan waktu kepada anak – anak nya sampai akhir.

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. Drg. Vitria Dewi, M.Si selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana pertama (purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya 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.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III 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, Dr.Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing I sekaligus penguji, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberi dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah
5. Bapak Oyang Prasetya S.Kep.Ns, selaku Pembimbing II sekaligus penguji, yang dengan 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 penulisannya.
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 D-III Keperawatan Kumara 25 Angkatan Tahun 2019 Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Setikes Hangtua Surabaya yang selalu berbagi pengalaman selama praktek 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.R telah menjadi responden. Terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik kepada Tn.R 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 konstruktif 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.

Surabaya, 23 Februari 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH.....	i
SURAT PERNYATAAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
MOTTO & PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	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 Pengertian Skizofrenia.....	9
2.1.2 Etiologi Skizofrenia.....	9
2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia	11
2.1.4 Penggolongan Skizofrenia	12

2.2	Konsep Harga Diri Rendah	16
2.2.1	Definisi Harga Diri Rendah	16
2.2.2	Etiolog Harga Diri Rendah	18
2.2.3	Manifestasi klinik Harga Diri Rendah.....	19
2.2.4	Rentang Respon Harga Diri Rendah	23
2.2.5	Mekanisme koping harga diri rendah	24
2.2.6	Komplikasi Harga Diri Rendah.....	26
2.2.7	Penatalaksanaan Harga Diri Rendah	27
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Harga Diri Rendah	29
2.3.1	Pengkajian.....	29
2.3.2	Diagnosis.....	35
2.3.3	Intervensi Keperawatan	36
2.3.4	Implementasi	37
2.3.5	Evaluasi.....	38
2.4	Konsep Komunikasi Terapeutik	38
2.4.1	Pengertian Komunikasi Terapeutik	38
2.4.2	Komponen Komunikasi Terapeutik	39
2.4.3	Fase Komunikasi Terapeutik	39
2.5	Konsep Stes dan Adaptasi	42
2.5.1	Pengertian Stres.....	42
2.5.2	Klasifikasi Stres.....	42
2.5.3	Penggolongan Stres	43
2.5.4	Respon Psikologi Stres	44
2.5.5	Reaksi Psikologis Terhadap Stres	45
2.5.6	Cara Mengendalikan Stres	45
2.5.7	Pengertian Adaptasi.....	46
2.5.8	Macam - Macam Adaptasi	46
2.6	Konsep Mekanisme Koping	53
2.6.1	Pengertian Mekanisme Koping	53
2.6.2	Penggolongan Mekanisme Koping.....	54

2.6.3	Faktor Yang Mempengaruhi Mekanisme Koping	54
2.6.4	Jenis Mekanisme Koping	55
2.6.5	Macam – Macam Mekanisme Koping.....	55
2.7	Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi	61
2.7.1	Pengertian	61
2.7.2	Tujuan	61
2.7.3	Aktivitas dan Indikasi	62
2.8	Pohon masalah	63
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		64
3.1	Pengkajian	64
3.1.1	Identitas.....	64
3.1.2	Alasan Masuk	64
3.1.3	Faktor Predisposisi.....	65
3.1.4	Fisik	66
3.1.5	Psikososial.....	67
3.1.6	Kebutuhan Pulang	72
3.1.7	Masalah psikososial dan lingkungan	74
3.1.8	Pengetahuan kurang tentang	75
3.1.9	Aspek Medik	76
3.1.10	Daftar Masalah Keperawatan	76
3.1.11	Daftar Diagnosa Keperawatan	76
3.1.12	Pohon Masalah	77
3.1.13	Analisa Data.....	78
3.1.14	Rencana keperawatan	80
3.1.15	Tindakan Keperawatan	83
BAB 4 PEMBAHASAN		92
4.1	Pengkajian	92
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	93
4.3	Rencana Keperawatan.....	94
4.4	Pelaksanaan	96

4.5 Evaluasi	98
BAB 5 PENUTUP	101
5.1 Simpulan.....	101
5.2 Saran.....	102
DAFTAR PUSTAKA.....	104
LAMPIRAN 1	106
LAMPIRAN 2	108
LAMPIRAN 3	112
LAMPIRAN 4	115
LAMPIRAN 5	118

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	78
Tabel 3.2 Rencana Asuhan Keperawatan.....	80
Tabel 3.3 Tindakan Asuhan Keperawatan	83

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan.....	23
Gambar 2.2 Pohon Masalah Risiko Perilaku kekerasan	63
Gambar 3.1 Genogram.....	67
Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien Dengan Risiko Perilaku kekerasan	77

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	
Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Sp1 dan Sp5 Pasien	106
Lampiran 2	
Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Sp1 poin 4 dan Sp5 Pasien	108
Lampiran 3	
Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Sp2 dan Sp5 Pasien	112
Lampiran 4	
Evaluasi Kemampuan Pasien Risiko Perilaku kekerasan	115
Lampiran 5	
Leaflet Edukasi Keluarga Tentang Ketaatan Minum Obat	118

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan gangguan pikiran berupa kombinasi dari halusinasi, delusi, berpikir dan perilaku tidak teratur. Penyakit skizofrenia adalah kronis dan seringkali kambuh atau berulang sehingga perlu diberikan terapi jangka lama. Merawat pasien skizofrenia dibutuhkan pengetahuan, keterampilan dan kesabaran serta dibutuhkan waktu yang lama akibat kronisnya penyakit ini. Anggota keluarga yang bersama pasien skizofrenia menghabiskan lebih banyak waktu di rumah untuk merawat yang sakit daripada memperhatikan dan mengurus dirinya. Kemampuan dalam merawat pasien skizofrenia merupakan keterampilan yang harus praktis sehingga membantu keluarga dengan kondisi tertentu dalam pencapaian kehidupan yang lebih mandiri dan menyenangkan (Jek Amidos Pardede, Harjuliska, 2021). Menurut (Kandar & Iswanti, 2019) permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien skizofrenia adalah Harga Diri Rendah.

World Health Organization (2019) menyatakan terdapat sekita 20 juta penduduk seluruh dunia yang mengalami skizofrenia. 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 (Risesdas, 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 2021 hingga November 2021 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%.

Klien harga diri rendah beresiko akan muncul masalah gangguan jiwa lain apabila tidak segera diberikan terapi dengan benar, karena klien 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 menurut (Wijayati *et al.*, 2020).

Peran perawat dalam mengatasi masalah klien dengan harga diri rendah yaitu mengidentifikasi kemampuan klien dan aspek positif yang masih dimiliki klien, membantu klien menilai kemampuan apa saja yang masih dapat digunakan, membantu klien untuk memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih dan melatih kemampuan yang dipilih klien serta membantu pasien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang akan dilatih (Ramadhani, Rahmawati dan Apriliyani, 2021). Salah satu terapi modalitas adalah Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) yang ditujukan untuk klien 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 dan M, 2019). Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memiliki peran penting dalam membantu pasien untuk meningkatkan harga dirinya (Dewi, Wuryaningsih dan Susanto, 2020). Tindakan keperawatan spesialis yang dibutuhkan pada klien dengan harga diri rendah adalah terapi kognitif, terapi interpersonal, terapi tingkah laku, dan terapi keluarga. Pemberian terapi okupasi dapat membantu klien mengembangkan mekanisme koping dalam

memecahkan masalah terkait masa lalu yang tidak menyenangkan. Klien dilatih untuk mengidentifikasi kemampuan yang masih dapat digunakan yang dapat meningkatkan harga dirinya sehingga tidak akan mengalami hambatan dalam berhubungan social (Rokhimmah dan Rahayu, 2020).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini, maka penulis akan melakukan kajian lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Tn. R dengan masalah utama harga diri rendah dan diagnosa medis Schizophrenia di Ruang Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R dengan masalah utama harga diri rendah dan diagnosa medis Undifferent Teated Schizophrenia di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.2022

1.3.2 Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu:

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R dengan masalah utama harga diri rendah dan diagnosa medis Undifferent Teated Schizophrenia di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

2. Merumuskan diagnosa asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R dengan masalah utama harga diri rendah dan diagnosa medis, Schizophrenia di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R dengan masalah utama harga diri rendah dan diagnosa medis Schizophrenia di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R dengan masalah utama harga diri rendah dan diagnosa medis Schizophrenia di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn.R dengan masalah utama harga diri rendah dan diagnosa medis Schizophrenia di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan tugas akhir ini, diharapkan dapat memberi manfaat bagi :

1. Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan penambah referensi tentang bagaimana pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama Harga diri rendah.

2. Dari segi praktis, tugas akhir ini bermanfaat bagi :

- a. Bagi pelayanan Keperawatan Rumah Sakit

Hasil karya ilmiah ini ,dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien Harga diri rendah dengan baik.

b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah asuhan keperawatan jiwa pada klien 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. Teknik 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 klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasandengan diagnose 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 skizofrenia, konsep penyakit, asuhan keperawatan risiko perilaku kekerasan, konsep komunikasi, konsep stress adaptasi dan konsep mekanisme koping.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/ emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi, afek dan emosi perilaku bizar. Skizofrenia adalah bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas (L. Ma'rifatul Azizah, I. Zainuri, 2016).

Skizofrenia yaitu gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Penyebab skizofrenia masih belum diketahui secara jelas. Penelitian menunjukkan adanya kelainan pada struktur dan fungsi otak. Kombinasi faktor genetik dan lingkungan berperan dalam perkembangan skizofrenia. Faktor genetik

dapat menjadi penyebab skizofrenia (ChisholmBurns et al., 2016). Dalam buku Nanda NIC NOC, (2015) ada beberapa Faktor penyebab skizofrenia :

1. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9%-1,8% bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak-anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%

2. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstermitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

3. Susunan Saraf Pusat

Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

4. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga

timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

5. Teori Sigmund Freud

- a. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatik
- b. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme dan kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut buku (L. Ma'rifatul Azizah, I. Zainuri, 2016) *indicator premorbid* (pra-sakit) pre-skizofrenia antara lain ketidakmampuan seseorang mengekspresikan emosi: wajah dingin, jarang tersenyum, acuh tak acuh. Penyimpangan komunikasi: pasien sulit melakukan pembicaraan terarah, kadang menyimpang (*tajential*) atau berputar-putar (*sirkumstantialz*). Gangguan atensi: penderita tidak mampu memfokuskan, mempertahankan, atau memindahkan atens. Gangguan perilaku: menjadi pemalu, tertutup, menarik diri secara sosial, tidak bisa menikmati rasa senang, menantang tanpa alasan jelas, mengganggu dan tak disiplin.

Gejala-gejala yang muncul pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut:

1. Muncul delusi dan halusinasi. Delusi merupakan keyakinan/pemikiran yang salah dan tidak sesuai kenyataan, namun tetap dipertahankan sekalipun dihadapkan pada cukup banyak bukti mengenai pemikirannya tersebut. Delusi yang biasanya muncul adalah bahwa penderita skizofrenia meyakini dirinya

tuhan, dewa, nabi, atau orang besar dan penting. sementara halusinasi adalah persepsi panca indera yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya penderita berbicara sendiri dan mempersepsikan ada orang lain yang sedang di ajak bicara

2. Kehilangan energy dan minat untuk menjalani aktivitas sehari-hari, bersenang-senang, maupun aktivitas seksual, berbicara hanya sedikit, gagal menjalin hubungan yang dekat dengan orang lain, tidak mampu memikirkan konsekuensi dari tindakannya, menampilkan ekspresi emosi yang datar, atau bahkan ekspresi emosi yang tidak sesuai konteks (misalkan tiba-tiba tertawa atau marah-marah tanpa sebab yang jelas).

2.1.4 Penggolongan Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut (Dr. dr.Rusdi Maslim SpKJ, 2013), yaitu :

1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
 - c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.

- b. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
 - c. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
 - d. Gejala bertahan 2-3 minggu.
 - e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
 - f. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan dan hampa perasaan.
 - g. Afek dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*in appropriate*), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
 - h. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren
3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
- a. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
 - b. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
 - c. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
 - d. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
 - e. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).

- f. Rigiditas (kaku).
 - g. Flexibilitas cerea (*waxy flexibility*) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.
 - h. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
 - i. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
 - j. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
 - k. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
 - l. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
 - m. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia.
4. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
 - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
 - c. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).
5. Skizofrenia residual (F 20. 5)

- a. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
 - b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
 - c. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
 - d. Tidak terdapat demensia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.
6. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)
- a. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalanperlahan dan progresif dari :
 - 1) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.
 - 2) Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

b. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtype skizofrenia lainnya.

7. Skizofrenia lainnya (F.20.8)

Termasuk skizofrenia *chenesthopathic* (terdapat suatu perasaanyang tidaknyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

8. Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

2.2 Konsep Harga Diri Rendah

2.2.1 Definisi Harga Diri Rendah

Harga diri rendah merupakan perasaan tidak berharga, tidak berarti, rendah diri, yang menjadikan evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri (Wijayati *et al.*, 2020). Menurut (Ayu d, 2019) Harga diri rendah merupakan evaluasi diri dan perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif terhadap diri sendiri, hilangnya percaya diri dan harga diri, merasa gagal dalam mencapai keinginan menurut Harga diri rendah merupakan keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif tentang kemampuan yang ada pada dirinya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah yaitu dimana ketika individu mengalami gangguan dalam penilaian terhadap dirinya sendiri dan kemampuan yang dimiliki yang menjadikan hilangnya rasa kepercayaan diri akibat evaluasi negatif yang berlangsung dalam waktu yang lama karena individu merasa gagal dalam mencapai keinginan. Harga diri rendah merupakan sikap menolak dirinya

sebagai sesuatu yang berharga dan tidak dapat bertanggung jawab pada kehidupannya sendiri menurut (A, Suryadi et, 2019). Harga diri rendah merupakan perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negative terhadap diri sendiri atau kemampuan pada dirinya. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mencapai keinginan ideal diri karena peristiwa atau kejadian terutama yang terjadi secara tiba-tiba, misalnya harus operasi, kecelakaan, diceraikan suami, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu (korban perkosaan, dituduh KKN, di penjara tiba-tiba). Kronik yaitu perasaan negatif terhadap diri yang berlangsung lama seperti sebelum sakit atau dirawat. Klien ini mempunyai cara berfikir yang negatif. Kejadian sakit dan di rawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya. Kondisi ini mengakibatkan respon mal yang adaptif. Kondisi ini dapat ditemukan pada klien gangguan fisik yang kronik atau pada klien yang mengalami gangguan jiwa menurut (Azizah, Zainuri dan Akbar, 2016)

Harga diri rendah dibedakan menjadi dua yaitu :

1. Harga diri rendah situasional merupakan keadaan dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengalami perasaan negatif mengenai respon terhadap suatu kejadian (kehilangan dan perubahan).
2. Harga diri rendah kronik merupakan keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai diri sendiri atau kemampuan dalam waktu yang lama menurut (Keliat, 2016).

2.2.2 Etiolog Harga Diri Rendah

Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang. Dalam tinjauan life span history klien, penyebab terjadinya harga diri rendah adalah pada masa kecil yang sering disalahkan, jarang diberikan pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai masa remaja, keberadaannya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan, dan juga tidak diterima. Menjelang dewasa awal, sering gagal disekolah, pekerjaan dan juga pergaulan. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuan yang dimilikinya menurut (Rahayu, Mustikasari dan Daulima, 2019). Faktor yang menyebabkan harga diri rendah kronik yaitu faktor Predisposisi dan faktor Presipitasi sebagai berikut:

1. Faktor Sumber Predisposisi
 - a. Faktor yang mempengaruhi harga diri rendah yaitu meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang terjadi berulang, kurang mempunyai tanggung jawab yang realistis, kurang mempunyai tanggung jawab, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.
 - b. Faktor yang mempengaruhi performa peran adalah stereotipe peran gender, tuntutan peran kerja, dan harapan peran budaya
 - c. Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi yaitu seperti ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan dari struktur sosial.
2. Faktor Sumber Presipitasi

- a) Trauma: penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan.
- b) Ketegangan peran: berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan oleh individu sehingga mengalami frustrasi
- c) Transisi peran perkembangan: perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan
- d) Transisi peran situasi: terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian Poltekkes Kemenkes Padang
- e) Transisi peran sehat-sakit: sebagai akibat pergeseran dari keadaan sehat dan keadaan sakit. Transisi ini dapat disebabkan oleh kehilangan bagian tubuh, perubahan ukuran, bentuk, penampilan atau fungsi tubuh, perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan.

2.2.3 Manifestasi klinik Harga Diri Rendah

Tanda dan Gejala yang muncul pada klien dengan harga diri rendah. Menurut buku keperawatan (SDKI, 2017) harga diri rendah kronik dan situasional adalah sebagai berikut:

1. Harga diri rendah kronik
 - a. Penyebab
 - 1) Terpapar situasi traumatis
 - 2) Kegagalan berulang
 - 3) Kurangnya pengakuan dari orang lain

- 4) Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan
- 5) Gangguan psikiatri
- 6) Penguatan negatif berulang
- 7) Ketidaksesuaian budaya
- b. Gejala Dan Tanda Mayor
 - 1) Subyektif
 - a) Menilai diri negative (mis. Tidak berguna, tidak tertolong).
 - b) Merasa malu/ bersalah.
 - c) Meremehkan kemampuan.
 - d) Mengatasi masalah.
 - e) Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif.
 - f) Melebih – lebihkan penilaian negative tentang diri sendiri
 - g) Menolak penilaian positif tentang diri sendiri
 - 2) Obyektif :
 - a) Enggan mencoba hal baru.
 - b) Berjalan menunduk.
 - c) Postur tubuh menunduk.
- c. Gejala Dan Tanda Minor
 - 1) Subyektif :
 - a) Merasa sulit konsentrasi
 - b) Sulit tidur
 - c) Mengungkapkan keputusasaan

- 2) Obyektif :
 - a) Kontak mata kurang.
 - b) Lesu dan tidak bergairah.
 - c) Berbicara pelan dan lirih.
 - d) Pasif.
 - e) Perilaku tidak asertif.
 - f) Mencari penguatan secara berlebihan.
 - g) Bergantung pada pendapat orang lain.
 - h) Sulit membuat keputusan.

2. Harga Diri Rendah Situasional

1. Penyebab :
 - 1) Perubahan pada citra tubuh.
 - 2) Perubahan peran sosial.
 - 3) Ketidakadekuatan pemahaman.
 - 4) Perilaku tidak konsisten dengan nilai.
 - 5) Kegagalan hidup berulang.
 - 6) Riwayat kehilangan.
 - 7) Riwayat penolakan.
 - 8) Transisi perkembangan

2. Gejala Dan Tanda Mayor

- 1) Subyektif :
 - a) Menilai diri negative (mis, tidak berguna, tidak tertolong).

- b) Merasa malu/ bersalah.
- c) Lebih – lebihkan penilaian negative tentang diri sendiri.
- d) Menolak penilaian positif tentang diri sendiri.

2) Obyektif :

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

3. Gejala Dan Tanda Minor

1) Subyektif :

- a) Sulit berkonsentrasi

2) Obyektif :

- a) Kontak mata kurang.
- b) Lesu dan tidak bergairah.
- c) Pasif.
- d) Tidak mampu membuat keputusan.

4. Kondisi Klinik Terkait

- 1) Cendera traumatis.
- 2) Pembedahan.
- 3) Kehamilan.

- 4) Kondisi baru terdiagnosis (mis, diabetes mellitus).
- 5) Stroke
- 6) Penyalahgunaan zat.
- 7) Demensia.
- 8) Pengalaman tidak menyenangkan.

2.2.4 Rentang Respon Harga Diri Rendah

Respon individu terhadap konsep dirinya diawali dari respon adaptif dan maladaptif. (Dewi, Wuryaningsih dan Susanto, 2020)

Rentang respon digambarkan sebagai berikut :



Aktualisasi diri Konsep diri Harga diri rendah Kerancuan Depersonalisasi

Gambar 2.1 Rentang Respon Hargah Diri Rendah

1. Aktualisasi diri iyahlah : pernyataan konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima.
2. Konsep diri positif merupakan : mempunyai pengalaman positif dalam perwujudan dirinya.

3. harga diri rendah : perasaan yang negatif pada diri sendiri, hilangnya kepercayaan diri, tidak berharga lagi, tidak berdaya, dan pesemis.
4. kerancuan identitas : kegagalan seseorang untuk mengintegrasikan berbagai identitas masa anak-anak
5. Depersonalisasi : perasaan sulit membedakan diri sendiri dan merasa tidak nyata dan asing. Menurut : (Kuliat dalam Ade Herman 2011).

2.2.5 Mekanisme koping harga diri rendah

Menurut buku keperawatan (SDKI, 2017) koping individu dan keluarga tidak efektif sebagai berikut :

1. Ketidakmampuan koping keluarga berhubungan dengan :
 - a. Hubungan keluarga ambivalen.
 - b. Pola koping yang berbeda diantara klien dan orang terdekat.
 - c. Ketidakmampuan orang terdekat mengungkapkan perasaan.
2. Tanda Subyektif:
 - a. Klien merasa diabaikan
3. Tanda Obyektif :
 - a. Tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga.
 - b. Tidak toleran mengabaikan anggota keluarga
4. Penurunan koping keluarga :
 - a. Situasi penyerta yang mempengaruhi orang terdekat
 - b. Krisis perkembangan yang dihadapi orang terdekat
 - c. Kelelahan orang terdekat dalam memberikan dukungan
 - d. Perubahan peran keluarga

- e. Kurang saling mendukung
 - f. Tidak cukupnya dukungan yang diberikan klien pada orang terdekat
 - g. Orang terdekat kurang terpapar informasi
 - h. Salahnya tidak fahamnya informasi yang didupatkannya orang terdekat
 - i. Krisis nasioanal yang dialami orang terdekat
5. Tanda Subyektif :
- a. Klien mengeluh / kuatir tentang respon orang terdekat pada masalah kesehatan
6. Tanda Obyektif :
- a. Orang terdekat menarik diri dari klien
 - b. Terbatasnya komunikasi orang terdekat dengan klien
7. Tanda Minor Subyektif :
- a. Orang terdekat mengatakan kurang terpapar informasi tentang upaya mengatasi masalah klien
8. Tanda Minor Obyektif :
- a. Bantuan yang dilakukan orang terdekat menunjukkan hasil yang tidak memuaskan
 - b. Orang terdekat berperilaku proktektif yang tidak sesuai dengan kemampuan / kemandirian
9. Koping individu tidak efektif :
- a. Tidak percaya terhadap kemampuan diri mengatasi masalah
 - b. Ketidakadekuatan siste pendukung
 - c. Ketidakadaan kekuatan strategis kerja koping
 - d. Ketidakadekuatan atau kekacauan lingkungan

- e. Ketidakcukupan persiapan untuk menghadapi stressor
 - f. Disfungsi sistem keluarga
 - g. Krisis Situasional
 - h. Krisis maturasional
 - i. Kerentanan personalitas
 - j. Ketidakpastian
10. Tanda Subyektif :
- a. Mengungkapkan ketidak mampu mengatasi masalah
11. Tanda Obyektif :
- a. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia)
12. Tanda Minor Subyektif :
- a. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar
 - b. Kekhawatiran kronis
13. Tanda Obyektif :
- a. Penyalahgunaan zat
 - b. Memanipulasi orang lain untuk memenuhi keinginan sendiri
 - c. Perilaku tidak arsertif
 - d. Partisipasi kurang

2.2.6 Komplikasi Harga Diri Rendah

Berisiko terjadi isolasi sosial :

1. menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain

2. menghindari berhubungan dengan orang lain bisa mengakibatkan resiko kekerasan
Berisiko terjadi perilaku kekerasan
1. berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri atau orang lain
2. riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruktif properti orang lain
3. pemikiran waham/ delusi
4. curiga pada orang lain
5. halusinasi
6. berencana bunuh diri

2.2.7 Penatalaksanaan Harga Diri Rendah

Perencanaan tindakan keperawatan :

1. Tujuan Umum (TUM): Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan di harapkan klien dapat berinteraksi dengan orang lain.
 - a. Tujuan Khusus (TUK):
 - a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
 - b. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
 - c. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
 - d. Klien dapat (menetapkan) kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki
 - e. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) dengan harga diri rendah

1. SP 1
 - a. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
 - b. Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan
 - c. Membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih
 - d. Melatih kemampuan yang sudah dipilih
 - e. Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.

2. SP 2
 - a. Merencanakan bersama pasien kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari
 - b. Memberi contoh pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan
 - c. Meminta pasien untuk memilih satu kegiatan yang mau dilakukan di rumah sakit
 - d. Membantu pasien melakukannya dan jika perlu diberikan contoh
 - e. Memberikan pujian atas kegiatan dan keberhasilan pasien
 - f. Mendiskusikan jadwal kegiatan harian atau kegiatan yang telah dilatih

3. SP 3
 - a. Mengevaluasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
 - b. Mengevaluasi penilaian kemampuan klien yang masih dapat digunakan
 - c. Mengevaluasi kegiatan yang dilatih sesuai dengan kemampuan klien
 - d. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian

- e. Mengevaluasi kegiatan lain klien yang sesuai dengan kemampuan klien.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Harga Diri Rendah

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien, serta merumuskan diagnosa keperawatan. Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik mental, sosial, dan lingkungan (Keliat, 2011) Menurut Prabowo (2014) isi dari pengkajian tersebut adalah :

1. Identitas pasien Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status marital, suku/bangsa, alamat, nomor rekam medis, ruang rawat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, dan identitas penanggung jawab.
2. Keluhan utama/alasan masuk Biasanya pasien datang ke rumah sakit jiwa atau puskesmas dengan alasan masuk pasien sering menyendiri, tidak berani menatap lawan bicara, sering menunduk dan nada suara rendah..
3. Faktor predisposisi
 - a. Riwayat gangguan jiwa
Biasanya pasien dengan harga diri rendah memiliki riwayat gangguan jiwa dan pernah dirawat sebelumnya.
 - b. Pengobatan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah pernah memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya, namun pengobatan klien belum berhasil.

c. Aniaya

Biasanya pasiendengan harga diri rendah pernah melakukan, mengalami, menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal.

d. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Biasanya ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang sama dengan pasien.

e. Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan pada masa lalu seperti kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan serta tidak tercapainya ideal diri merupakan stressor psikologik bagi klien yang dapat menyebabkan gangguan jiwa.

4. Pengkajian fisik

Tanda tanda vital: Biasanya tekanan darah dan nadi pasien dengan harga diri rendah meningkat.

5. Pengkajian psikososial

a. Genogram

Biasanya menggambarkan garis keturunan keluarga pasien, apakah ada keluarga pasien yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami pasien.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Biasanya pasien dengan harga diri rendah akan mengatakan tidak ada keluhan apapun

2) Identitas diri

Biasanya pasien dengan harga diri rendah merasa tidak berdaya dan rendah diri sehingga tidak mempunyai status yang dibanggakan atau diharapkan di keluarga maupun di masyarakat.

3) Peran

Biasanya pasien mengalami penurunan produktifitas, ketegangan peran dan merasa tidak mampu dalam melaksanakan tugas.

4) Ideal diri

Biasanya pasien dengan harga diri rendah ingin diperlakukan dengan baik oleh keluarga maupun masyarakat, sehingga pasien merasa dapat menjalankan perannya di keluarga maupun di masyarakat.

5) Harga diri

Biasanya pasien dengan harga diri rendah kronis selalu mengungkapkan hal negatif tentang dirinya dan orang lain, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis serta penolakan terhadap kemampuan diri. Hal ini menyebabkan pasien dengan harga diri rendah memiliki hubungan yang kurang baik dengan orang lain sehingga pasien merasa dikucilkan di lingkungan sekitarnya.

c. Hubungan sosial

- 1) Pasien tidak mempunyai orang yang berarti untuk mengadu atau meminta dukungan
- 2) Pasien merasa berada di lingkungan yang mengancam
- 3) Keluarga kurang memberikan penghargaan kepada klien
- 4) Pasien sulit berinteraksi karena berperilaku kejam dan mengeksploitasi orang lain

d. Spiritual

Biasanya pasien merasa perjalanan hidupnya penuh dengan ancaman, tujuan hidup biasanya jelas, kepercayaannya terhadap sakit serta dengan penyembuhannya. Pasien mengakui adanya tuhan, putus asa karena tuhan tidak memberikan sesuatu yang diharapkan dan tidak mau menjalankan kegiatan keagamaan.

6. Status mental

1. Penampilan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah penampilannya tidak rapi, tidak sesuai karena klien kurang minta untuk melakukan perawatan diri. Kemuduran dalam tingkat kebersihan dan kerapian dapat merupakan tanda adanya depresi atau skizoprenia

2. Pembicaraan

Biasanya pasien berbicara dengan frekuensi lambat, tertahan, volume suara rendah, sedikit bicara, inkoheren, dan bloking.

3. Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik pasien tegang, lambat, gelisah, dan terjadi penurunan aktivitas interaksi.

4. Alam perasaan

Pasien biasanya merasa tidak mampu dan pandangan hidup yang pesimis

5. Afek Afek pasien

Biasanya tumpul yaitu klien tidak mampu berespon bila ada stimulus emosi yang bereaksi.

6. Interaksi selama wawancara

Biasanya pasien dengan harga diri rendah kurang kooperatif dan mudah tersinggung.

7. Persepsi

Biasanya pasien mengalami halusinasi dengar/lihat yang mengancam atau memberi perintah.

8. Proses pikir

Biasanya pasien dengan harga diri rendah terjadi pengulangan pembicaraan (perseverasi) disebabkan karena pasien kurang kooperatif dan bicara lambat sehingga sulit dipahami.

9. Isi pikir

Biasanya pasien merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolak diri sendiri, mengejek dan mengkritik diri sendiri.

10. Tingkat kesadaran

Biasanya tingkat kesadaran pasien stupor (gangguan motorik seperti ketakutan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dalam

sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama tetapi klien menyadari semua yang terjadi di lingkungannya).

11. Memori

Biasanya pasien dengan harga diri rendah umumnya tidak terdapat gangguan pada memorinya, baik memori jangka pendek ataupun memori jangka panjang.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya tingkat konsentrasi terganggu dan mudah beralih atau tidak mampu mempertahankan konsentrasi dalam waktu lama, karena merasa cemas. Dan biasanya tidak mengalami gangguan dalam berhitung.

13. Kemampuan menilai

Biasanya gangguan kemampuan penilaian ringan (dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain, contohnya: berikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi, setelah diberikan penjelasan pasien masih tidak mampu mengambil keputusan) jelaskan sesuai data yang terkait. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

14. Daya tilik diri

Biasanya pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu meminta pertolongan/pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita penyakitnya.

7. Mekanisme koping

Pasien dengan harga diri rendah biasanya menggunakan mekanisme koping maladaptif yaitu dengan minum alkohol, reaksi lambat, menghindar dan mencederai diri.

8. Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pasien mempunyai masalah dengan dukungan dari keluarganya. Pasien merasa kurang mendapat perhatian dari keluarga. Pasien juga merasa tidak diterima di lingkungan karena penilaian negatif dari diri sendiri dan orang lain.

9. Kurang pengetahuan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah tidak mengetahui penyakit jiwa yang ia alami dan penatalaksanaan program pengobatan.

10. Aspek medik

Biasanya pasien dengan harga rendah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Pasien dengan diagnosa medis Skizofrenia biasanya klien mendapatkan Clorpromazine 1x100 mg, Halloperidol 3x5 mg, Trihexy penidil 3x2 mg, dan Risperidon 2x2 mg.

2.3.2 Diagnosis

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul Yosep (2014) menjelaskan terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan harga diri rendah diantaranya adalah :

1. Harga diri rendah kronik
2. Koping Individu tidak efektif
3. Isolasi sosial

4. Defisit Perawatan Diri.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan tindakan keperawatan :

1. Tujuan Umum (TUM): Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan di harapkan klien dapat berinteraksi dengan orang lain.
2. Tujuan Khusus (TUK):
 - a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
 - b. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
 - c. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
 - d. Klien dapat (menetapkan) kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki
 - e. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) dengan harga diri

rendah

1. SP 1
 - a. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
 - b. Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan
 - c. Membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih
 - d. Melatih kemampuan yang sudah dipilih
 - e. Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.

2. SP 2
 - a. Merencanakan bersama pasien kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari
 - b. Memberi contoh pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan
 - c. Meminta pasien untuk memilih satu kegiatan yang mau dilakukan di rumah sakit
 - d. Membantu pasien melakukannya dan jika perlu diberikan contoh
 - e. Memberikan pujian atas kegiatan dan keberhasilan pasien
 - f. Mendiskusikan jadwal kegiatan harian atau kegiatan yang telah dilatih

3. SP 3
 - a. Mengevaluasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
 - b. Mengevaluasi penilaian kemampuan klien yang masih dapat digunakan
 - c. Mengevaluasi kegiatan yang dilatih sesuai dengan kemampuan klien
 - d. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
Mengevaluasi kegiatan lain klien yang sesuai dengan kemampuan klien.

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk

menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Anggit, 2021).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi Keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut, S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, A: Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada, dan P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) atau rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan terapi hasil belum memuaskan) (Anggit, 2021).

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya, yang direncanakan, mempunyai tujuan, dan difokuskan kepada proses kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik ini digunakan untuk menciptakan hubungan yang baik antara perawat dan pasien sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Dengan penerapan komunikasi

terapeutik yang benar akan membantu dalam kelancaran pemberian asuhan keperawatan untuk pasien (Kristyaningsih et al., 2018).

2.4.2 Komponen Komunikasi Terapeutik

Ada 6 komponen dalam komunikasi menurut (Murniarti, 2019) yaitu :

1. **Komunikator**

Komunikator adalah orang yang menyampaikan pesan atau maksud dan tujuan tertentu kepada komunikan (penerima pesan).

2. **Komunikan**

Komunikan adalah orang yang menerima pesan dari komunikator.

3. **Pesan**

Pesan adalah isi dari sesuatu yang ingin di sampaikan, bisa berupa maksud atau tujuan.

4. **Media**

Media adalah alat penghubung atau sarana dalam penyampaian pesan dalam komunikasi

5. **Feedback**

Feedback adalah umpan balik atau respon dari komunikan

6. **Effect**

Effect adalah akibat atau pengaruh yang di timbulkan dari komunikan setelah menerima pesan.

2.4.3 Fase Komunikasi Terapeutik

Menurut (Ferginia P., 2021) ada 4 tahapan dalam komunikasi, yaitu :

1. Fase Pra Interaksi

Fase ini adalah fase awal persiapan sebelum memulai interaksi dengan klien. Hal-hal yang dilakukan pada fase ini yaitu evaluasi diri, penetapan tahapan hubungan dan rencana interaksi. Segala hal yang sekiranya dibutuhkan untuk komunikasi akan dipersiapkan.

2. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik

Pada tahapan ini, tenaga Kesehatan akan memulai komunikasi dengan memperkenalkan diri agar terbentuk kepercayaan sebagai landasan komunikasi terapeutik.

- b. Evaluasi dan Validasi

Evaluasi adalah kegiatan pengumpulan data untuk mengukur sejauh mana sudah tercapai. Validasi adalah data evaluasi yang baik sesuai dengan kenyataan.

- c. Kontrak

- 1) Topik

Topik adalah inti utama dari seluruh isi tulisan yang hendak disampaikan.

- 2) Waktu

Mengenai tentang hari, tanggal dan jam bertemu antara petugas Kesehatan dan pasien.

- 3) Tempat

Lokasi atau tempat saat pasien dan petugas Kesehatan bertemu sesuai janji yang telah disepakati.

3. Fase Kerja

Fase kerja yang merupakan fase inti hubungan dengan klien. Berbagai kegiatan dalam fase ini adalah meningkatkan pengertian dan pengenalan klien akan diri; perilaku; perasaan dan pikirannya, mengembangkan; mempertahankan dan meningkatkan kemampuan klien secara mandiri dalam menyelesaikan masalah, melaksanakan terapi, melaksanakan pendidikan kesehatan, melaksanakan kolaborasi dan melaksanakan observasi serta monitoring.

4. Fase Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi Subjektif

Suatu pengukuran hasil yang didapatkan secara subjektif pada pasien.

2) Evaluasi Objektif

Suatu pengukuran hasil yang didapatkan secara objektif pada pasien.

b. Tindak Lanjut

Rencana yang akan disepakati antara pasien dan petugas Kesehatan untuk pembahasan pada topik berikutnya.

c. Kontrak

1) Topik

Topik adalah inti utama dari seluruh isi tulisan yang hendak disampaikan.

2) Waktu

Mengenai tentang hari, tanggal dan jam bertemu antara petugas Kesehatan dan pasien.

3) Tempat

Lokasi atau tempat saat pasien dan petugas Kesehatan bertemu sesuai janji yang telah disepakati.

2.5 Konsep Stes dan Adaptasi

2.5.1 Pengertian Stres

Stres adalah sekumpulan perubahan fisiologis akibat tubuh terpapar terhadap bahaya ancaman. Stres memiliki dua komponen: fisik yakni perubahan fisiologis dan psikologis yakni bagaimana seseorang merasakan keadaan dalam hidupnya. Perubahan keadaan fisik dan psikologis ini disebut sebagai stresor (pengalaman yang menginduksi respon stres) (Pinel, 2009).

Stres adalah suatu reaksi tubuh yang dipaksa, di mana ia boleh mengganggu equilibrium (homeostasis) fisiologi normal (Julie K., 2005). Sedangkan menurut WHO (2003) Stres adalah reaksi/respons tubuh terhadap stresor psikososial (tekanan mental/beban kehidupan). Stres dewasa ini digunakan secara bergantian untuk menjelaskan berbagai stimulus dengan intensitas berlebihan yang tidak disukai berupa respons fisiologis, perilaku, dan subjektif terhadap stres; konteks yang menjembatani pertemuan antara individu dengan stimulus yang membuat stres semua sebagai suatu sistem.

2.5.2 Klasifikasi Stres

Menurut Stuart dan Sundeen (2005) mengklasifikasikan tingkat stres, yaitu:

1. Stress Ringan

Pada tingkat stres ini sering terjadi pada kehidupan sehari-hari dan kondisi ini dapat membantu individu menjadi waspada dan bagaimana mencegah berbagai kemungkinan yang akan terjadi.

2. Stress Sedang

Pada stres tingkat ini individu lebih memfokuskan hal penting saat ini dan mengesampingkan yang lain sehingga mempersempit lahan persepsinya.

3. Stress Berat

Pada tingkat ini lahan persepsi individu sangat menurun dan cenderung memusatkan perhatian pada hal-hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi stres. Individu tersebut mencoba memusatkan perhatian pada lahan lain dan memerlukan banyak pengarahan.

2.5.3 Penggolongan Stres

Menurut Selye (2005) dalam menggolongkan stres menjadi dua golongan yang didasarkan atas persepsi individu terhadap stres yang dialaminya yaitu :

1. Distres (stres negatif)

Merupakan stres yang merusak atau bersifat tidak menyenangkan. Stres dirasakan sebagai suatu keadaan dimana individu mengalami rasa cemas, ketakutan, khawatir atau gelisah. Sehingga individu mengalami keadaan psikologis yang negatif, menyakitkan dan timbul keinginan untuk menghindarinya.

2. Eustres (stres positif)

Eustres bersifat menyenangkan dan merupakan pengalaman yang memuaskan, frase *joy of stres* untuk mengungkapkan hal-hal yang bersifat positif yang timbul dari adanya stres. Eustres dapat meningkatkan kesiagaan mental, kewaspadaan, kognisi dan performansi kehidupan. Eustres juga dapat meningkatkan motivasi individu untuk menciptakan sesuatu, misalnya menciptakan karya seni.

2.5.4 Respon Psikologi Stres

Reaksi psikologis terhadap stres dapat meliputi, (Sarafino, 2007) :

1. Kognisi

Stres dapat melemahkan ingatan dan perhatian dalam aktivitas kognitif. Stresor berupa kebisingan dapat menyebabkan defisit kognitif pada anak-anak. Kognisi juga dapat berpengaruh dalam stres.

2. Emosi

Emosi cenderung terkait dengan stres. Individu sering menggunakan keadaan emosionalnya untuk mengevaluasi stres. Proses penilaian kognitif dapat mempengaruhi stres dan pengalaman emosional. Reaksi emosional terhadap stres yaitu rasa takut, fobia, kecemasan, depresi, perasaan sedih dan rasa marah.

3. Perilaku Sosial

Stres dapat mengubah perilaku individu terhadap orang lain. Individu dapat berperilaku menjadi positif maupun negatif. Bencana alam dapat membuat individu berperilaku lebih kooperatif, dalam situasi lain, individu dapat mengembangkan sikap bermusuhan. Stres yang diikuti dengan rasa marah

menyebabkan perilaku sosial negatif cenderung meningkat sehingga dapat menimbulkan perilaku agresif. Stres juga dapat mempengaruhi perilaku membantu pada individu.

2.5.5 Reaksi Psikologis Terhadap Stres

1. Kecemasan

Respons yang paling umum merupakan tanda bahaya yang menyatakan diri dengan suatu penghayatan yang khas, yang sukar digambarkan adalah emosi yang tidak menyenangkan dengan istilah kuatir, tegang, prihatin, takut seperti jantung berdebar-debar, keluar keringan dingin, mulut kering, tekanan darah tinggi dan susah tidur.

2. Kemarahan dan Agresi

Perasaan jengkel sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman. Merupakan reaksi umum lain terhadap situasi stres yang mungkin dapat menyebabkan agresi.

3. Depresi

Keadaan yang ditandai dengan hilangnya gairah dan semangat. Terkadang disertai rasa sedih.

2.5.6 Cara Mengendalikan Stres

Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan keinginan yang akan dicapai dan respons terhadap situasi yang menjadi ancaman bagi individu. Cara yang dapat dilakukan adalah :

1. Individu

- a. Kenali diri sendiri.
 - b. Turunkan kecemasan.
 - c. Tingkatkan harga diri.
 - d. Persiapan diri.
 - e. Pertahankan dan tingkatkan cara yang sudah baik.
2. Dukungan sosial
- a. Pemberian dukungan terhadap peningkatan kemampuan kognitif.
 - b. Ciptakan lingkungan keluarga yang sehat.
 - c. Berikan bimbingan mental dan spiritual untuk individu tersebut dari keluarga.
 - d. Berikan bimbingan khusus untuk individu.

2.5.7 Pengertian Adaptasi

Adaptasi adalah proses penyesuaian diri terhadap beban lingkungan agar organisme dapat bertahan hidup (Sarafino, 2005). Sedangkan menurut Gerungan (2006) menyebutkan bahwa adaptasi atau penyesuaian diri adalah mengubah diri sesuai dengan keadaan lingkungan, tetapi juga mengubah lingkungan sesuai dengan keadaan (keinginan diri).

2.5.8 Macam - Macam Adaptasi

1. Adaptasi fisiologis

Proses dimana respon tubuh terhadap stresor untuk mempertahankan fungsi kehidupan, dirangsang oleh faktor eksternal dan internal, respons dapat dari

sebagian tubuh atau seluruh tubuh serta setiap tahap perkembangan punya stresor tertentu.

Mekanisme fisiologis adaptasi berfungsi melalui umpan balik negatif, yaitu suatu proses dimana mekanisme kontrol merasakan suatu keadaan abnormal seperti penurunan suhu tubuh dan membuat suatu respons adaptif seperti mulai menggigil untuk membangkitkan panas tubuh.

Ketiga dari mekanisme utama yang digunakan dalam menghadapi stressor dikontrol oleh medula oblongata, formasi retikuler dan hipofisis. Riset klasik yang telah dilakukan oleh Hans Selye (1946, 1976) telah mengidentifikasi dua respons fisiologis terhadap stres, yaitu:

a. LAS (Lokal Adaptation Syndrome)

Tubuh menghasilkan banyak respons setempat terhadap stres, responnya berjangka pendek. Karakteristik dari LAS :

- 1) Respon yang terjadi hanya setempat dan tidak melibatkan semua sistem.
- 2) Respons bersifat adaptif, diperlukan stresor untuk menstimulasikannya.
- 3) Respons bersifat jangka pendek dan tidak terus menerus.
- 4) Respons bersifat restorative.

b. GAS (General Adaptation Syndrome)

Merupakan respons fisiologis dari seluruh tubuh terhadap stres. Respons yang terlibat didalamnya adalah sistem saraf otonom dan sistem endokrin. Di beberapa buku teks GAS sering disamakan

dengan Sistem Neuroendokrin. GAS diuraikan dalam tiga tahapan berikut :

1) Fase alarm

Melibatkan pengerahan mekanisme pertahanan dari tubuh dan pikiran untuk menghadapi stresor seperti pengaktifan hormon yang berakibat meningkatnya volume darah dan akhirnya menyiapkan individu untuk bereaksi. Aktifitas hormonal yang luas ini menyiapkan individu untuk melakukan respons melawan atau menghindar. Respons ini bisa berlangsung dari menit sampai jam. Bila stresor menetap maka individu akan masuk kedalam fase resistensi.

2) Fase resistensi (melawan)

Individu mencoba berbagai macam mekanisme penanggulangan psikologis dan pemecahan masalah serta mengatur strategi. Tubuh berusaha menyeimbangkan kondisi fisiologis sebelumnya kepada keadaan normal dan tubuh mencoba mengatasi faktor-faktor penyebab stres. Bila teratasi, gejala stres menurun atau normal. Bila gagal maka individu tersebut akan jatuh pada tahapan terakhir dari GAS yaitu: Fase kehabisan tenaga.

3) Fase exhaustion (kelelahan)

Merupakan fase perpanjangan stres yang belum dapat tertanggulangi pada fase sebelumnya. Tahap ini cadangan energi telah menipis atau habis, akibatnya tubuh tidak mampu lagi menghadapi stres. Ketidakmampuan tubuh untuk mempertahankan diri terhadap stresor inilah yang akan berdampak pada kematian individu tersebut.

2. Adaptasi psikologis

Perilaku adaptasi psikologi membantu kemampuan seseorang untuk menghadapi stresor, diarahkan pada penatalaksanaan stres dan didapatkan melalui pembelajaran dan pengalaman sejalan dengan pengidentifikasian perilaku yang dapat diterima dan berhasil.

Perilaku adaptasi psikologi dapat konstruktif atau destruktif. Perilaku konstruktif membantu individu menerima tantangan untuk menyelesaikan konflik. Perilaku destruktif mempengaruhi orientasi realitas, kemampuan pemecahan masalah, kepribadian dan situasi yang sangat berat, kemampuan untuk berfungsi.

Perilaku adaptasi psikologis juga disebut sebagai mekanisme koping. Mekanisme ini dapat berorientasi pada tugas, yang mencakup penggunaan teknik pemecahan masalah secara langsung untuk menghadapi ancaman atau dapat juga mekanisme pertahanan ego, yang tujuannya adalah untuk mengatur distress emosional dan dengan demikian memberikan perlindungan individu terhadap ansietas dan stres. Mekanisme pertahanan ego adalah metode koping terhadap stres secara tidak langsung.

a. Task oriented behavior

Perilaku berorientasi tugas mencakup penggunaan kemampuan kognitif untuk mengurangi stres, memecahkan masalah, menyelesaikan konflik dan memenuhi kebutuhan (Stuart & Sundeen, 2005). Tiga tipe umum perilaku yang berorientasi tugas adalah :

- 1) Perilaku menyerang adalah tindakan untuk menyingkirkan atau mengatasi suatu stresor.

- 2) Perilaku menarik diri adalah menarik diri secara fisik atau emosional dari stressor.
- 3) Perilaku kompromi adalah mengubah metode yang biasa digunakan, mengganti tujuan atau menghilangkan kepuasan terhadap kebutuhan untuk memenuhi lain atau untuk menghindari stres.

b. Ego Dependen Mekanism

Perilaku tidak sadar yang memberikan perlindungan psikologis terhadap peristiwa yang menegangkan (Sigmund Frued). Mekanisme ini sering kali diaktifkan oleh stressor jangka pendek dan biasanya tidak mengakibatkan gangguan psikiatrik. Adabanyak mekanisme pertahanan ego, yaitu :

- 1) Represi adalah menekan keinginan, impuls/dorongan, pikiran yang tidak menyenangkan ke alam tidak sadar dengan cara tidak sadar.
- 2) Supresi adalah menekan secara sadar pikiran, impuls, perasaan yang tidak menyenangkan ke alam tidak sadar.
- 3) Reaksi formasi adalah tingkah laku berlawanan dengan perasaan yang mendasari tingkah laku tersebut.
- 4) Kompensasi adalah tingkah laku menggantikan kekurangan dengan kelebihan yang lain. Kompensasi langsung dan Kompensasi tidak langsung.
- 5) Rasionalisasi adalah berusaha memperlihatkan tingkah laku yang tampak sebagai pemikiran yang logis bukan karena keinginan yang tidak disadari.

- 6) Substitusi adalah mengganti obyek yang bernilai tinggi dengan obyek yang kurang bernilai tetapi dapat diterima oleh masyarakat.
- 7) Restitusi adalah mengurangi rasa bersalah dengan tindakan pengganti.
- 8) Displacement adalah memindahkan perasaan emosional dari obyek sebenarnya kepada obyek pengganti.
- 9) Proyeksi adalah memproyeksikan keinginan, perasaan, impuls, pikiran pada orang lain/obyek lain/lingkungan untuk mengingkari.
- 10) Simbolisasi adalah menggunakan obyek untuk mewakili ide/emosi yang menyakitkan untuk diekspresikan.
- 11) Regresi adalah ego kembali pada tingkat perkembangan sebelumnya dalam pikiran, perasaan dan tingkah lakunya.
- 12) Denial adalah mengingkari pikiran, keinginan, fakta dan kesedihan.
- 13) Sublimasi adalah memindahkan energi mental (dorongan) yang tidak dapat diterima kepada tujuan yang dapat diterima masyarakat.
- 14) Konversi adalah pemindahan konflik mental pada gejala fisik.
- 15) Introyeksi adalah mengambil alih semua sifat dari orang yang berarti menjadi bagian dari kepribadiannya sekarang.

3. Adaptasi perkembangan

Pada setiap tahap perkembangan, seseorang biasanya menghadapi tugas perkembangan dan menunjukkan karakteristik perilaku dari tahap perkembangan tersebut. Stres yang berkepanjangan dapat mengganggu atau menghambat kelancaran menyelesaikan tahap perkembangan tersebut. Dalam

bentuk ekstrem, stres yang terlalu berkepanjangan dapat mengarah pada krisis pendewasaan.

Bayi atau anak kecil umumnya menghadapi stresor di rumah. Jika diasuh dalam lingkungan yang responsive dan empati, mereka mampu mengembangkan harga diri yang sehat dan pada akhirnya belajar respons koping adaptif yang sehat (Haber et al, 2002).

Anak-anak usia sekolah biasanya mengembangkan rasa kecukupan. Mereka mulai menyadari bahwa akumulasi pengetahuan dan penguasaan keterampilan dapat membantu mereka mencapai tujuan, dan harga diri berkembang melalui hubungan berteman dan saling berbagi diantara teman. Pada tahap ini, stres ditunjukkan oleh ketidakmampuan atau ketidakinginan untuk mengembangkan hubungan berteman.

Remaja biasanya mengembangkan rasa identitas yang kuat tetapi pada waktu yang bersamaan perlu diterima oleh teman sebaya. Remaja dengan sistem pendukung sosial yang kuat menunjukkan suatu peningkatan kemampuan untuk menyesuaikan diri terhadap stresor, tetapi remaja tanpa sistem pendukung sosial sering menunjukkan peningkatan masalah psikososial (Dubos, 2002).

Dewasa muda berada dalam transisi dari pengalaman masa remaja ke tanggung jawab orang dewasa. Konflik dapat berkembang antara tanggung jawab pekerjaan dan keluarga. Stresor mencakup konflik antara harapan dan realitas.

Usia setengah baya biasanya terlibat dalam membangun keluarga, menciptakan karier yang stabil dan kemungkinan merawat orang tua mereka.

Mereka biasanya dapat mengontrol keinginan dan pada beberapa kasus menggantikan kebutuhan pasangan, anak-anak, atau orang tua dari kebutuhan mereka.

Usia lansia biasanya menghadapi adaptasi terhadap perubahan dalam keluarga dan kemungkinan terhadap kematian dari pasangan atau teman hidup. Usia dewasa tua juga harus menyesuaikan terhadap perubahan penampilan fisik dan fungsi fisiologis.

4. Adaptasi sosial budaya

Mengkaji stresor dan sumber koping dalam dimensi sosial mencakup penggalian tentang besarnya, tipe dan kualitas dari interaksi sosial yang ada.

Stresor pada keluarga dapat menimbulkan efek disfungsi yang mempengaruhi klien atau keluarga secara keseluruhan (Reis & Heppner, 2003).

5. Adaptasi spiritual

Orang menggunakan sumber spiritual untuk mengadaptasi stres dalam banyak cara, tetapi stres dapat juga bermanifestasi dalam dimensi spiritual. Stres yang berat dapat mengakibatkan kemarahan pada Tuhan, atau individu mungkin memandang stresor sebagai hukuman.

2.6 Konsep Mekanisme Koping

2.6.1 Pengertian Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 2005). Sedangkan menurut Lazarus (2005), koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam

upaya mengatasi tuntutan internal atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu.

2.6.2 Penggolongan Mekanisme Koping

Berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (dua) (Stuart dan Sundeen, 2005) yaitu :

1. Mekanisme koping adaptif

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 maladaptive

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

2.6.3 Faktor Yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Mekanisme koping seseorang dipengaruhi oleh faktor – faktor diantaranya: peran dan hubungannya, gizi dan metabolisme, tidur dan istirahat, rasa aman dan nyaman, pengalaman masa lalu, tingkat pengetahuan seseorang, dan lingkungan tempat tinggal (Taylor 2003).

2.6.4 Jenis Mekanisme Koping

1. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari, dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistis tuntutan situasi stres.
 - a. Perilaku menolak digunakan untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.
 - b. Perilaku menarik diri digunakan baik secara fisik maupun psikologis untuk memindahkan seseorang dari sumber stress.
 - c. Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara seseorang mengoperasikan, mengganti tujuan atau mengorbankan aspek kebutuhan personal seseorang.
2. Mekanisme pertahanan ego

Membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi jika berlangsung pada tingkat tidak sadar dan melibatkan penipuan diri dan disorientasi realitas, maka mekanisme ini dapat merupakan respon maladaptif terhadap stres (Stuart dan Sundeen, 2003).

2.6.5 Macam – Macam Mekanisme Koping

1. Mekanisme jangka pendek
 - a. Aktifitas yang dapat memberikan pelarian sementara dari krisis identitas, misalnya main musik, tidur, menonton televisi.
 - b. Aktifitas yang dapat memberikan identitas pengganti sementara, misalnya ikut dalam aktifitas sosial, keagamaan.

- c. Aktifitas yang secara sementara menguatkan perasaan diri, misalnya olah raga yang kompetitif, pencapaian akademik / belajar giat.
 - d. Aktifitas yang mewakili upaya jangka pendek untuk membuat masalah identitas menjadi kurang berarti dalam kehidupan individu, misalnya penyalahgunaan obat (Keliat, 2005).
2. Mekanisme Jangka Panjang
- a. Penutupan identitas yaitu adaptasi identitas pada orang yang menurut klien penting, tanpa memperhatikan kondisi dirinya.
 - b. Identitas negatif yaitu klien beranggapan bahwa identifikasi yang tidak wajar akan diterima masyarakat.
3. Mekanisme pertahanan ego, yang sering disebut sebagai mekanisme pertahanan mental. Adapun mekanisme pertahanan ego adalah sebagai berikut :
- a. Kompensasi
Proses seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan tegas menonjolkan keistimewaan atau kelebihan yang dimiliki.
 - b. Penyangkalan (*denial*)
Menyatakan tidak setuju terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Bila individu menyangkal kenyataan, maka dia menganggap tidak ada atau menolak pengalaman yang tidak menyenangkan (sebenarnya mereka sadari sepenuhnya) dengan maksud melindungi diri (Keliat, 2005).
 - c. Pemindahan (*displacement*)

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

d. Disosiasi

Pemisahan suatu kelompok proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya. Keadaan dimana terdapat dua atau lebih kepribadian pada diri seorang individu.

e. Identifikasi (*identification*)

Proses dimana seseorang untuk menjadi seseorang yang ia kagumi berupaya dengan menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut (Stuart dan Sundeen, 2005).

f. Intelektualisasi (*intellectualization*)

Pengguna logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya. Dengan intelektualisasi, manusia dapat mengurangi hal-hal yang pengaruhnya tidak menyenangkan, dan memberikan kesempatan untuk meninjau permasalahan secara obyektif.

g. 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, merupakan hati nurani.

h. Isolasi

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

i. Proyeksi

Pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan emosional dan motivasi yang tidak dapat ditoleransi. Teknik ini mungkin dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan karena dia harus menerima kenyataan akan keburukan dirinya sendiri (Stuart dan Sundeen, 2005).

j. Rasionalisasi

Rasionalisasi dimaksudkan sebagai usaha individu mencari alasan yang dapat diterima secara sosial untuk membenarkan atau menyembunyikan perilakunya yang buruk. Rasionalisasi juga muncul ketika individu menipu dirinya sendiri dengan berpura-pura menganggap yang buruk adalah baik, atau yang baik adalah yang buruk.

k. Reaksi formasi

Individu mengadakan pembentukan reaksi ketika berusaha menyembunyikan motif dan perasaan sebenarnya, dan menampilkan ekspresi wajah yang berlawanan. Dengan cara ini individu dapat menghindarkan diri dari kecemasan yang disebabkan oleh keharusan menghadapi ciri pribadi yang tidak menyenangkan.

l. Regresi

Regresi merupakan respon yang umum bagi individu bila berada dalam situasi frustrasi, setidaknya-tidaknya pada anak-anak. Dapat pula terjadi bila individu yang menghadapi tekanan kembali lagi kepada metode perilaku yang khas individu yang berusia lebih muda (Stuart dan Sundeen, 2005).

m. Represi

Represi didefinisikan sebagai upaya individu menyingkirkan frustrasi, konflik batin, mimpi buruk, dan sejenisnya yang menimbulkan kecemasan. Bila represi terjadi, hal-hal yang mencemaskan itu tidak akan memasuki kesadaran walaupun masih tetap ada pengaruhnya terhadap perilaku.

n. Pemisahan (splitting)

Sikap mengelompokkan orang atau keadaan hanya sebagai semuanya baik atau semuanya buruk; kegagalan untuk memadukan nilai-nilai positif dan negatif di dalam diri sendiri.

o. Sublimasi

Mengganti keinginan atau tujuan yang terhambat dengan cara yang dapat diterima oleh masyarakat. Impuls yang berasal dari Id yang sukar disalurkan karena mengganggu individu atau masyarakat oleh karena itu impuls harus dirubah bentuknya agar tidak merugikan individu/masyarakat sekaligus mendapatkan pemuasan.

p. Supresi

Supresi merupakan proses pengendalian diri yang terang-terangan ditujukan menjaga agar impuls dan dorongan yang ada tetap terjaga.

q. Undoing

Meniadakan pikiran-pikiran, impuls yang tidak baik, seolah-olah menghapus suatu kesalahan (Smet, 2004).

r. Fiksasi

Dalam menghadapi kehidupannya individu dihadapkan pada situasi menekan yang membuatnya frustrasi dan cemas, sehingga individu

tersebut merasa tidak sanggup menghadapinya dan membuat perkembangan normalnya terhenti sementara atau selamanya. Individu menjadi terfiksasi pada satu tahap perkembangan karena tahap berikutnya penuh dengan kecemasan.

s. Menarik Diri

Reaksi ini merupakan respon umum dalam mengambil sikap. Bila individu menarik diri, dia memilih untuk tidak mengambil tindakan. Biasanya respons ini disertai dengan depresi dan sikap apatis (Yosep, 2007).

t. Mengelak

Bila individu merasa diliputi oleh stres yang lama, kuat dan terus menerus, individu cenderung mencoba mengelak. Bisa secara fisik mengelak atau menggunakan metode yang tidak langsung.

u. Fantasi

Dengan berfantasi pada yang mungkin menimpa dirinya, individu merasa mencapai tujuan dan dapat menghindari dirinya dari peristiwa yang tidak menyenangkan, menimbulkan kecemasan dan mengakibatkan frustrasi. Individu yang sering melamun kadang menemukan bahwa kreasi lamunannya lebih menarik dari pada kenyataan sesungguhnya. Bila fantasi ini dilakukan proporsional dan dalam pengendalian kesadaran yang baik, maka fantasi menjadi cara sehat untuk mengatasi stress.

v. Simbolisasi

Menggunakan benda atau tingkah laku sebagai simbol pengganti keadaan atau hal yang sebenarnya (Yosep, 2007).

w. Konversi

Transformasi konflik emosional ke dalam bentuk gejala-gejala jasmani (Stuart dan Sundeen, 2005).

2.7 Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

2.7.1 Pengertian

Terapi aktivitas kelompok (TAK): Sosialisasi (TAKS) adalah upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah pasien dengan masalah hubungan sosial. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) dilaksanakan dengan membantu pasien melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar pasien. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal (satu dan satu), kelompok dan massa. Aktivitas dapat berupa latihan sosialisasi dalam kelompok.

2.7.2 Tujuan

Tujuan umum TAK Sosialisai adalah pasien dapat meningkatkan hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap dan tujuan khususnya adalah:

1. Pasien mampu memperkenalkan diri.
2. Pasien mampu berkenalan dengan anggota kelompok.
3. Pasien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok.
4. Pasien mampu menyampaikan dan membicarakan topik pembicaraan.
5. Pasien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain.

6. Pasien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS yang telah dilakukan.

2.7.3 Aktivitas dan Indikasi

Aktivitas yang dilaksanakan dalam tujuh sesi yang bertujuan untuk melatih kemampuan sosialisasi pasien. Pasien yang diindikasikan mendapatkan TAKS adalah pasien yang mengalami gangguan hubungan sosial berikut:

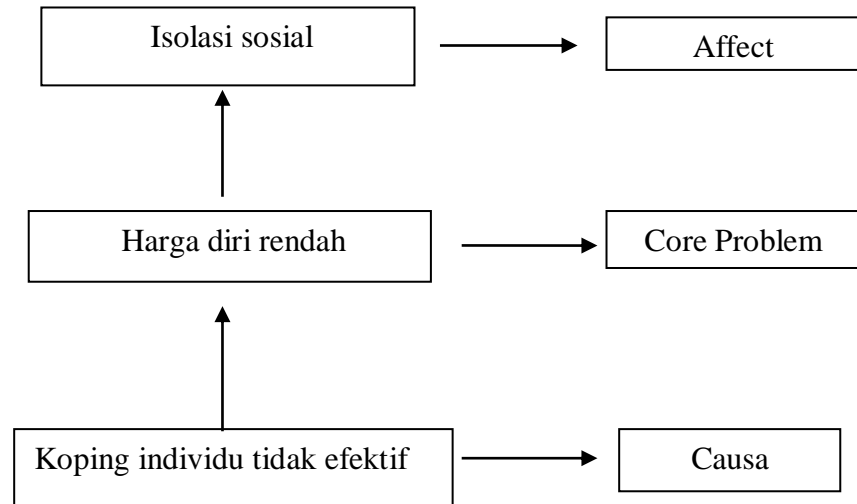
1. Pasien yang mengalami isolasi sosial yang telah mulai melakukan interaksi interpersonal.
2. Pasien yang mengalami kerusakan komunikasi verbal yang telah berespons sesuai dengan stimulus.

TAK Sosialisasi terdiri dari 2 sesi, yaitu:

- Sesi 1: memperkenalkan diri.
- Sesi 2: berkenalkan dengan anggota kelompok.

Terapi Aktivitas Kelompok tersebut tidak dapat dilakukan selama kami melakukan praktik di RSJ Menur Jawa Timur khususnya di Ruang Gelatik, karena mengingat masih dalam keadaan pandemi covid-19 yang mengharuskan kami menjaga jarak untuk menghindari penularan covid-19 tersebut.

2.8 Pohon masalah



Gambar 2.2 pohon masalah Harga Diri Rendah (Keliat, 2016)

Masalah keperawatan :

Masalah keperawatan yang dapat diambil dari pohon masah di atas iyalah :

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

Masalah keperawatan yang mungkin muncul (Olivia, Hardayati dan Wardani, 2020) menjelaskan terdapat beberapa masalah keperawatan yang dapat muncul pada klien dengan harga diri rendah diantaranya adalah:

1. Harga diri rendah kronik
2. Koping Individu tidak efektif
3. Isolasi sosial
4. Defisit Perawatan Diri

BAB 3

TINJAUAN KASUS

keperawatan jiwa dengan harga diri rendah, maka penulis mengajukan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 18 Januari 2022 sampai dengan 22 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 19 Januari 2022 pukul 09.00 WIB. Anamnesis diperoleh dari pasien dan file No.Register 060xxx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Klien adalah seorang pria bernama "Tn. R" usia 31 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia dan bahasa Jawa. Status perkawinan pasien saat ini belum menikah, saat ini pasien tidak bekerja dan lulusan SMA, pasien mengatakan tinggal di Bojonegoro. Pasien MRS di ruang Gelatik tanggal 14 Januari 2022.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien datang dibawa oleh keluarganya karena marah-marah sejak 1 minggu terakhir, Marah-marah dengan membanting-banting barang, memukul dengan kayu, dan hendak memukul orang serta berteriak-teriak. Jika ditanya alasannya, pasien malu tidak bekerja dan tidak punya uang. Pasien sudah menunjukkan perilaku aneh sejak 1 tahun terakhir. semenjak di PHK dari pekerjaannya dan semenjak mengalami kecelakaan terjadi cacat permanen pada kaki kanannya, Pasien sering bicara melantur, bicara sendiri, tertawa sendiri. Sering meminta-minta barang pada orang lain, jika tidak dituruti mulai marah.

beberapa hari terakhir pasien sulit tidur dan tidak patuh minum obat. Keluhan utama

Pada saat dikaji pasien mengatakan, saya malu dengan kondisi saya saat ini, dengan data data yang lain, Pasien sudah menunjukkan perilaku aneh sejak 1 tahun terakhir. semenjak di PHK dari pekerjaannya dan semenjak mengalami kecelakaan terjadi cacat permanen pada kaki kanannya, Pasien sering bicara melantur, bicara sendiri, tertawa sendiri. Sering meminta minta barang pada orang lain, jika tidak dituruti mulai marah dengan membanting-banting barang, memukul dengan kayu, dan hendak memukul orang serta berteriak-teriak. beberapa hari terakhir pasien sulit tidur dan tidak patuh minum obat..

3.1.3 Faktor Predisposisi

a. Riwayat Gangguan Jiwa di masa lalu

Pasien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalunya. Pengobatan sebelumnya tidak teratur, tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan keluarga dan melakukan tindakan kriminal umur 30 tahun pengancaman.

Masalah Keperawatan : Harga diri situasional

b. Riwayat pengobatan sebelumnya

Pasien Pernah menderita gangguan jiwa sebelumnya dengan riwayat pengobatan minum obat tidak teratur, karena pengobatan jangka panjang.

Masalah Keperawatan : Gangguan Ketidakberdayaan.

c. Pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku kekerasan

Pasien mengatakan pernah marah marah membanting-banting barang, memukul dengan kayu, dan hendak memukul orang.

Masalah Keperawatan : Gangguan Prilaku Kekerasan

- d. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- e. Saat di Tanya “apakah ada keluarga yang mengalami penyakit seperti anda tidak ada, pasien mengatakan “tidak ada keluarga saya yang sakit dan dirawat disini”.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- f. Riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan
- Saat dikaji pasien mengatakan merasa malu karena di PHK dan tidak punya uang, dan diejek oleh teman sebayanya, mengalami kecelakaan yang mengakibatkan cacat fisik.dan mempunyai riwayat gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Gangguan Identitas diri

3.1.4 Fisik

- a. Tanda Vital :

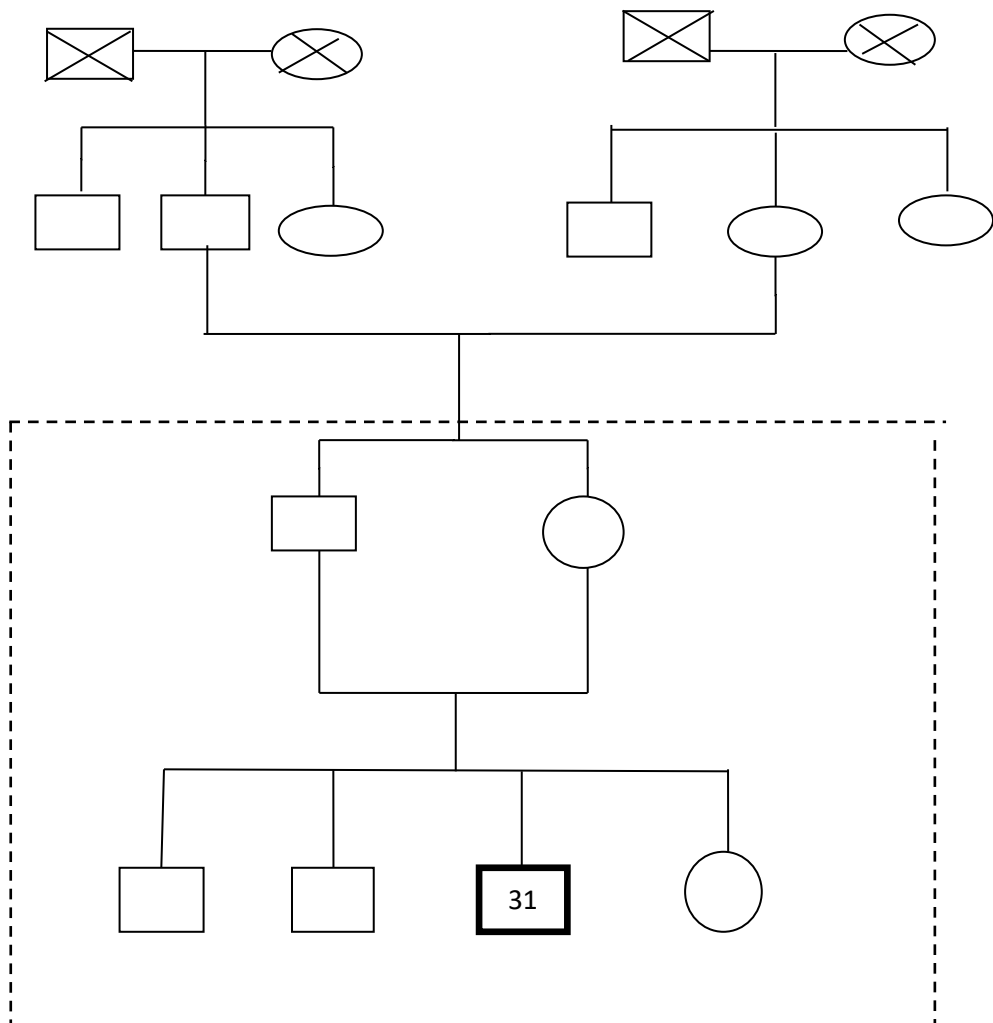
TD : 120/80 mmHg	N : 84 x/menit
S : 36,0	Rr : 18 x/menit
- b. Ukur :

TB : 163 cm	BB : 50 kg
-------------	------------
- c. Keluhan Fisik : Pasien menunjukan ada bekas luka operasi patah tulang di kakik sebelah kanan yang berakibat cacat permanen karena kecelakaan ,dan tanda tanda vital di atas ambang normal.

Masalah Keperawatan : Gangguan Citra Tubuh

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

▣ : Pasien

⊗ : Meninggal

----- : Satu rumah

| : Garis Keturunan

— : Garis Perkawinan

Data didapat dari pasien , pasien merupakan anak ketiga dari empat bersaudara dan pasien tinggal serumah dengan keluarganya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Saat di kaji pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya karena merasa semua bagian tubuhnya ideal.

b. Identitas

Pada saat di kaji pasien mengatakan namanya R, berjenis kelamin laki-laki, berusia 31 tahun.

c. Peran

Pada saat di kaji pasien menyadari menjadi seorang anak yang ketiga dari empat bersaudara.

d. Ideal diri

Saat di kaji, pasien di beri pertanyaan nanti kalau mas boleh pulang mas punya keinginan apa ? pasien menjawab ingin bekerja meskipun serabutan, dan membuka usaha dagang.

e. Harga diri

Saat dikaji Pasien mengatakan merasa malu jika membaaur dengan teman sebayanya karena pengangguran, mengalami kecacatan pada kakinya akibat kecelakaan dan pernah masuk rumah sakit jiwa.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronis

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Saat di kaji pasien mengatakan orang yang berarti bagi pasien adalah ibunya dan adiknya orang yang terdekat dan saling mendukung.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pada saat kegiatan tidak aktif interaksi dengan teman sebayanya malu karena pernah masuk rumah sakit jiwa, pasien sering menyendiri dan marah marah.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien lebih banyak menghindar, dari teman sebayanya dan saat di beri pertanyaan “mengapa kamu suka menghindar ? tidak bersama teman-teman mu?” pasien hanya menjawab “sungkan pak jika mambaur dengan teman - teman.”

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri

4. Spiritual

a. Nilai dari keyakinan

Saat di kaji dan ditanya “Kalau arah-marah itu boleh gak menurut agama?” Pasien menjawab “tidak papa karena saya minta tidak dikasih.”

b. Kegiatan ibadah

Pada saat dikaji pasien mengatakan tidak pernah sholat saat dirumah sakit, pada saat dirumah pasien sholat tetapi tidak lima waktu, sesuka saya.

Masalah Keperawatan : Distress Spiritual

5. Status Mental

Penampilan pasien terlihat tidak rapi, baju acak - acakan, rambut panjang, kuku panjang hitam, BAB/BAK di kamar mandi secara mandiri, mandi 2x sehari. Melakukan perawatan diri dengan diarahkan, seperti terkadang mandi diarahkan untuk mandi, memotong kuku. Pasien tidak melakukan jika tidak di suruh.

Masalah Keperawatan : Gangguan Citra Tubuh

6. Pembicaraan

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

Masalah Keperawatan : Gangguan Harga Diri Situasional

7. Aktivitas motorik

Pasien mengatakan jika pagi jam 08 00, pasien meniru olah raga temen-temannya dari dalam ruangan. Setelah itu pasien tidur lagi bangun saat makan siang.

Masalah Keperawatan : Gangguan Harga Diri Situasional

8. Alam Perasaan

Pada saat di kaji pasien mengatakan merasa malu karena tidak berkerja dan sedih dengan keadaan kaki kanan yang cacat akibat kecelakaan dan tidak bertemu dengan ibunya dan adiknya. selama di rumah sakit.

Masalah Keperawatan : Gangguan Harga Diri Kronis

9. Afek

Pada saat dikaji respon pasien tenang tidak labil menjawab pertanyaan dengan nada pelan, dan lamban.

Masalah Keperawatan : Gangguan Identitas Diri

10. Interaksi Dalam Wawancara

Pada saat dikaji pasien cenderung melihat kedepan, pandangan kosong, dan kontak mata kurang,.menjawab dengan suara pelan dan lambat.

Masalah Keperawatan : Gangguan Harga Diri Situasional

11. Persepsi Halusinasi

Pasien mengatakan melihat tubuh adiknya dimasuki 6 orang sekaligus.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensorik.

12. Proses Pikir

Pada saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan dengan nada pelan, berfikir lama kadang pertanyaan harus diulangi dan dijawab seperlunya.

Masalah Keperawatan : Gangguan Harga diri Renda Situasional

13. Isi Pikir

Pada saat dikaji pasien memiliki obsesi untuk berkerja kembali biar pun serabutan.

Masalah Keperawatan : Kesiapan peningkatan konsep diri

14. Tingkat Kesadaran

Pasien saat dikaji mengalami, bingung, pasien diam kemudin mengalihkan pandangan dan menjawab “sadar, saat ini saya berada di rumah sakit.”

Masalah Keperawatan :Gangguan Proses Pikir.

15. Memori

Pasien mengalami gangguan daya ingat, Saat ditanya kamarnya dimana ? tempat kamar mandinya dimana ? Pasien mengatakan “saya enggak tahu” Ketika di tanya “mas dulu pernah kerja dimana ? kerjanya berapa lama ?” pasien dapat menjawab dengan lancar “

Masalah Keperawatan : Gangguan Memori

16. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien tidak mampu berkonsentrasi, Saat dikaji pasien tidak dapat berkonsentrasi terhadap wawancara, pasien terkadang melamun dan saat ditanya ada berapa kamar mandinya ? pasien diam kemudian menjawab tidak tau dan ditanyak untuk berhitung $3 + 2$ pasien diam dan di jawab dengan tepat = 5

Masalah Keperawatan : Gangguan Memori

17. Kemampuan Penilaian

Klien saat di ditanyakan habis makan terus langsung tidur itu baik nggak ? pasien mampu menilai, habis makan, terus tidur tdak baik untuk kesehatan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

18. Daya Tilik Diri

Pasien sadar saat ini dirawat di rumah sakit jiwa menur karena marah-marah ,membanting-banting barang ,mau memukul orang dengan kayu.pasien menerima penyakitnya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah keperawatan.

3.1.6 Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi/ menyediakan kebutuhan Pada saat dikaji, pasien mengatakan bahwa menyukai semua makanan yang disediakan rumah sakit. Pasien makan 3 x sehari. Pasien dapat menjaga

kebersihan dengan baik. Pasien mandi 2x sehari, pasien mempunyai tempat tinggal, tetapi pasien tidak memiliki uang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

g. Defekasi / berkemih

Pasien dapat defekasi / berkemih di kamar mandi dengan mandiri tanpa bantuan orang lain.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

h. Mandi

Pasien dapat mandi secara mandiri tanpa bantuan orang lain sebanyak 2x sehari dikamar mandi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

i. Berpakaian

Pasien dapat berpakaian dengan sesuai dan baik secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

j. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan tidur dibantu dengan obat dan klien merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi saat ini.

Masalah Keperawatan : Gangguan Asietas

6. Penggunaan Obat

Pasien mengatakan “saya tidak tau mas itu obat apa, kalo disuruh minum ya saya minum, lalu saya tidur”

7. Pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan kalau sakit langsung dibawa ke puskesmas oleh keluarganya, lalu diberi obat dan dibuat istirahat.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Aktivitas dalam rumah

Pasien mengatakan kalau di rumah lebih senang menyendiri di kamar ketimbang ngobrol dengan keluarganya.

Masalah Keperawatan : Gangguan Isolasi Sosial / Menarik diri

9. Aktivitas diluar rumah

Pasien mengatakan jarang keluar rumah malu pernah masuk rumah sakit jiwa menur.

Masalah Keperawatan : Gangguan Interaksi Sosial / Menarik diri

10. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adaptif berupa pasien mampu mengenali masalahnya namun tidak dapat menemukan pemecahan masalahnya, mau berbicara dengan orang tertentu tetapi dengan reaksi malu, lambat dan terkadang menghindar.

Masalah Keperawatan : Koping Tidak Efektif.

3.1.7 Masalah psikososial dan lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Pada saat dikaji pasien mengatakan malu, sungkan jika bertemu dengan teman sebayanya.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Pasien mengatakan tidak mau bergaul karena malu, pernah masuk rumah sakit jiwa menur.

3. Masalah dengan pendidikan, spesifik

Pada saat dikaji pasien mengatakan sekolah sampai SMK teknik.

4. Masalah dengan pekerjaan , spesifik

Pada saat dikaji pasien mengatakan dulu pernah bekerja sebagai teknisi di sebuah perusahaan, pasien berhenti bekerja karena di PHK

5. Masalah dengan perumahan, spesifik

Pada saat dikaji pasien mengatakan sudah jarang keluar rumah karena malu pernah masuk umah sakit jiwa.

6. Masalah ekonomi, spesifik

Pasien mengatakan dulu pernah bekerja dan memiliki uang, tetapi berhenti karena di PHK.

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Pada saat dikaji, pasien mengatakan jika sakit langsung diantar ke puskesmas.

8. Masalah lainnya, spesifik

Pasien terlihat seperti ada masalah yang disembunyikan.

Masalah Keperawatan :Gangguan Isolasi Sosial

3.1.8 Pengetahuan kurang tentang

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

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan

3.1.9 Aspek Medik

Diagnosa Medik : Undifferent teated schiziphrenia

Terapi Medik :

Chlorpromazine 100 mg 0-0-1

THD 2mg 0-0-1

Resperidone 2mg 2 x 3 mg

3.1.10 Daftar Masalah Keperawatan

1. Harga diri rendah (SDKI.D.0086 HAL.192)
2. Sindrom Pasca Trauma (SDKI D.0104 HAL 226)
3. Isolasi Sosial : Menarik Diri (SDKI D.0121 HAL268)
4. Defisit perawatan Diri (SDKI D.0109 HAL.240)
5. Gangguan Komunikasi Verbal (SDKI D.0119 HAL. 264)
6. Gangguan Memori (SDKI D.0086 HAL 140)
7. Gangguan Interaksi Sosial (SDKI D.0118 HAL 162)
8. Gangguan Identitas diri (SDKI D0084 HAL 188)
9. Koping tidak Efektif (SDKI D.0096 HAL.210)
10. Gangguan proses sensorik (SDKI D.0085 HAL.190)

3.1.11 Daftar Diagnosa Keperawatan

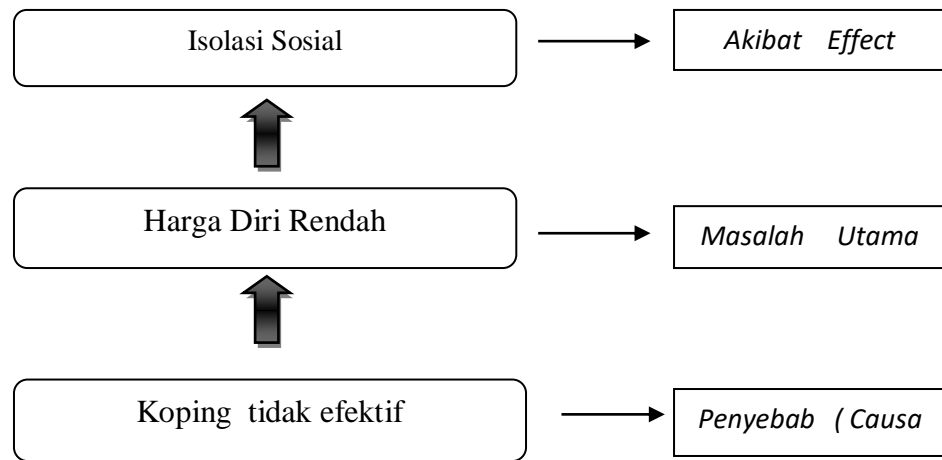
1. Harga Diri Rendah

Surabaya,23 Februari 2022

Mahasiswa

Marsudi 1921010

3.1.12 Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon masalah Harga Diri rendah

3.1.13 Analisa Data

Nama : Tn.R

RM : 060xxx

Ruangan : Gelatik

Table 3.1 Analisa Data Tn.R dengan diagnosa Harga Diri Rendah

TGL	DATA	MASALAH	T.T
18-01-2022	<p>DS. Pasien mengatakan kalau di rumah lebih senang menyendiri di kamar ketimbang ngobrol dengan keluarganya.</p> <p>DO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien marah marah sejak 1 minggu terakhir, dengan membanting-banting barang, memukul dengan kayu, dan hendak memukul orang serta berteriak-teriak. 2. Klien tidak dapat menemukan pemecahan masalahnya, mau berbicara dengan orang tertentu tetapi dengan reaksi malu, lambat dan terkadang menghindar <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan merasa malu jika membaaur dengan teman sebayanya karena pengangguran, mengalami kecacatan pada kakinya akibat kecelakaan dan pernah masuk rumah sakit jiwa.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sering marah – marah kalau minta tidak dituruti. 2. Klien terlihat masik belum terima dengan kodisinya saat ini <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan malu untuk bertemu dngan teman sebayanya karena cacat setelah mengalami 	<p>Koping tidak efektif (D00.98 HAL 210)</p> <p>Gangguan Harga Diri Rendah kronis (SDKI D.0084 HAL 192)</p> <p>Isolasi social (SDKI D.0121 HAL 268)</p>	mrd

	<p>kecelakaan, sakit jiwa, dan pengangguran</p> <p>2. Pasien mengatakan kalau di rumah lebih senang menyendiri di kamar ketimbang ngobrol dengan keluarganya.</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Klien terlihat sering menyendiri.2. Tidak ada kontak dengan teman seruangan.3. Klien sering melamun.		
--	--	--	--

3.1.14 Rencana keperawatan

Table 3.2 Rencana Keperawatan

Nama : Tn.R
NO RM : 060xxx

Nama Mahasiswa : M a r s u d i
Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya

Diagnosa	Perencanaan Keperawatan		Rasional
Keperawatan	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. Pasien sedikit kooperatif dan antusias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam dan panggil nama klien 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 6. Lakukan kontak singkat tapi sering 	<p>Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.</p>

	<p>mengikuti sesi latihan yang diajarkan mahasiswa perawat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 3. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah. <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>SP1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien 2. Membantu pasien menilai kemampuan pasien 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. Diketahuinya penyebab akan dihubungkan dengan faktor respirasi yang dialami klien. 2. Melakukan nafas dalam membuat lebih nyaman.
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 	<p>Mengkonversi energi dapat membantu meluapkan emosi dengan cara yang aman.</p>

	<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.	dalam jadwal kegiatan harian	
--	---	------------------------------	--

3.1.15 Tindakan Keperawatan

Table 3.3 Tindakan Keperawatan Tn.R

SPTK 1

Nama: Tn. R

NIRM:

Ruangan: Gelatik

TGL	DX KEP	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
18-01-2020	Harga Diri rendah Tak terinci.	<p>Sp 1 : 07.30</p> <p>1.membina hubungan saling percaya - Meyapa klien dengan rama – mengucapkan salam selamat Selamt pagi, Assalamualaikum, boleh saya duduk di sini ? di depan mas ? – memperkenalkan diri di depan klien dengan ramah sambil berjabat tangan. “Kita kenalan dulu ya mas, perkenalkan nama saya Marsudi mas, saya perawat yang sedang praktik disini, nama mas siapa? mas senang di panggil apa?” Membuat kontrak yang jelas dengan pasien, jelaskan maksud dan tujuan. “Mas Hasri saya ingin berbincang-bincang sama mas sekitar selama 15 menit aja boleh ya? untuk mendengarkan isi hati mas dan apa yang mas rasakan ?” Memberikan saran atau tips pada klien untuk tidak terlarut dalam kesedian dan</p>	<p>S :</p> <p>Boleh pak silakan duduk disamping saya aja</p> <p>“Saya Hasri, Pak. biasa dipanggil hasri .” “Disini aja pak enak.” - Pasien mengungkapkan perasaannya “Tadi malam saya tidak bisa tidur, bisa tidur di bantu dengan obat -klien mengungkapkan isi hatinya dan apa yang dirasakannya. -klien mau berinteraksi dengan perawat.</p> <p>O: a. klien tampak tidak rapi b. klien terlihat malas malasan dan nada bicaranya pelan. c. klien nampak menghindari kontak mata.</p>	

18-01-2022	Harga diri rendah tak terinci	<p>menjelaskan tujuanya. Mengajarkan klien cara mengontrol emosinya dengan cara memberi kegiatan yang dapat di lakukan dalam setiap saat. Hari ini kita akan belajar mengontrol emosi, mengajurkan klien membaca istiqfar berulang-ulang sampai mas tenang dan sambil meremas-remas bantal. - mengajurkan, klien untuk bergaul dan memilih teman yang bisa di ajak bicara. “baik mas hari ini kegiatan kita apa bisa di masukan dalam jadwal harian ? Megajurkan klien untuk mengingat cara mengontrol emosi dan cara bergaul. “ baik, bagaimana perasaan mas setelah berbincang-bincang dengan saya hari ini, termasuk ini contoh untuk berinteraksi dengan teman.baik bagai mana kalok besok Kita sepakati, besok kita bertemu lagi di sini jam 08.00 berpa lama kita berbincang bincang ,bagai mana kalok 15 menit aja, setelah makan pagi,terimaksi atas waktunya, assalammualikum.”</p> <p>SP 1 12.00 wib Klien waktunya makan siang berserta temen temenya dan memento perkembangan pertemuah hari ini. 12.30 wib</p>	<p>d. klien belum bisa berinteraksi dengan teman-temannya seruangan. A: Sp 1 teratasi sebagian. P: lanjutkan intervensi Sp 1</p> <p>S: klien mau berinteraksi dengan perawat. O: - klien tampak tidak rapi - klien terlihat malas-malasan dan</p>	
------------	-------------------------------	---	---	--

19-01-2022	Harga diri rendah tak terinci	<p>Klien istirahat siang 15.30 klien bangun selesai istirahat. 17,00 wib Klien makan malam bersertah teman temannya,klien molai berinteraksi dengan temanya 21.30 wib Memanto klien cara minum obat.</p> <p>SP 1 08.00 wib Selamt pagi, Assalamualaikum, boleh saya duduk di sini ? di depan mas ? Bagaimana mas tidurnya semalam ? Jam berapa tidur semalam ? Tidur sendiri apa di bantu dengan obat lagi ? masih ingat dengan saya ? dan apa masih ingat apa yang kita sepakati kemarin ? Sebelumnya kita tensi dulu ya ? Mengukur tekanan darah pasien TD : 120/80 mmHg N : 84x / menit Rr : 18x / menit S : 36°C Hasilnya sangat bagus sekali hari ini. Bagaimana perasaan mas saat ini ? seperti kesepakatan kemarin,dengan waktu 15,</p>	<p>nada bicaranya pelan. - klien nampak menghindari kontak mata. - klien belum bisa berinteraksi dengan teman-temannya seruangan. A: Sp 1 teratasi sebagian. P: lanjutkan intervensi Sp 1</p> <p>S : -klien mau menjawab salam -klien mau berjabat tangan -klien mau berinteraksi dengan perawat -klien mengatakan tidur nyeyak dan masih tergantung dengan obat. -klien mengatakan sudah punya teman bicara 2 orang. -Klien menyebutkan apa yang saya ajarkan kemarin. -klien mengungkapkan manfaat istighfar, dan bisa mengendalikan emosinya hari itu. -klien mau mengungkapkan kegembiraannya punya teman dan sudah bisa mengontrol emosinya. O : -klien nampak rapi dlm penapilan</p>	
------------	-------------------------------	--	--	--

19-01-2022	Harga diri rendah tak terinci	<p>pagi ini kita akan mengulang kembali,cara mengedalikan emosi dan manfaat punya teman, ditempat yang kemarin ya? masih ingat jadwal pertemuan kemarin ? sudah punya teman ? gimana manfaat punya teman? sudah bisa mengontrol emosi ? masih ingat yang saya ajarkan kemarin, gimana manfaatnya? bisa di ceritakan semua? bagus sekali itu kalau begini kamu bisa cepat pulang. Nah karena mas R sudah tau cara mengontrol emosi dan manfaat beriteraksi sama teman , Besok saya akan memberika kegiatan berupa membaca surat-surat pendek al-qur'an apakah mas sepakat ? baik bagai mana kaloak basok kita sepakati, berbincang bincang lagi sekitar 15 aja di tempat ini lagi ?,baik kalau begitu, habis makan pagi kita bertemu disini jam 08.00 seperti biasa. Baik terima kasih atas waktunya hari ini kita katemu besok asslamualaikum wr wb.</p> <p>SP 1 12.00 wib Klien waktunya makan siang beserta temen -temennya dan memantau perkembangan pertemuan hari ini. 12.30 wib Klien istirahat siang 15.30 wib</p>	<p>-klien nampak lebih bersemangat -klien sudah mencoba untuk berinteraksi dengan temannya. -klien nampak menyapa temennya. -klien mengingat apa yang saya ajarkan. A: SP 1 teratasi P: intervensi di lanjutkan SP 2.</p> <p>S: -Klien mau menyapa perawat yang mengawasinya. O : -klien Nampak rapi dalam penampilan</p>	
------------	-------------------------------	---	---	--

20-01-2022	Harga diri rendah Tak terinci	<p>klien bangun selesai istirahat. 17.00 wib Klien makan malam beserta teman-temannya, klien mulai berinteraksi dengan temannya 21.30 wib Memantau klien cara minum obat.</p> <p>SP 2 08.00 wib Selamt pagi, assalamualaikum, boleh saya duduk di sini ? di depan mas ? Bagaimana mas tidurnya semalam ? Jam berapa tidur semalam ? Tidur sendiri apa di bantu dengan obat lagi ? Masih ingat dengan saya ? dan apa masih ingat apa yang kita sepakati kemarin ? Sebelumnya kita tensi dulu ya ? Mengukur tekanan darah pasien TD : 120/80 mmHg N : 84x / menit Rr : 18x / menit S : 36°C Hasilnya sangat bagus sekali hari ini. seperti kesepakatan kemarin,dengan waktu 15, pagi hari ini kita akan berbincang</p>	<p>-klien Nampak lebih bersemangat -klien sudah mencoba untuk berinteraksi dengan temannya. -klien Nampak menyapa temennya. -klien mengingat apa yang saya ajarkan. A: SP 1 teratasi P: intervensi di lanjutkan SP 2.</p> <p>S :</p> <p>-klien mau menjawab salam “masik ingat pak, pak marsudi to.” -klien mau berjabat tangan -klien mau berinteraksi dengan perawat -klien mengatakan tidur nyeyak sudah tidak tergantung obat -klien mengatakan sudah punya teman . -Klien menyebutkan apa yang saya ajarkan kemarin. -klien mengingat jadwal hari ini “membaca surat-surat pendek alquran ya pak.” O :</p> <p>-klien nampak rapi dalam penampilan -klien nampak lebih bersemangat -klien sudah mau untuk</p>	
------------	----------------------------------	--	---	--

20-01-2022	Harga diri rendah Tak terinci	<p>bincang ,Bagaimana masih ingat jadwal yang kita sepakati pagi hari mengucapkan surat-surat pendek Al qur'an saya beri contoh ya surat pendek alquran, itu apa saja ?</p> <p>Al-Fatihah, Al-Ikhlas, Al-Falaq, An-Nas, Al-Kautsar, Al-ashr. Sekarang coba diucapkan satu persatu. Hebat sekali mas bisa mengucapkan surat surat pendek Al.quran dengan jelas tolong di ucapkan sebelum tidur dan saat merasa bosan. Nanti bisa tidur tanpa minum obat. baik bagai mana kaloak basok kita sepakati, berbincang bincang lagi sekitar 15 aja di tempat ini lagi ?,baik kalau begitu, jam 08.00 sesudah makan pagi. Kita bar temu lagi disini , Kegiatan besok mengulang pertemuan kita dari awal sampek hari ini ya ? terimakasih atas waktunya,assalammualaikum wr wb</p> <p>SP 2 12.00 wib Klien waktunya makan siang berserta teman-temannya dan memantau perkembangan pertemuan hari ini. 12.30 wib Klien istirahat siang 15.30 wib klien bangun selesai istirahat.</p>	<p>berinteraksi dengan temannya. -klien nampak menyapa temen-temennya. -klien mengingat jadwal hari ini -klien dapat mengucapkan surat-surat pendek Al qur'an. A: SP 1 teratasi P: evaluasi SP .2</p> <p>S : -Klien menyapa teman-temannya O : -klien nampak rapi dalam penampilan -klien nampak lebih bersemangat -klien sudah mau untuk berinteraksi dengan temannya. -klien nampak menyapa teman-temanya.</p>	
------------	----------------------------------	---	--	--

21-01-2022	Harga diri rendah Tak terinci	<p>17.00 wib Klien makan malam beserta teman-temannya, klien mulai berinteraksi dengan temannya 21.30 wib Memantau klien cara minum obat.</p> <p>Evaluasi SP 1.2 08.00 wib Selamat pagi, assalamualaikum, boleh saya duduk di sini ? di depan mas ? Bagaimana perasaan mas hari ini ? Sebelumnya kita tensi dulu ya ? Mengukur tekanan darah pasien TD : 120/80 mmHg N : 84x / menit Rr : 18x / menit S : 36°C Hasilnya sangat bagus sekali hari ini. Bagaimana masih ingat jadwal yang kita sepakati tempo hari ? mencoba mengingatkan kembali latihan latihan pertemuan yang pertama sampai saat ini 1. memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Melatih kembali klien untuk mengontrol</p>	<p>-klien mengingat jadwal hari ini -klien dapat membacakan surat surat pendek Al qur'an. A: SP 1 teratasi P: evaluasi SP .2</p> <p>S :</p> <p>-klien mau menjawab salam "waalaikumsalam Pak marsudi -klien dapat mengungkapkan perasaanya "alhamdulillah baik Pak Marsudi -klien dapat menyebutkan kegiatan dan cara mengatasi emosi, malu untuk beriteraksi dan sulit istirahat. membaca surat-surat pendek Al qur'an satu persatu.</p> <p>O :</p> <p>-klien nampak rapi dalam penapilan -klien nampak lebih bersemangat -klien sudah mau untuk berinteraksi dengan temannya. -klien nampak menyapa teman-temannya. -klien mengingat jadwal hari ini -klien dapat megingat kembali</p>	
------------	----------------------------------	--	--	--

21-01-2022	Harga diri rendah	<p>emosi ,rasa engan untuk berteman, rasa malu,dan kesulitan untuk istirahat. 3. Membimbing klien untuk memastikan jadwal harian Klien istirahat siang</p> <p>SP 1.2 evaluasi 15.30 wib Selamat sore, assalamualaikum, boleh saya duduk di sini ? di depan mas ? Bagaimana perasaan mas hari ini ? Sebelumnya kita tensi dulu ya ? Mengukur tekanan darah pasien TD : 120/80 mmHg N : 84x / menit Rr : 18x / menit S : 36°C Hasilnya sangat bagus sekali hari ini. Bagaimana masih ingat jadwal yang kita sepakati? 15.30 wib klien bangun selesai istirahat. 17.00 wib Klien makan malam beserta teman-temannya,klien mulai berinteraksi dengan temanya 21.30 wib Memantau klien cara minum obat.</p>	<p>pertemuan yang awal -klien sudah tidak merasa malu lagi untuk berteman dan berinteraksi sama orang lain A: SP 1.2 teratasi</p> <p>P: evaluasi SP 1.2</p> <p>S : -klien mau menjawab salam “waalaikumsalam Pak Marsudi -klien dapat mengungkapkan perasaannya “alhamdulillah baik pak marsudi -klien dapat menyebutkan kegiatan dan cara mengatasi emosi, malu untuk berinteraksi dan sulit istirahat. membaca surat-surat pendek Al qur’an satu persatu. O : -klien nampak rapi dalam penampilan -klien nampak lebih bersemangat -klien sudah mau untuk berinteraksi dengan temanya. -klien nampak menyapa teman-temannya. -klien mengingat jadwal hari ini -klien dapat mengingat kembali pertemuan yang awal -klien sudah tidak merasa malu lagi untuk berteman dan berinteraksi sama</p>	
------------	-------------------	---	--	--

			orang lain A: SP 1.2 teratasi P: pertahankan evaluasi SP 1.2	
--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada Tn.R masalah Harga diri rendah dengan dianogsa medis undifferent teated schizophrenia tak terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur yang meliputi pengkajian ,perencanaan , pelaksanaan , dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan kepada klien. Pada dasarnya tidak ditemukan banyak kesenjangan antara pengajian tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu pada tinjauan pustaka disebutkan tanda dangejala Harga diri renda adalah klien. Pada saat dilakukan pengkajian secara langsung didapatkan, Pasien datang dibawa oleh keluarganya karena marah-marah sejak 1 minggu terakhir. Marah-marah dengan membanting-banting barang, memukul dengan kayu, dan hendak memukul orang serta berteriak-teriak. Jika ditanya alasannya, pasien malu tidak berkerja dan tidak punya uang . Pasien sudah menunjukkan perilaku aneh sejak 1 tahun terakhir. semenjak di PHK dari perkerjaanya dan semenjak mengalami kecelakaan terjadi cacat permanen pada kaki kanannya, Pasien sering bicara melantur, bicara sendiri, tertawa sendiri. Sering meminta--minta barang pada orang lain, jika tidak dituruti mulai marah. beberapa hari terakhir pasiensuslit tidur dan tidak patuh minum obat.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan data subyektif dan data obyektif. Keluarga tidak pernah datang untuk berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Maka upaya yang dilakukan penulis adalah :

1. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya pada klien supaya lebih dekat dan lebih percaya dengan Menggunakan perasaannya.
2. Mengadakan pengkajian kepada klien secara wawancara .
3. Mengadakan pengkajian dengan cara membaca status klien, melihat buku rawatan.

Menurut data yang didapat , klien sudah 2 kali keluar masuk dan dirawat di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur . Klien masuk tanggal 14 januari 2022. Dengan masalah utama Harga Diri Rendah dengan diagnose medis Undifferent Teated Schizophrenia. Saat berada di ruangan di dapatkan bahwa klien sering menyendiri,diam tidak mau kontak dengan klien yang lain .

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berikut adalah diagnosa keperawatan dari tinjauan pustaka dan tinjaun kasus sebagai berikut :

Pada tinjauan pustaka :

- a. Isolasi social/menarik diri
- b. Harga diri rendah
- c. Koping Individu Tidak Efektif.
- d. Pada tinjauan kasus :
- e. Isolasi Sosial : Menarik Diri.

- f. Harga diri rendah .
- g. Koping Individu Tidak Efektif.

Berdasarkan uraian diagnose keperawatan di atas ditemukan perbedaan antara penyebab, masalah utama , dan akibat.

4.3 Rencana Keperawatan

Masalah yang sering muncul pada klien gangguan jiwa khususnya dengan kasus Harga diri renda salah satunya adalah tinda mau berinteraksi dengan orang lain. Tindakan yang dilakukan perawat dalam mengurangi harga diri renda salah satunya adalah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP), SP merupakan pendekatan yang brsifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat, dan dampak apabila tidak diberikan SP akan membahayakan diri sendiri, orang lain , maupun lingkungannya. (Damayanti & Iskandar, 2012).

1. SP pada Pasien:

- a. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dengan aspek positif yang di miliki.
- b. Pasien dapat memulai kemampuan yang masih dapat di gunakan.
- c. Klien dapat menetapkan kegiatan yang sesuai kemampuan .
- d. Klien dapat memili kegiatan yang sudah di pilih sesuai kemampuan.
- e. Klien menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih

2. Tindakan :

- a. Mendiskusikan/kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien.

- b. Diskusikan tentang sejumlah kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien.
- c. Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian yang negatif
- d. Bantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan dengan cara berikut:
 - 1) Diskusikan dengan pasien mengenai kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini
 - 2) Bantu pasien menyebutkannya dan beri penguatan terhadap kemampuan diri
 - 3) Perlihatkan respons yang kondusif dan upayakan menjadi pendengar yang aktif
 - 4) Membantu pasien untuk memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih
 - 5) Diskusikan dengan pasien kegiatan yang akan dipilih
 - 6) Bantu pasien untuk memilih kegiatan yang dapat dilakukan mandiri
 - 7) Latih kemampuan yang dipilih pasien
 - 8) Diskusikan dengan pasien langkah-langkah pelaksanaan kegiatan
 - 9) Bersama pasien, peragakan kegiatan yang ditetapkan
 - 10) Beri dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan pasien
 - 11) Bantu pasien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih
 - 12) Beri kesempatan kepada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan
 - 13) Beri pujian atas segala kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari
 - 14) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan

- 15) Berikan pasien kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan

3. SP pada Keluarga

a. Tujuan Keperawatan

- 1) Keluarga dapat membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien
- 2) Keluarga dapat memfasilitasi pelaksanaan kemampuan yang masih dimiliki pasien
- 3) Keluarga dapat memotivasi pasien untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih dan memberi pujian
- 4) Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien

b. Tindakan keperawatan

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- 2) Jelaskan kepada keluarga tentang harga diri rendah yang dialami pasien
- 3) Diskusi dengan keluarga mengenai kemampuan yang dimiliki pasien dan puji pasien
- 4) Jelaskan cara merawat pasien harga diri rendah

4.4 Pelaksanaan

Pada tinjauan kasus SP keluarga tidak dapat direncanakan dan dilaksanakan karena selama pengkajian keluarga tidak pernah mengunjungi pasien.

Sedangkan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan pasien

1. Tindakan (SP 1) :

- a. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik.
- b. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
- c. diskusikan Perkenalkan diri dengan sopan.
- d. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien.
- e. Jelaskan tujuan pertemuan.
- f. Jujur dan menepati janji.
- g. Tunjukkan sifat empati dari menerima klien apa adanya.
- h. Beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.
- i. kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien.

2. Tindakan (SP 2) :

- a. Diskusikan dengan klien tentang:
- b. Aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien
- c. Aspek positif keluarga
- d. Aspek positif lingkungan klien

3. Tindakan (SP 3) :

- a. Diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan selama sakit
- b. Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya

4. Tindakan (SP 4) :

- a. Rencanakan bersama klien aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan
- b. Kegiatan mandiri

- c. Kegiatan dengan bantuan sebagian
 - d. Kegiatan yang membutuhkan bantuan total
 - e. Tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi kondisi klien
 - f. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan
5. Tindakan (SP 5) :
- a. Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang direncanakan.
 - b. Pantau kegiatan yang dilaksanakan klien
 - c. Beri pujian atas usaha yang dilakukan klien.
 - d. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di ruangan.

Untuk kelima SP tersebut belum terlaksana semua sesuai teori karena penulis hanya melaksanakan praktek ruangan selama tiga hari hanya berhenti di SP 3 dan SP keluarga tidapat dilakukan kepada keluarga karena selama pengkajian dan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga pasien tidak pernah mengunjungi pasien selama dirumah sakit.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan teori evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung .

Evaluasi pada tinjauan teori berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon pasien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien dirawat rumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi , penulis melakukan SP 1 pada tanggal 18 januari 2022 dan pasien mampu mencapai SP 1 yaitu : Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik, Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, Diskusikan Perkenalkan diri dengan sopan, Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien, Jelaskan tujuan pertemuan, Jujur dan menepati janji, Tunjukkan sifat empati dari menerima klien apa adanya, Beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien, kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien. Pada evaluasi hari berikutnya tanggal 19 Januari 2022 kembali ke SP 1.

Pada evaluasi hari ketiga tanggal 20 Januari 2022 dilanjutkan SP 2 yaitu : Diskusikan dengan klien tentang Aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien, Aspek positif keluarga, Aspek positif lingkungan klien, Diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan selama sakit, Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya, Rencanakan bersama klien aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan, Kegiatan mandiri, Kegiatan dengan bantuan sebagian, Kegiatan yang membutuhkan bantuan total, Tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi kondisi klien, Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan. Pada saat melakukan SP 1,2, Klien mampu menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien aspek positif keluarga, dan aspek positif lingkungan klien. Klien mampu menyebutkan kemampuan yang dapat digunakan, Klien mampu membuat rencana harian.

Pada evaluasi hari keempat tanggal 21 Januari 2022 dilanjutkan SP 1,2 dan yaitu : Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang direncanakan, Pantau kegiatan yang dilaksanakan klien, Beri pujian atas usaha yang dilakukan klien,

Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di ruangan. Pada saat melakukan SP 1.2, Klien dapat melakukan jadwal kegiatan yang dibuat.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus perilaku kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur provinsi Jawa Timur, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien perilaku harga diri rendah.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama harga diri rendah pada tn.R dengan diagnosis medis skizofrenia tak terinci di dapatkan bahwa sebelum klien dibawa ke rumah sakit Jiwa Menur memang sudah 2 kali keluar masuk dan mendapat pengobatan.

Pada penegakan diagnose keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama harga diri rendah pada pasien tn. R dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di dapatkan tiga permasalahan actual (1) koping individu, (2) Harga diri rendah dan, (3) isolasi social: menarik diri.

Keterlibatan pasien, dan perawat pada saat di rumah sakit maupun pada saat di rumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan pasien dalam mengendalikan perilaku kekerasan.

Intervensi keperawatan yang diberikan kepada tn.R yaitu strategi yang diberikan kepada pasien ada 3 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 dengan cara fisik yaitu

mengendalikan emosi dan manfaat bergaul , SP 2 dengan cara fisik II:membaca, istiqfar . Pada SP 3 dengan cara verbal: membaca istiqfar berkali kali , setiap emosi itu muncul.

tindakan keperawatan pada tn.R dilakukan mulai tanggal 18 januari 2022 sampai dengan 21 januari 2022 dengan menggunakan rencana yang dibuat selama empat hari tersebut klien harga diri rendah mampu mengontrol emosi dan manfaat berinteraksi, secara kognitif, afektif, psikomotorik.

Pada akhir evaluasi pada tanggal 21 januari 2022 semua tujuan sebagian dapat tercapai karena kondisi klien yang sebagian mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.

Dilakukan pendokumentasikan dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan pada klien tn.R yang dilaksanakan mulai tanggal 18 sampai dengan 21 januari 2022. Ditulis pada 1 diagnosis Harga diri rendah.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah wawasan pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dan lebih kreatif dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari konsep harga diri rendah, meningkatkan keterampilan dengan mengikuti seminar serta pemahaman perawat tentang, perawatan pada pasien jiwa khususnya dengan masalah utama harga diri rendah sehingga perawat dapat membantu mengatasi pasien dengan masalahnya

3. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan keterampilan, menambah pengetahuan dan mengembangkan ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- A, Suryadi et, A. (2019) “Penatalaksanaan Pasien Dengan Harga Diri Rendah,” *γ787*, (8.5.2017), hal. 2003–2005.
- Ayu d, hastuti W. (2019) “Upaya Aktivitas Merias Diri Untuk Meningkatkan Harga Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah,” *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 13(April), hal. 15–38.
- Azizah, L. M., Zainuri, I. dan Akbar, A. (2016) *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA*.
- Dewi, E. I., Wuryaningsih, E. W. dan Susanto, T. (2020) “Stigma Against People with Severe Mental Disorder (PSMD) with Confinement ‘Pemasungan,’” *NurseLine Journal*, 4(2), hal. 131. doi: 10.19184/nlj.v4i2.13821.
- Keliat, .Budi Anna (2016) *Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Olivia, W., Hardayati, A. Y. dan Wardani, I. Y. (2020) “Peningkatan Harga Diri Klien Skizofrenia melalui Praktik Klinik Online,” *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(4), hal. 481–494.
- Palupi, D. N., Ririanty, M. dan Nafikadini, I. (2019) “Karakteristik Keluarga ODGJ dan Kepesertaan JKN Hubungannya dengan Tindakan Pencarian Pengobatan bagi ODGJ,” *Jurnal Kesehatan*, 7(2), hal. 82–92. doi: 10.25047/j-kes.v7i2.81.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (2019) “Situasi Kesehatan Jiwa Di Indonesia,” *InfoDATIN*, hal. 12.
- Rahayu, S., Mustikasari, M. dan 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), hal. 39–51. doi: 10.37430/jen.v2i1.10.
- Ramadhani, A. S., Rahmawati, A. N. dan Apriliyani, I. (2021) “Studi Kasus Harga Diri Rendah Kronis pada Pasien Skizofrenia,” *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, 9(2), hal. 13–23.
- Rokhimmah, Y. dan Rahayu, D. A. (2020) “Penurunan Harga Diri Rendah dengan menggunakan Penerapan Terapi Okupasi (Berkebun),” *Ners Muda*, 1(1), hal. 18. doi: 10.26714/nm.v1i1.5493.
- SDKI (2017) *standar diagnosis keperawatan indonesia*.
- Tuasikal, H., Siauta, M. dan Embuai, S. (2019) “Upaya Peningkatan Harga Diri Rendah Dengan Terapi Aktivitas Kelompok (Stimulasi Persepsi) di Ruang Asoka (Sub Akut Laki) RSKD Provinsi Maluku,” *Window of Health* :

Jurnal Kesehatan, 2(4), hal. 345–351. doi: 10.33368/woh.v0i0.210.

- Widowati, S. dan 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, hal. 45–49.
- Wijayati, F. *et al.* (2020) “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gangguan Jiwa,” *Health Information : Jurnal Penelitian*, 12(2), hal. 224–235. doi: 10.36990/hijp.v12i2.234.

LAMPIRAN 1

STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : ke – 1
Hari / tanggal : Selasa, 18 januari 2022
Nama klien (inisial) : Tn. R

A. PROSEDUR KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

Klien tampak tidak rapi, terlihat malas - malasan dan nada bicaranya pelan, nampak menghindari kontak mata, klien belum bisa berinteraksi dengan teman-temannya seruangan.

2. Diagnosa keperawatan

Harga Diri Rendah

3. Tujuan umum.

- a. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat berinteraksi dengan orang lain
- b. Klien mampu memperlihatkan cara mengontrol emosi dan mamfaat berinteraksi dengan orang sekitarnya.

4. Tindakan keperawatan

SP 1 : Klien dapat meyebutkan aspek positif yang dimiliki.

- a. Kemampuan yang dimiliki klien
- b. Aspek positif lingkungan yang dimiliki klien

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. fase orientasi

a. Salam terapeutik

- 1) Selamat pagi, Assalamualaikum, boleh saya duduk di sini ? di depan mas ?
- 2) memperkenalkan diri di depan klien dengan ramah sambil berjabat tangan.
- 3) “Kita kenalan dulu ya mas, perkenalkan nama saya Marsudi mas, saya perawat yang sedang praktik disini, nama mas siapa? mas senang di panggil apa?”

b. Evaluasi/validasi

“ baik, bagaimana perasaan mas setelah berbincang-bincang dengan saya hari ini,? Apa ada perubahan ?

c. Kontrak/topic, tempat dan waktu

“Mas Hasri, hari ini saya ingin berbincang-bincang sama mas sekitar selama 15 menit aja boleh ya? untuk mendengarkan isi hati mas dan apa yang mas rasakan?”

2. Kerja

- a. Memberikan saran atau tips pada klien untuk tidak terlarut dalam kesedihan dan menjelaskan tujuannya.
- b. Mengajarkan klien cara mengontrol emosinya dengan cara memberi kegiatan yang dapat dilakukan dalam setiap saat. Hari ini kita akan belajar

mengontrol emosi, mengajurkan klien membaca istiqfar berulang-ulang sampai mas tenang dan sambil meremas-remas bantal.

- c. mengajurkan, klien untuk bergaul dan memilih teman yang bisa di ajak bicara.
- d. “baik mas hari ini kegiatan kita apa bisa di masukan dalam jadwal harian ?
- e. Megajurkan klien untuk mengingat cara mengontrol emosi dan cara bergaul.

3. Fase treminasi

- a. Evaluasi subyektif

Klien mengungkapkan isi hatinya dan apa yang dirasakannya.

- b. Evaluasi obyektif

“sudah punya teman ? gimana manfaat punya teman? sudah bisa mengontrol emosi ? masih ingat yang saya ajarkan kemarin, gimana manfaatnya? bisa di ceritakan semua ?”

- c. Kontrak (topic,tempat dan waktu)

“Baik, bagaimana kalau besok kita sepakati? besok kita bertemu lagi di sini jam 08.00 berapa lama kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit aja? setelah makan pagi. Terima kasih atas waktunya, Assalammualikum.”

LAMPIRAN 2

STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : ke – 2

Hari / tanggal : Rabu, 19 januari 2022

Nama klien (inisial) : Tn. R

A. PROSEDUR KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

Klien nampak rapi dalam penampilan, nampak lebih bersemangat, sudah mencoba untuk , berinteraksi dengan temannya, nampak menyapa temennya, mengingat apa yang saya ajarkan.

2. Diagnosa keperawatan.

Harga diri rendah

3. Tujuan khusus.

Klien dapat memulai kemampuan yang dapat di gunakan

4. Tindakan keperawatan

SP 2 :

- a. Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain.
- b. Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi, Assalamualaikum, Mas ? masih ingat dengan saya ?”

b. Evaluasi/validasi

“Pagi ini kita akan mengulang kembali, cara mengendalikan emosi dan manfaat punya teman, masih ingat jadwal pertemuan kemarin ? sudah punya teman ? gimana manfaat punya teman? sudah bisa mengontrol emosi ? masih ingat yang saya ajarkan kemarin, gimana manfaatnya? bisa di ceritakan semua? bagus sekali itu kalau begini kamu bisa cepat pulang.”

c. Kontrak/topic, tempat dan waktu

“sesuai kesepakatan kemarin pagi ini saya ingin berbincang-bincang sama mas sekitar selama 15 menit aja boleh ya? Kita belajar di tempat kemarin ya ? untuk mendengarkan yang saya ajarkan kemarin ?

2. Kerja

“pagi ini kita akan mengulang kembali,cara mengendalikan emosi dan manfaat punya teman, masih ingat jadwal pertemuan kemarin ? sudah punya teman ? gimana manfaat punya teman? sudah bisa mengontrol emosi ? masih ingat yang saya ajarkan kemarin, gimana manfaatnya? bisa di ceritakan semua? bagus sekali itu kalau begini kamu bisa cepat pulang.

3. Fase terminasi

a. Evaluasi subyektif

“ Baik, bagaimana perasaan mas setelah berbincang-bincang dengan saya hari ini,? Apa ada perubahan?”

b. Evaluasi obyektif

“Coba mas sebutkan kembali apa yang saya ajarkan kembali hari ini ? seperti kemarin ?”

c. Rencana tindak lanjut

“Nah karena mas R sudah tau cara mengontrol emosi dan manfaat berinteraksi sama teman , Besok saya akan memberikan kegiatan berupa membaca surat-surat pendek al-qur’an apakah mas sepakat ? berbincang lagi

sekitar 15 menit saja di tempat ini lagi. Baik kalau begitu, habis makan kita bertemu di sini jam 08.00 seperti biasa. Baik terima kasih atas waktunya hari ini kita katemu besok, assalamualaikum wr wb.”

d. Kontrak (topic,tempat dan waktu)

“Bagaimana kalau besok kita berbincang lagi sekitar 15 menit saja di tempat ini lagi. Baik kalau begitu, habis makan kita bertemu disini jam 08.00 seperti biasa. Baik terima kasih atas waktunya hari ini kita katemu besok, Asslamualaikum wr wb.

LAMPIRAN 3

STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : ke – 3
 Hari / tanggal : Kamis, 20 januari 2022
 Nama klien (inisial) : Tn. R

A. PROSEDUR KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

Klien dapat menjawab salam klien nampak lebih bersemangat, sudah mau untuk berinteraksi dengan temannya, nampak menyapa teman-temannya, mengingat jadwal hari ini dapat membacakan surat surat pendek Al qur'an.

2. Diagnosa keperawatan.

Harga diri rendah

3. Tujuan khusus.

Klien dapat menetapkan yang dapat di gunakan

4. Tindakan keperawatan

SP 2 :

- a. Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain.
- b. Klien dapat melaksanakan hubungan social secara bertahap

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi, Assalamualaikum, Mas ? masih ingat dengan saya ?”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana masih ingat jadwal yang kita sepakati pagi hari membaca surat-surat pendek Al Qur’an .saya beri contoh ya surat pendek alquran, itu apa saja ?”

“Al-Fatihah, Al-Ikhlas, Al-Falaq, An-Nas, Al-Kautsar, Al-ashr. Sekarang coba diucapkan satu persatu.”

“Hebat sekali mas bisa mengucapkan surat - surat pendek Al-quran dengan jelas tolong di ucapkan sebelum tidur dan saat merasa bosan. Nanti bisa tidur tanpa minum obat.”

c. Kontrak/topic, tempat dan waktu

“sesuai kesepakatan kemarin pagi ini saya ingin berbincang-bincang sama mas sekitar selama 15 menit aja boleh ya”

2. Kerja

“Sekarang coba diucapkan satu persatu. Al-Fatihah, Al-Ikhlas, Al-Falaq, An-Nas, Al-Kautsar, Al-ashr surat surat pendek Al-quran dengan jelas tolong di ucapkan sebelum tidur dan saat merasa bosan. Nanti bisa tidur tanpa minum obat..Hebat sekali mas bisa mengucapkan surat surat pendek Al.quran dengan jelas tolong di ucapkan”

3. Fase terminasi

a. Evaluasi subyektif

“ Baik, bagaimana perasaan mas setelah berbincang-bincang dengan saya hari ini,? Apa ada perubahan?”

b. Evaluasi obyektif

“coba mas sebutkan kembali apa yang saya ajarkan kembali hari ini? seperti kemarin?”

c. Rencana tindak lanjut

Mengevaluasi kembali kegiatan mulai awal pertemuan hingga sekarang

d. Kontrak (topic,tempat dan waktu)

“Baik kita sepakati, bagaimana kalau besok kita berbincang lagi sekitar 15 menit saja di tempat ini lagi. Baik kalau begitu, besok habis makan kita bertemu disini jam 08.00 seperti biasa. Baik terima kasih atas waktunya hari ini kita ketemu besok assalamualaikum wr wb.”

LAMPIRAN 4

STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : ke – 4

Hari / tanggal : Jum'at, 21 januari 2022

Nama klien (inisial) : Tn. R

A. PROSEDUR KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

- a. Klien mau menjawab salam

“waalaikumsalam, Pak Marsudi.”

- b. Klien dapat mengungkapkan perasaannya

“Alhamdulillah baik, Pak Marsudi”

- c. Klien dapat menyebutkan kegiatan dan cara mengatasi emosi, malu untuk berinteraksi dan sulit istirahat. membaca surat-surat pendek Al qur'an satu persatu.

2. Diagnosa keperawatan.

Harga diri rendah

3. Tujuan khusus

Klien dapat menetapkan yang dapat di gunakan

4. Tindakan keperawatan

SP 2 :

- a. Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain.
- b. Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi, Assalamualaikum, Mas ? masih ingat dengan saya ?”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana masih ingat jadwal yang kita sepakati pagi hari membaca surat-surat pendek Al qur’an . Saya beri contoh ya surat pendek alquran, itu apa saja ? Al-Fatihah, Al-Ikhlas, Al-Falaq, An-Nas, Al-Kautsar, Al-ashr. Sekarang coba diucapkan satu persatu. Hebat sekali mas bisa mengucapkan surat surat pendek Al- quran dengan jelas tolong di ucapkan sebelum tidur dan saat merasa bosan. Nanti bisa tidur tanpa minum obat.”

c. Kontrak/topic, tempat dan waktu

“sesuai kesepakatan kemarin pagi ini saya ingin berbincang-bincang sama mas sekitar selama 15 menit aja boleh ya.”

2. Kerja

“Sekarang coba diucapkan satu persatu. Al-Fatihah, Al-Ikhlas, Al-Falaq, An-Nas, Al-Kautsar, Al-ashr surat - surat pendek Al.quran dengan jelas tolong di ucapkan sebelum tidur dan saat merasa bosan. Nanti bisa tidur tanpa minum obat. Hebat sekali mas bisa mengucapkan surat - surat pendek Al –quran dengan jelas tolong di ucapkan.”

3. Fase terminasi

a. Evaluasi subyektif

“ baik, bagaimana perasaan mas setelah berbincang-bincang dengan saya hari ini,? Apa ada perubahan ?”

b. Evaluasi obyektif

“Coba mas sebutkan kembali apa yang saya ajarkan kembali hari ini ? seperti kemarin ?”

c. Rencana tindak lanjut



Mengevaluasi kembali kegiatan mulai awal pertemuan hingga sekarang.

d. Kontrak (topic,tempat dan waktu)

“Baik kita sepakati, bagaimana kalau besok kita berbincang lagi sekitar 15 menit aja di tempat ini lagi ?,baik kalau begitu, besok habis makan kita bertemu disini jam 08.00 seperti biasa. Baik terima kasih atas waktunya hari ini kita ketemu besok assalamualaikum wr wb.”

LAMPIRAN 5

Edukasi Keluarga Tentang Ketaatan Minum Obat Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa

<p>Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien, dan merupakan “perawat utama” bagi klien. Keluarga berperan memberikan perawatan yang diperlukan klien di rumah termasuk memotivasi klien dalam keteraturan minum obat. Keberhasilan perawat di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian dapat mengakibatkan klien harus dirawat kembali (kambuh).</p>	<p>CIRI SEHAT JIWA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Emosi tenang, cukup bahagia, dapat bergaul, bebas dari khawatir, benci, dan cemas. 2. Dapat memelihara keseimbangan jiwa secara mantap (tabah, memiliki tanggungjawab, mampu mengambil keputusan). <p>SEDANGKAN SAKIT JIWA ITU APA?</p> <p>Sakit jiwa adalah terjadinya perubahan dalam pikiran, performa, perasaan, dan perilaku umumnya berlebihan, berkurang, atau abnormal.</p>	 <p>EDUKASI</p> <p>KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA</p> <p>STIKES HANGTUAH SBY BERSAMA RSJ MENUR JAWA TIMUR</p>
<p>Mengapa Harus Minum Obat?</p>	<p>Mengapa penderita gangguan jiwa sering tidak teratur minum obat?</p>	
<p>Penderita umumnya merasa tidak memiliki masalah atau sakit.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memacu atau menghambat fungsi mental yang terganggu. 2. Memperbaiki kondisi penderita. 	<p>Tidak menyadari kalau sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bosan dengan pengobatan karena membutuhkan waktu yang lama. 2. Adanya efek samping dari pengobatan. 3. Tidak nyaman terhadap jumlah dan dosis obat. 4. Lupa minum obat. 5. Tidak mendapat dukungan dari keluarga. 6. Sikap negatif terhadap pengobatan (berhenti pengobatan medis karena melakukan pengobatan tradisional atau alternatif) 	
<p>dapat meimbulkkan kekambuhan.</p>	<p>CATATAN PENTING</p>	
<p>Jika tidak teratur atau berhenti minum obat </p>	<p>pasien dengan gangguan jiwa HARUS TERATUR dalam minum obat! Dan perlu diingat penyakit gangguan jiwa bukan satu-satunya penyakit kronis, banyak penyakit lain melakukan hal yang sama yaitu mengkonsumsi obat rutin! JANGAN PERNAH MERASA SENDIRI! SEMANGAT!!</p>	