

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny. R DENGAN MASALAH  
UTAMA HARGA DIRI RENDAH DIAGNOSA MEDIS *SCHIZOPHRENIA TAK  
TERINCI* DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR  
SURABAYA PROVINSI JAWA TIMUR**



Oleh :

**EKA NUR SAYYIDAH UMU HABIBAH, S.Kep  
NIM. 2130019**

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny. R DENGAN MASALAH  
UTAMA HARGA DIRI RENDAH DIAGNOSA MEDIS *SCHIZOPHRENIA TAK  
TERINCI* DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR  
SURABAYA PROVINSI JAWA TIMUR**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
HangTuah Surabaya**



**Oleh :**

**EKA NUR SAYYIDAH UMU HABIBAH, S.Kep  
NIM. 2130019**

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2022**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 8 Juli 2022



**Eka Nur Sayyidah Umu Habibah, S.Kep**  
**NIM. 2030019**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing penulis:

Nama : Eka Nur Sayyidah Umu Habibah, S.Kep

NIM : 2130019

Progam Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. R Dengan Diagnosa Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Diagnosa Medis Schizophrenia Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini diajukan dalam siding guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns)**

Surabaya, 8 Juli 2022

**Pembimbing**

**Pembimbing**

**Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes**

**NIP. 04.015**

**Oyang Prasetya, S.Kep., Ns**

**NIP 198308192022211002**

**Mengetahui,  
Ka Prodi Profesi Keperawatan  
Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kp., Ns., M.Kep**

**NIP.03009**



## KATA PENGANTAR

Pertama peneliti panjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. R dengan masalah keperawatan utama Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah dengan diagnosa *Skizofrenia Tak Terinci* Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Karya ilmiah ini diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya ilmiah akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. drg. Vitria Dewi, M.Si. selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan pembimbing atas masukan, motivasi, dan arahan kepada saya serta kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Puket 1 dan Puket 2 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi Ners.
4. Ibu Dini Mei Widayati,S.Kep.,Ns., M.Kep Selaku penguji 1 telah memberikan masukan agar karya ilmiah akhir saya menjadi lebih baik.
5. Bapak Oyang Prasetya,S.Kep., Ns Selaku penguji 2 telah memberikan masukan agar karya ilmiah akhir saya menjadi lebih baik.
6. Seluruh Dosen dan Karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah mendampingi penulis selama penulis menempuh perkuliahan dan dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
7. Kedua orang tua, beserta seluruh keluarga besar saya yang telah memberikan dukungan, baik material maupun spiritual, do'a serta cinta yang tiada henti yang selalu menyertai penulis dalam setiap langkah hidupnya.
8. Seluruh mahasiswa Profesi Ners terima kasih atas kesederhanaan dalam persahabatan ini membuat penulis selalu tersupport atas dukungan kalian.

## DAFTAR ISI

<b>COVER DALAM .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>12</b>
1.1 Latar Belakang.....	12
1.2 Rumusan Masalah.....	14
1.3 Tujuan .....	14
1.3.1 Tujuan Umum .....	14
1.3.2 Tujuan Khusus .....	14
1.4 Manfaat .....	15
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	15
1.4.2 Manfaat Praktis .....	15
1.5 Metode Penulisan.....	16
1.6 Sistematika Penulisan .....	17
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>18</b>
2.1 Konsep <i>Skizofrenia</i> .....	18
2.1.1 Definisi <i>Skizofrenia</i> .....	18
2.1.2 Etiologi <i>Skizofrenia</i> .....	18
2.1.3 Gejala <i>Skizofrenia</i> .....	20
2.1.4 Penggolongan <i>Skizofrenia</i> .....	21
2.1.5 Pengobatan <i>Skizofrenia</i> .....	24
<b>2.2 Konsep Harga Diri Rendah .....</b>	<b>26</b>
2.2.1 Definisi.....	26
2.2.2 Etiologi.....	28
2.2.3 Tanda dan Gejala .....	29
2.2.4 Rentang Respon .....	30
2.2.5 Karakteristik.....	31
2.2.6 Pohon Masalah.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.2.7 Faktor Predisposisi dan Faktor Presipitasi Harga Diri Rendah.....	34
2.2.8 Proses terjadinya Harga Diri Rendah.....	35
<b>2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah.....</b>	<b>35</b>
2.3.2 Diagnosa Keperawatan .....	40
2.3.3 Perencanaan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.3.4 Tindakan Keperawatan .....	40
2.3.5 Evaluasi .....	44
<b>2.4 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik .....</b>	<b>2</b>
2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik .....	2
2.4.2 Prinsip - Prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan .....	3
2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik .....	4
2.4.4 Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik .....	5
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>8</b>



3.1 Pengkajian.....	8
3.1.1 Identitas Pasien .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.1.2 Alasan Masuk.....	8
3.1.3 Faktor Predisposisi .....	8
3.1.4 Pemeriksaan Fisik .....	10
3.1.5 Psikososial.....	10
3.1.6 Status Mental.....	12
3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang .....	14
3.1.8 Mekanisme Koping .....	15
3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan .....	15
3.1.10 Pengetahuan .....	16
3.1.11 Aspek Medik .....	16
3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan .....	16
3.2 Analisa Data Sintesa .....	18
3.3 Pohon Masalah.....	19
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>31</b>
4.1 Pengkajian.....	31
4.2 Pembahasan .....	33
4.3 Evaluasi.....	35
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>37</b>
5.1 Kesimpulan .....	37
5.2 Saran .....	38
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>40</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.2 Analisa Data pada Ny. R dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah.	18
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan Ny. R dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah. ....	20
Tabel Implementasi 3.3 pada Ny.R dengan gangguan konsep diri:harga diri rendah...	24

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Konsep Diri .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Gambar 2.2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Gambar 3.1 Genogram Ny. R dengan Harga Diri Rendah.....	10

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Motto dan Persembahan.....	43
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan pada Klien dengan Harga Diri Rendah .....	44
Lampiran 3 Analisa Proses Interaksi pada Klien dengan Harga Diri Rendah .....	53

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi sehat emosional, psikologi, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan. Seseorang dianggap sehat jika mereka mampu memainkan peran dalam masyarakat dan perilaku mereka pantas dan adatif. Menurut (Maulana et al., 2019) berpendapat bahwa gangguan jiwa adalah keadaan emosi, psikologis, dan sosial yang terpancang dari hubungan komunikasi antar dua orang yang tidak terpenuhi tindakan dan pertahanan yang baik, sesuatu yang dapat dipahami dalam diri yang baik dan keseimbangan emosi yang dalam. Menurut WHO, gangguan jiwa saat ini menjadi prioritas masalah kesehatan bagi setiap negara adalah skizofrenia.

Salah satu diagnosa keperawatan yang muncul pada skizofrenia adalah harga diri rendah. Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku (Handayani et al., 2018). Gejala-gejala lain dari skizofrenia antara lain mengabaikan penampilan pada dirinya, cenderung menarik diri dari lingkungan sosial, berkurangnya motivasi diri dan timbulnya rasa tidak nyaman (Yuniar, 2017). Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri. Pada klien dengan harga diri rendah akan terlihat sikap putus asa, terjadi resiko bunuh diri dan terjadi bunuh diri.

Data American Psychiatric Association (APA) tahun 1995 menyebutkan bahwa 1 % populasi penduduk dunia menderita skizofrenia dan 75% penderita dari skizofrenia dapat

terjadi pada usia 16-25 tahun (Depkes RI, 2015). Adapun data prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3-1% dan biasanya penyakit ini timbul di usia sekitar 18-45 tahun, dan ada juga yang baru berusia 11-12 tahun sudah menderita skizofrenia (Gunarsa, 2014). Di Surabaya, dikutip dari (Jawa Pos, 2016) Direktur RSJ Menur dr Adi Wirachjanto, M.Kes mengatakan jumlah pasien rawat jalan yang mengalami skizofrenia di sepanjang tahun 2015 tercatat sebanyak 18.774 orang dan 60% diantaranya merupakan warga Surabaya.

Seseorang yang memiliki harga diri yang tinggi bisa beradaptasi dengan lingkungan secara aktif, Sedangkan individu yang memiliki harga diri rendah akan cenderung untuk mempersepsikan lingkungannya negatif dan sangat mengancam bagi dirinya (Iyus Yosep dan Titin, 2016). Tanda dan gejala klien skizofrenia yaitu pikiran klien penuh dengan kecurigaan dan seakan-akan mengancam dirinya, sedangkan klien yang menderita harga diri rendah yaitu mengungkapkan perasaan malu atau bersalah dan mengungkapkan hal yang negatif tentang dirinya sendiri. Proses terjadinya klien skizofrenia hingga terjadi harga diri rendah karena klien tidak mendapat *feed back* dari lingkungan tentang perilakunya atau bahkan dikucilkan serta diejek.

Pada saat itu klien berada pada situasi *stressor* (krisis), klien berusaha menyelesaikan tetapi tidak tuntas sehingga klien berfikir bahwa dirinya tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan peran. Dari faktor predisposisi maupun presipitasi bila mempengaruhi seseorang dalam berfikir, bersikap maupun berbicara sehingga menjadi tidak efektif (mekanisme koping individu tidak efektif). Kondisi pada pasien tidak dilakukan intervensi lebih lanjut dapat menyebabkan klien tidak mau bergaul dengan orang lain (isolasi sosial: menarik diri), yang menyebabkan klien asik dengan dunia dan pikirannya sendiri sehingga dapat muncul risiko perilaku kekerasan. Apabila seorang klien memiliki masalah dan tidak dapat menyelesaikannya serta lingkungan justru menyalahkan

maka akan cenderung mengalami harga diri rendah kronis (Direja Herman Surya Ade, 2011).

Pasien harga diri rendah biasanya memiliki lebih dari satu masalah keperawatan. Sejumlah masalah pasien akan saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah (Elvidiana, H., & Fitriani, 2019). Berdasarkan latar belakang tersebut penulis mengangkat gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah menjadi masalah keperawatan utama. Dengan tujuan meningkatkan harga diri pada klien harga diri rendah dengan pendekatan menggunakan komunikasi terapeutik, psikofarmaka (obat-obatan), psikoterapi dimulai setelah pasien mampu menilai realitas, dan terapi psikososial. Dalam hal ini peran fungsi dan tanggung jawab perawat psikiatri dalam meningkatkan derajat kesehatan jiwa, dalam kaitannya dengan menarik diri adalah meningkatkan percaya diri pasien dan mengajarkan untuk berinteraksi dengan orang lain, misalnya berkenalan dan bercakap-cakap dengan pasien lain, memberikan pengertian tentang kerugian menyendiri dan keuntungan dari berinteraksi dengan orang lain, sehingga diharapkan mampu terjadi peningkatan interaksi sosial pasien.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah pada Ny. R dengan Diagnosa Medis *Skizofrenia* di RSJ Menur?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi proses asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah pada Ny. R dengan Diagnosa Medis *Skizofrenia* di RSJ Menur

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian dengan asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah pada Ny. R dengan Diagnosa Medis *Skizofrenia* di RSJ Menur.
2. Merumuskan Diagnosis Keperawatan Jiwa yang ditemukan melalui penyempurnaan analisa dan sintesa pada asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah pada Nny. R dengan Diagnosa Medis *Skizofrenia* di RSJ Menur.
3. Merencanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah pada Ny. R dengan Diagnosa Medis *Skizofrenia* di RSJ Menur.
4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah pada Ny. R dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di RSJ Menur.
5. Melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah pada Ny. R dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di RSJ Menur.
6. Mendokumentasikan asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Harga Diri Rendah pada Ny. R dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di RSJ Menur.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Melalui karya ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai media informasi ilmiah serta rujukan ilmiah dalam mengembangkan asuhan keperawatan jiwa tentang Harga Diri Rendah.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi Penulis Diharapkan karya ilmiah ini dapat menambah wawasan, dan pengalaman bagi penulis dalam mengembangkan asuhan keperawatan jiwa yang



dapat bermanfaat bagi dunia kesehatan pada umumnya dan didunia keperawatan pada khususnya

2. Bagi Profesi Keperawatan Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberi informasi bagi profesi keperawatan dalam mengembangkan asuhan keperawatan dan menambah wawasan serta pengalaman profesi keperawatan mengenai asuhan keperawatan jiwa pada Harga Diri Rendah.
3. Bagi Penulis Selanjutnya Diharapkan karya ilmiah ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa pada masalah Harga Diri Rendah sehingga penulis selanjutnya dapat mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi terbaru.

### **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, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **2. Tehnik pengumpulan data**

##### **1) Wawancara**

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan dengan pasien,

#### **3. 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.

3) Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

### **1.6 Sistematika Penulisan**

1. Bagian awal, membuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar lampiran dan abstrak.
2. Bagian ini terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri sub bab berikutini :  
Bab 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.  
Bab2 : Landasan teori, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan Masalah Utama Halusinasi Pendengaran  
Bab3 : Hasil berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.  
Bab4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori, dan opini serta analisis.  
Bab5 : Simpulan dan saran.
3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

#### **2.1 Konsep *Skizofrenia***

##### **2.1.1 Definisi *Skizofrenia***

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme (Zahnia, S., & Wulan Sumekar, 2016).

Gejala *skizofrenia* menurut PPDGJ III (Maslim, 2013) dibagi dalam dua gejala utama yaitu gejala positif dan negatif. Gejala positif diantaranya delusi, halusinasi, kekacauan kognitif, disorganisasi bicara, dan perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah. Gejala negatif yang dialami pasien *skizofrenia* diantaranya afek datar, tidak memiliki kemauan, merasa tidak nyaman, dan menarik diri dari masyarakat.

##### **2.1.2 Etiologi *Skizofrenia***

Adapun beberapa faktor penyebab *Skizofrenia* dalam Nanda NIC NOC, (2015).

#### 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 narsisme dan
- c. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (Transference) sehingga terapi psikonanalitik tidak mungkin.

### **2.1.3 Gejala Skizofrenia**

Gejala menurut Bleuler dalam (Fillat, 2018) adalah :

#### **1. Gejala Primer**

- 1) Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherenensi.
- 2) Gangguan afek emosi
  - a. Terjadi kedangkalan afek-emosi
  - b. Paramimi dan paratimi
  - c. Emosi dan afek serta eksperinya tidak mempunyai satu kesatuan
  - d. Emosi berlebihan
  - e. Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
- 3) Gangguan kemauan
  - a. Terjadi kelemahan kemauan
  - b. Perilaku negativisme atas permintaan
  - c. Otomatisme : merasa pikiran/ perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain
- 4) Gangguan psikomotor
  - a. Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
  - b. Stereotipi
  - c. Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama

d. *Echolalia* dan *Echopraxia*

#### 2.1.4 Penggolongan Skizofrenia

*Skizofrenia* dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut PPDGJ-III (Maslim, 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 Gejala bertahan 2- 3 minggu
  - d. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses fikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
  - e. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan

- f. 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.

3. *Skizofrenia Katatonik (F20.2)*

- 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

4. *Skizofrenia Tak Terinci Atau Undifferentiated (F 20.3)*

- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- b. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik
- c. Tidak memenuhi skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia

5. *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 depresi menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F 32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F 32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0-F20.3).

6. *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, perawatan 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.

#### 7. *Skizofrenia Simpleks* (F 20.6)

- a. Diagnosis *skizofrenia* simpleks sulit dibuat secara menyakinkan karena tergantung pada pematapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari :
  - a) Gejala “Negatif” yang khas dari *skizofrenia* residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau menifestasi lain
  - b) Disertai dengan perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermaknsa, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tifak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.
- b. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtype *skizofrenia* lainnya.

#### 8. *Skizofrenia Lainnya* (F 20.8)

Termasuk skizofrenia Chenesthopathic (Terdapat suatu perasaan yang tidak nyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

#### 9. *Skizofrenia Tak Spesifik* (F 20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan ke dalam tipe yang telah disebutkan.

### **2.1.5 Pengobatan *Skizofrenia***

Pengobatan *Skizofrenia* menurut (Hafifah, A., Puspitasari, I. M., & Sinuraya, 2018) yaitu :

## 1. Antipsikotik

Menurut Osser et al, 2013 dalam jurnal penelitian (Hafifah et al., 2018). Penggunaan Antipsikotik sebagai farmakoterapi digunakan untuk mengatasi gejala psikotik dengan berbagai etiologi, salah satunya skizofrenia Antipsikotik diklasifikasikan menjadi antipsikotik generasi pertama dan antipsikotik generasi kedua.

### a. Anti Psikotik Generasi Pertama

Antipsikotik generasi pertama merupakan antipsikotik yang bekerja dengan cara memblok reseptor dopamin D2. Antipsikotik ini memblokir sekitar 65 % hingga 80% reseptor D2 di striatum dan saluran dopamin lain di otak

### b. Anti Psikotik Generasi Kedua

Antipsikotik generasi kedua ini seperti Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Lurasidone, dan Klozapin memiliki afinitas yang lebih besar terhadap reseptor serotonin daripada reseptor dopamin, sebagian besar antipsikotik generasi kedua menyebabkan efek samping berupa kenaikan berat badan dan metabolisme lemak.

## 2. Rehabilitasi Psikososial

### a. Terapi Kognitif

Terapi kognitif secara signifikan meningkatkan fungsi sosial dan memperbaiki beberapa gejala, seperti delusi dan halusinasi. Dalam penelitian jurnal ini menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih aman dan efektif jika diberikan pada penderita skizofrenia yang memilih untuk tidak menggunakan antipsikotik

### b. Social Skill Training

Menunjukkan bahwa SST berpotensi meningkatkan fungsi kognitif karena adanya pengalaman belajar yang membutuhkan ingatan dan perhatian yang berpengaruh terhadap kehidupan sosial. Hal ini juga disebutkan dalam penelitian jurnal bahwa SST meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada penderita Skizofrenia

c. PANSS

PANSS digunakan pada pasien rawat inap Skizofrenia untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, dan psikopatologi umum. PANSS terdiri dari 30 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor PANSS pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil.

d. LAI (Long-Acting Injectable)

Farmakoterapi baik antipsikotik oral maupun LAI merupakan treatment utama dalam terapi skizofrenia. LAI disarankan untuk pasien yang memiliki tingkat kepatuhan rendah. Dan penelitian dalam jurnal (Hafifah et al., 2018), membuktikan bahwa sebanyak 472 partisipan yang melakukan peralihan dari oral antipsikotik (Aripiprazole, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone dan Paliperidone Extendedrelease) menjadi Paliperidone 1 kali selama 1 bulan memberikan respon dan tolerabilitas yang baik. LAI menawarkan afek terapeutik panjang dengan memaksimalkan penghantaran obat, kontak obat, dan jadwal pengobatan

## **2.2 Konsep Harga Diri Rendah**

### **2.2.1 Definisi**

Harga diri rendah adalah disfungsi psikologis yang meluas dan terlepas dari spesifiknya. Masalahnya, hampir semua pasien menyatakan bahwa mereka ingin memiliki harga diri yang lebih baik. Jika kita hanya mengurangi harga diri rendah, banyak masalah psikologis akan berkurang atau hilang secara substansial sepenuhnya. Harga diri merupakan komponen psikologis yang penting bagi kesehatan. Banyak penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa harga diri yang rendah sering kali menyertai gangguan kejiwaan. Harga diri yang tinggi dikaitkan dengan kecemasan yang rendah, efektif dalam kelompok dan penerimaan orang lain terhadap dirinya, sedangkan masalah kesehatan dapat menyebabkan harga diri, sehingga harga diri dikaitkan dengan hubungan interpersonal yang buruk dan beresiko terjadinya depresi sehingga perasaan negatif mendasari hilangnya kepercayaan diri dan harga diri individu dan menggambarkan gangguan harga diri (Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., & Akhmad, 2020).

Harga diri rendah berasal dari pengalaman seseorang seiring dengan pertumbuhannya, seperti : tidak ada kasih sayang , dorongan dan tantangan, tidak terdapat cinta dan penerimaan, selalu mengalami kritikan, ejekan, sarkame, dan sinisme, adanya pemukulan fisik dan pelecehan tidak adanya pengakuan dan pujian untuk prestasi, terdapat kelebihan dan keunikan yang selalu di abaikan (Pardede, J. A., Hafizuddin, H., & Sirait, 2021).

Harga diri yang tinggi dikaitkan dengan kecemasan yang rendah, efektif dalam kelompok dan penerimaan orang lain terhadap dirinya, sedangkan masalah kesehatan dapat menyebabkan harga diri, sehingga harga diri dikaitkan dengan hubungan interpersonal yang buruk dan beresiko terjadinya depresi sehingga perasaan negatif mendasari hilangnya kepercayaan diri dan harga diri individu dan menggambarkan gangguan harga diri. Harga diri rendah dapat digambarkan sebagai perasaan negatif

terhadap diri sendiri termasuk hilangnya percaya diri dan harga diri. Harga diri rendah dapat terjadi secara situasional (trauma) atau kronis (negatif self evaluasi yang telah berlangsung lama). Dan dapat di ekspresikan secara langsung atau tidak langsung (nyata atau tidak nyata)(Samosir, 2020).

Berdasarkan defenisi diatas dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai dengan ideal diri.

### **2.2.2 Etiologi**

Penyebab harga diri rendah juga dapat terjadi pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai masa remaja keberadaannya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Menjelang dewasa awal sering gagal disekolah, pekerjaan atau pergaulan. Faktor yang mempengaruhi harga diri rendah meliputi faktor Predisposisi dan faktor Presipitasi yaitu :

1. Faktor Predisposisi
  - a. Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis (Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., & Akhmad, 2020).
  - b. Faktor yang mempengaruhi performa peran adalah stereo type peran gender, tuntutan peran kerja, dan harapan peran budaya.

- c. Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur sosial.
2. Faktor Presipitasi Faktor presipitasi terjadi harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktifitas yang menurun. Secara umum, gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional karena trauma yang muncul secara tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara. Termasuk dirawat dirumah sakit bisa menyebabkan harga diri rendah disebabkan karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang membuat klien tidak nyaman (Yosep, 2016).
3. Perilaku Pengumpulan data yang dilakukan oleh perawat meliputi perilaku yang objektif dan dapat diamati serta perasaan subjektif dan dunia dalam diri klien sendiri. Perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah salah satunya mengkritik diri sendiri, sedangkan keracunan identitas seperti sifat kepribadian yang bertentangan serta depersonalisasi (Stuart, 2018).

### **2.2.3 Tanda dan Gejala**

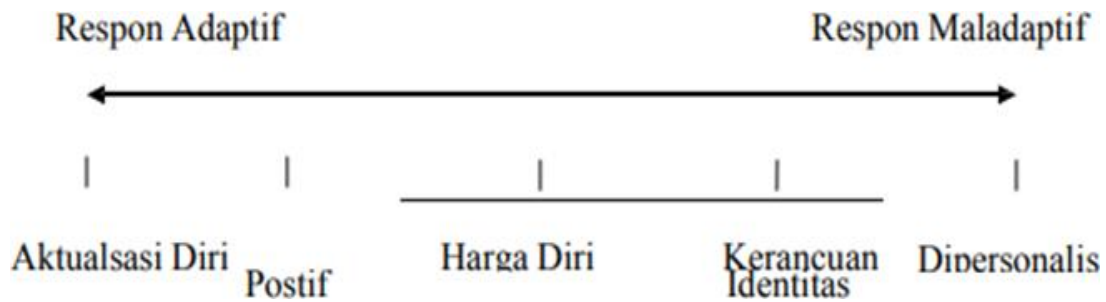
Menurut Saptina, (2020) tanda dan gejala pada harga diri rendah yaitu:

1. Data Subjektif
  - a. Mengintrospeksi diri sendiri
  - b. Perasaan diri yang berlebihan.
  - c. Perasaan tidak mampu dalam semua hal.
  - d. Selalu merasa bersalah
  - e. Sikap selalu negatif pada diri sendiri.
  - f. Bersikap pesimis dalam kehidupan.

- g. Mengeluh sakit fisik.
  - h. Pandangan hidup yang terpolarisasi.
  - i. Menentang kemampuan diri sendiri.
  - j. Menjelek-jelekkan diri sendiri.
  - k. Merasakan takut dan cemas dalam suatu keadaan.
  - l. Menolak atau menjauh dari umpan balik positif.
  - m. Tidak mampu menentukan tujuan.
2. Data Obyektif
- a. Produktivitas menjadi menurun.
  - b. Perilaku destruktif yang terjadi pada diri sendiri.
  - c. Perilaku destruktif yang terjadi pada orang lain.
  - d. Penyalahgunaan suatu zat.
  - e. Tindakan menarik diri dari hubungan sosial.
  - f. Mengungkapkan perasaan bersalah dan malu.
  - g. Muncul tanda depresi seperti sukar tidur dan makan.
  - h. Gampang tersinggung dan mudah marah.

#### **2.2.4 Rentang Respon**

Konsep diri merupakan aspek kritical dan dasar dari perilaku individu. Individu dengan konsep diri yang positif dapat berfungsi lebih efektif yang terlihat dari kemampuan interpersonal, kemampuan intelektual dan penguasaan lingkungan. Konsep diri yang negatif dapat dilihat dari hubungan individu an sosial yang maladaptif. Menurut Dermawan, (2013) tentang respon konsep diri dapat dilihat pada gambar berikut ini:



**Gambar 2.1** Rentang Respon Konsep Diri

Keterangan :

1. Aktualisasi diri : Pernyataan tentang konsep diri yang positif dengan pengalaman latar belakang sukses.
2. Konsep diri positif : Apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam perwujudan dirinya.
3. Harga diri rendah : Perasaan negatif terhadap diri sendiri, termasuk kehilangan rasa percaya diri, tidak berharga, tidak berdaya, pesimis.
4. Kerancuan identitas : Kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak kedalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.
5. Dipersonalisasi : Perasaan tidak realistik dalam kegiatan dari diri sendiri, kesulitan membedakan diri sendiri, merasa tidak nyata dan asing baginya

### 2.2.5 Karakteristik

Karakteristik harga diri rendah menurut (Yusuf, 2015) yaitu :

- 1) Mengatakan hal yang negatif tentang diri sendiri dalam waktu lama dan terus menerus
- 2) Mengekspresikan sikap malu/ minder/ rasa bersalah



- 3) Kontak mata kurang/ tidak ada
- 4) Selalu mengatakan ketidak mampuan/kesulitan untuk mencoba sesuatu
- 5) Bergantung pada orang lain
- 6) Tidak asertif
- 7) Pasif dan hipoaktif
- 8) Bimbang dan ragu-ragu
- 9) Menolak umpan balik positif dan membesarkan umpan balik negatif mengenai dirinya

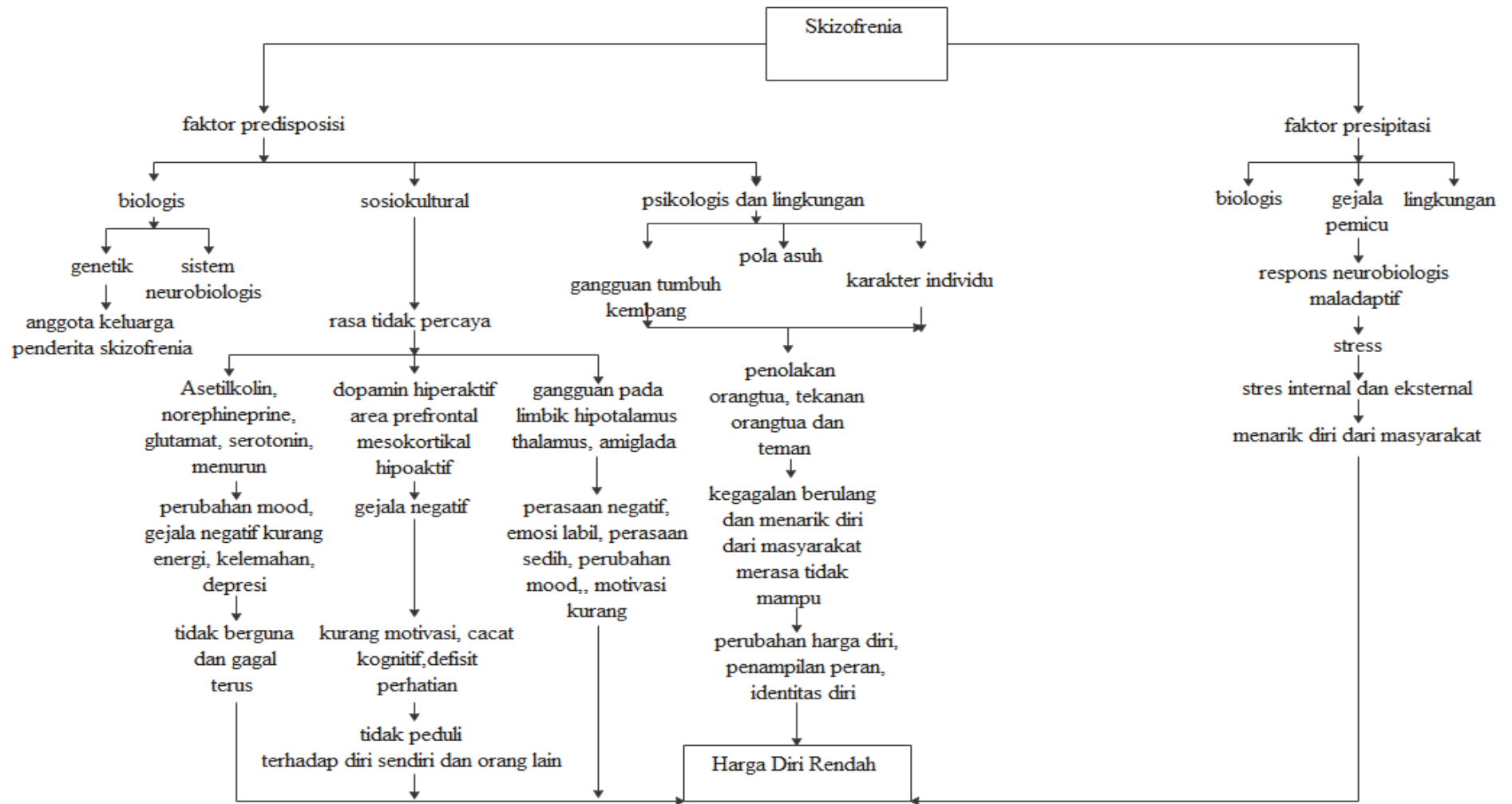
Faktor yang berhubungan

- 1) Sikap keluarga yang tidak mendukung
- 2) Penolakan
- 3) Kegagalan

Untuk menegakkan diagnosa ini perlu didapatkan data utama

- 1) Kontak mata kurang/tidak ada
- 2) Mengungkapkan secara verbal rasa minder/malu/bersalah
- 3) Mengatakan hal yang negatif tentang diri sendiri
- 4) Sering mengatakan ketidakmampuan melakukan sesuatu

## 2.2.6 WOC



Gambar 2.2 Pathway HDR Pada Skizofrenia (dikembangkan dari Direja 2011, Stuart 2013, Dermawan dan Rusdi 2013)

### **2.2.7 Faktor Predisposisi dan Faktor Presipitasi Harga Diri Rendah**

Menurut (Suryani, U., & Efendi, 2020) faktor predisposisi dan faktor presipitasi harga diri rendah ialah :

#### **1. Aspek Biologis**

Sebagian besar pasien memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya (75%), Sebagian kecil memiliki riwayat genetik (25%). Faktor genetik berperan dalam mencetuskan terjadinya gangguan jiwa pada diri seseorang. Sadock dan Sadock (2007) menyampaikan bahwa genetik memiliki peran pada pasien skizofrenia. Seseorang beresiko 10% jika salah satu orang tua menderita gangguan dan jika kedua orang tua memiliki riwayat gangguan maka resiko akan lebih besar, yaitu menjadi 40%.

#### **2. Aspek Psikologis**

Pasien HDR kronis yang diberikan terapi kognitif memiliki riwayat psikologis kurang percaya diri (90%). Menurut Stuart (2016) bahwa faktor psikologis meliputi konsep diri, intelektualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman masa lalu, koping dan keterampilan komunikasi secara verbal mempengaruhi perilaku seseorang dalam hubungannya dengan orang lain.

#### **3. Aspek Sosial Budaya**

Pasien yang diberikan terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga memiliki masalah sosial budaya yang sangat berpengaruh yaitu tidak memiliki teman (85%), konflik keluarga (80%) dan status ekonomi rendah (70%). Townsend

(2009) menyatakan bahwa status sosioekonomi yang rendah lebih banyak mengalami gangguan jiwa dibandingkan tingkat sosio ekonomi tinggi.

### **2.2.8 Proses terjadinya Harga Diri Rendah**

Harga diri rendah kronis terjadi merupakan proses kelanjutan dari harga diri rendah situasional yang tidak terselesaikan. Atau dapat juga terjadi karena individu tidak pernah mendapat feed back dari lingkungan tentang perilaku klien sebelumnya bahkan kecendrungan lingkungan yang selalu memberi respon negatif mendorong individu menjadi harga diri rendah. Harga diri rendah kronis terjadi disebabkan banyak faktor. Awalnya individu berada pada suatu situasi yang penuh dengan stressor (krisis), individu berusaha menyelesaikan krisis tetapi tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan peran. Penilaian individu terhadap diri sendiri karena kegagalan menjalankan fungsi dan peran adalah kondisi harga diri rendah situasional, jika lingkungan tidak memberi dukungan positif atau justru menyalahkan individu dan terjadi secara terus menerus akan mengakibatkan individu mengalami harga diri rendah kronis(Samosir, 2020).

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah**

Adapun konsep asuhan keperawatan harga diri rendah menurut (Yusuf, 2015), adalah sebagai berikut :

### **2.3.1 Pengkajian**

#### **1. Faktor Predisposisi**

##### **1) Biologi**

- a. Genetik : riwayat adanya trauma yang menyebabkan lesi pada daerah frontal, temporal dan limbic, pada anak yang kedua orangtuanya

tidak menderita, kemungkinan terkena penyakit adalah 1%. Sementara pada anak yang salah satu orangtuanya menderita kemungkinan terkena adalah 13%. Dan jika kedua orangtuanya penderita maka resiko terkena adalah 35%, riwayat janin pada saat prenatal dan perinatal meliputi trauma, penurunan oksigen pada saat melahirkan, prematur, preeklamsi, malnutrisi, stres, ibu perokok, alkohol, pemakaian obat-obatan, infeksi, hipertensi dan agen teratogenik

- b. Nutrisi : adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa,
- c. Keadaan kesehatan secara umum : riwayat kesehatan umum, misalnya kurang gizi, kurang tidur, gangguan irama sirkadian, kelemahan, infeksi
- d. Sensitivitas biologi : riwayat penggunaan obat, riwayat terkena infeksi dan trauma, radiasi dan riwayat pengobatannya
- e. Paparan terhadap racun : paparan virus influenza pada trimester 3 kehamilan, riwayat keracunan CO, asbestos

## 2) Psikologis

- a. Intelegensi : riwayat kerusakan struktur di lobus frontal dimana lobus tersebut berpengaruh kepada proses kognitif, suplay oksigen terganggu dan glukosa
- b. Ketrampilan verbal :gangguan keterampilan verbal akibat faktor komunikasi dalam keluarga, seperti : komunikasi peran ganda, tidak ada komunikasi, komunikasi dengan emosi berlebihan, komunikasi

- tertutup, riwayat kerusakan yang mempengaruhi fungsi bicara, misalnya Stroke, trauma kepala
- c. Moral : riwayat tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral individu, misalnya lingkungan keluarga yang broken home, konflik, Lapas.
  - d. Kepribadian : mudah kecewa, kecemasan tinggi, mudah putus asa, menutup diri
  - e. Pengalaman masa lalu : orangtua yang otoriter, orangtua yang selalu membandingkan, konflik orangtua, anak yang dipelihara oleh ibu yang suka cemas, terlalu melindungi, dingin dan tak berperasaan, ayah yang mengambil jarak dengan anaknya, penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien, penilaian negatif yang terus menerus dari orang tua
  - f. Konsep diri : ideal diri yang tidak realistis, identitas diri tak jelas, harga diri rendah, krisis peran, gambaran diri negatif
  - g. Motivasi : riwayat kurangnya penghargaan, riwayat kegagalan
  - h. Pertahanan psikologi : ambang toleransi terhadap stress rendah, riwayat gangguan perkembangan
  - i. Self control : riwayat tidak bisa mengontrol stimulus yang datang, misalnya suara, rabaan, penglihatan, penciuman, pengecap, gerakan
- 3) Sosiokultural
- a. Usia : riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai
  - b. Gender : riwayat ketidakjelasan identitas, riwayat kegagalan peran gender,

- c. Pendidikan : pendidikan yang rendah, riwayat putus dan gagal sekolah,
- d. Pendapatan : penghasilan rendah
- e. Pekerjaan : pekerjaan stresful, Pekerjaan beresiko tinggi
- f. Status sosial : tuna wisma, Kehidupan terisolasi
- g. Latar belakang Budaya : tuntutan sosial budaya seperti paternalistik, stigma masyarakat
- h. Agama dan keyakinan : riwayat tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin, rutin, kesalahan persepsi terhadap ajaran agama tertentu
- i. Keikutsertaan dalam politik : riwayat kegagalan dalam politik
- j. Pengalaman sosial : perubahan dalam kehidupan, mis bencana, perang, kerusuhan, dll, tekanan dalam pekerjaan, kesulitan mendapatkan pekerjaan,
- k. Peran social : isolasi sosial khususnya untuk usia lanjut, stigma yang negatif dari masyarakat, diskriminasi, stereotype, praduga negative

## 2. Faktor Presipitasi

- 1) Biologi : genetic, nutrisi, keadaan kesehatan secara umum, sensitivitas biologi, paparan terhadap racun.
- 2) Psikologis : intelegensi, ketrampilan verbal, moral, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologi, self control.
- 3) Sosiokultural : usia, gender, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, status social, latar belakang Budaya, agama dan keyakinan, keikutsertaan dalam politik, pengalaman sosial, peran sosial

#### 4) Penilaian terhadap stressor

Penilaian terhadap stresor dapat dikaji dari berbagai sisi, dimulai dari segi kognitif yaitu apa yang dipikirkan klien tentang stresor yang dialaminya, dari segi afekti yaitu bagaimana perasaannya, dari segi fisiologis yaitu bagaimana perubahan fisik yang terjadi akibat stresor, dari segi perilaku yaitu bagaimana perilaku yang ditampilkan terkait stresor dan dari segi sosial yaitu bagaimana hubungan klien dengan orang lain terkait stresor yang dialaminya.

#### 5) Sumber Koping

Kondisi status ekonomi, kemampuan menyelesaikan masalah, dukungan sosial, dan keyakinan budaya.

#### 6) Mekanisme Koping

Menurut Stuart (2018) mekanisme koping termasuk pertahanan koping jangka pendek atau jangka panjang serta penggunaan mekanisme pertahanan ego untuk melindungi diri sendiri dalam menghadapi persepsi diri yang menyakitkan. Pertahanan tersebut mencakup berikut ini:

- a. Aktivitas yang memberikan pelarian sementara dari krisis identitas diri (misalnya, konser musik, bekerja keras, menonton televisi secara obsesif)
- b. Aktivitas yang memberikan identitas pengganti sementara (misalnya dalam club sosial, agama, politik, kelompok, gerakan atau geng).
- c. Aktivitas yang sementara menguatkan atau meningkatkan perasaan diri yang tidak menentu (misalnya, olahraga yang kompetitif, prestasi akademik, kontes untuk mendapatkan popularitas).



Pertahanan jangka panjang mencakup berikut ini:

- a. Penutupan identitas: adopsi identitas premature yang diinginkan oleh orang terdekat tanpa memerhatikan keinginan, aspirasi, atau potensi diri individu.
- b. Identitas negatif: asumsi identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan yang diterima masyarakat.

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Perawat kesehatan jiwa menganalisis data pengkajian dalam menentukan diagnosis. Landasan untuk memberikan asuhan keperawatan kesehatan jiwa adalah pengenalan dan mengidentifikasi pola respons terhadap masalah kesehatan jiwa atau penyakit psikiatri yang actual dan potensial (Iyus, 2011).

### **2.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan**

1. Tindakan keperawatan pada pasien:

1) Tujuan:

- a. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang di miliki.
- b. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat di gunakan.
- c. Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan.
- d. Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan.
- e. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

## 2. Tindakan Keperawatan

- 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien. Untuk membantu pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang masih dimilikinya, perawat dapat:
  - a. Mendiskusikan bahwa sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien seperti kegiatan pasien di rumah sakit, dalam keluarga dan lingkungan adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien
  - b. Beri pujian yang realistis/nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negative
- 2) Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan.

Untuk tindakan tersebut saudara dapat :

- a. Mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini.
  - b. Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.
  - c. Perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.
- 3) Membantu pasien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah:
    - a. Mendiskusikan dengan pasien beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari
    - b. Bantu pasien menentukan kegiatan mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri, mana kegiatan yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien berikan contoh

pelaksanakan kegiatan yang dilakukan pasien. Susun bersama pasien dan buat daftar kegiatan sehari-hari pasien.

4) Melatih kemampuan yang dimiliki pasien.

Tindakan keperawatan tersebut saudara dapat melakukan:

- a. Mendiskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan yang dipilih
- b. Bersama pasien memperagakan kegiatan yang ditetapkan
- c. Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan pasien.

5) Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih

Untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan tersebut saudara dapat melakukan hal-hal berikut:

- a. Memberi kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan.
- b. Berikan pujian atas kegiatan - kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari
- c. Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih.
- d. Berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaannya kegiatan.

3. Konseling

Perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi konseling untuk membantu pasien meningkatkan atau memperoleh kembali kemampuan koping, memelihara kesehatan mental, dan mencegah penyakit atau ketidakmampuan mental (Yusuf, 2015).

4. Terapi Lingkungan

Perawat kesehatan jiwa memberikan, membentuk, serta mempertahankan suatu lingkungan yang terapeutik dalam kolaborasinya dengan pasien dan pemberian pelayanan kesehatan lain.

5. Aktivitas Asuhan Mandiri

Perawat kesehatan jiwa membentuk intervensi sekitar aktivitas kehidupan sehari-hari pasien untuk memelihara asuhan mandiri dan kesejahteraan jiwa dan fisik

6. Intervensi psikobiologis

Perawat kesehatan jiwa menggunakan pengetahuan intervensi psikobiologis dan menerapkan keterampilan klinis untuk memulihkan kesehatan pasien dan mencegah ketidakmampuan lebih lanjut

7. Penyuluhan kesehatan

Perawat kesehatan jiwa, melalui penyuluhan kesehatan, serta membantu pasien dalam mencapai pola kehidupannya yang memuaskan, produktif dan sehat.

8. Manajemen kasus

Perawat kesehatan jiwa menyajikan manajemen kasus untuk mengkoordinasi kesehatan yang komprehensif serta memastikan kesinambungan asuhan.

9. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan

Perawat kesehatan jiwa menerapkan strategi dan intervensi untuk meningkatkan, memelihara kesehatan jiwa, serta mencegah penyakit jiwa.

10. Psikoterapi

Spesialis yang bersertifikasi dalam keperawatan kesehatan jiwa menggunakan psikoterapi individu, psikoterapi kelompok, psikoterapi keluarga, psikoterapi anak, serta pengobatan terapeutik lain untuk membantu

pasien untuk memelihara kesehatan jiwa, mencegah penyakit jiwa dan ketidakmampuan, serta memperbaiki atau mencapai kembali status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien.

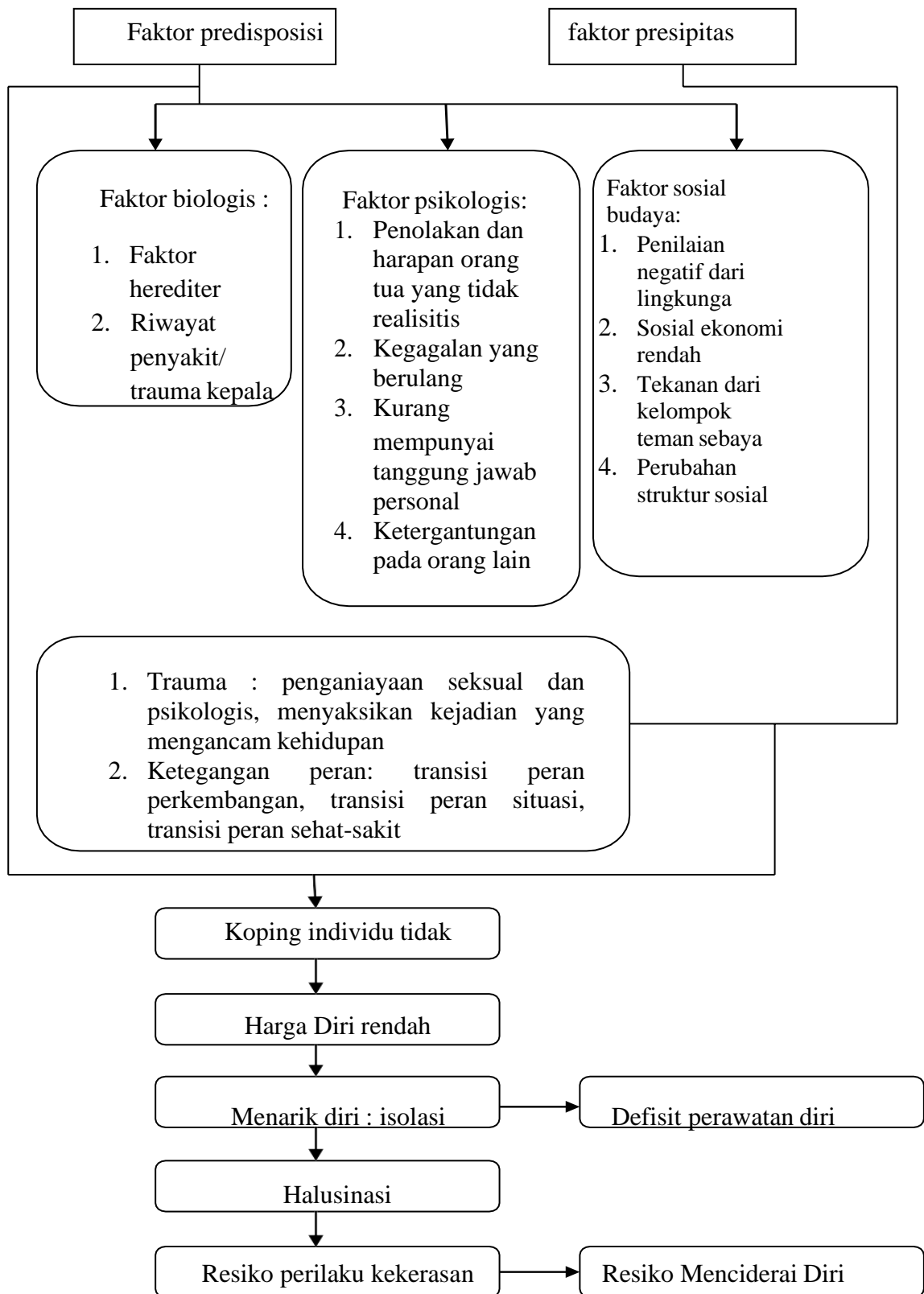
#### 11. Preskripsi Agen Farmakologis

Spesialis yang bersertifikasi memberikan konsultasi kepada pemberi pelayanan kesehatan dan lainnya untuk memengaruhi rencana asuhan kepada pasien, dan memperkuat kemampuan yang lain untuk memberikan pelayanan kesehatan jiwa dan psikiatri serta membawa perubahan dalam setiap pelayanan kesehatan jiwa dan psikiatri.

#### **2.3.4 Evaluasi**

Perawat kesehatan jiwa mengevaluasi perkembangan pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan. Asuhan keperawatan adalah proses dinamik yang melibatkan perusahaan dalam status kesehatan pasien sepanjang waktu, pemicu kebutuhan terhadap data baru, berbagai diagnosis, dan modifikasi rencana asuhan. Oleh karena itu, evaluasi merupakan suatu proses penilaian berkesinambungan tentang pengaruh intervensi keperawatan dan regimen pengobatan terhadap status kesehatan pasien dan hasil kesehatan yang diharapkan (Iyus, 2011).

### 2.3.5 Pohon Masalah



Gambar 2.3 Pohon Masalah Harga Diri Rendah (Yusuf, 2015)

## **2.4 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik**

### **2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Fitria., 2018). Sedangkan menurut Stuart & Sundeen komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik dimana terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran dengan maksud yang mempengaruhi orang lain. Komunikasi terapeutik juga dapat dipersepsikan sebagai proses interaksi antara pasien dan perawat yang membantu pasien mengatasi stress sementara untuk hidup harmonis dengan orang lain. Dari beberapa pengertian di atas dapat penulis simpulkan bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien dan membina hubungan yang terapeutik antara perawat dan pasien.

Komunikasi ialah faktor penting bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan pasien. Semakin baik komunikasi perawat, maka semakin berkualitas pula asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien karena komunikasi yang baik dapat membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Perawat yang memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak saja mudah menjalin hubungan saling percaya dengan pasien, tapi juga dapat menumbuhkan sikap empati dan *caring*, mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan bahkan dapat meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit (Fitria., 2018)

#### 2.4.2 Prinsip - Prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan

Menurut Buku Ajar Keperawatan Dasar (Sarfika, N. R., Maisa, E. A., 2018), prinsip-prinsip komunikasi terapeutik meliputi :

1. Perawat harus mengenal dirinya sendiri (*self awareness*) yang berarti memahami nilai-nilai yang dianut
2. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
3. Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental
4. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut
5. Perawat harus dapat menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap, tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi
6. Perawat harus mampu mengontrol perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan emosional seperti perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan, maupun frustrasi
7. Perawat harus mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya
8. Perawat harus mampu memahami arti empati dan menggunakannya sebagai tindakan yang terapeutik, dan mampu memahami arti simpati yang bukan sebagai tindakan terapeutik



9. Perawat harus mampu memahami bahwa kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik
10. Perawat harus mampu menjadi role model agar dapat menyakinkan dan sebagai contoh kepada orang lain tentang perilaku sehat.
11. Perawat harus mampu mengungkapkan perasaan dan menyatakan sikap yang jelas
12. Perawat mampu memiliki sifat *altruisme* yang berarti menolong atau membantu permasalahan pasien tanpa mengharapkan imbalan apapun dari pasien.
13. Perawat harus mampu mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia
14. Bertanggung jawab pada setiap sikap dan tindakan yang dilakukan.

### **2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Fitria., 2018), ada tiga hal yang mendasar yang memberi ciri-ciri komunikasi terapeutik antara lain :

1. Keikhlasan (*Genuiness*)

Perawat harus menyadari tentang nilai, sikap dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan pasien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlasnya mempunyai kesadaran mengenai sikap yang dipunyai terhadap pasien sehingga mampu belajar untuk mengkomunikasikan secara tepat

2. Empati (*Empathy*)

Empati merupakan perasaan “pemahaman” dan “penerimaan” perawat terhadap perasaan yang dialami pasien dan kemampuan merasakan dunia

pribadi pasien. Empati merupakan sesuatu yang jujur, sensitif dan tidak dibuat-buat (objektif) didasarkan atas apa yang dialami orang lain. Empati cenderung bergantung pada kesamaan pengalaman diantara orang yang terlibat komunikasi.

### 3. Kehangatan (*Warmth*)

Dengan kehangatan, perawat akan mendorong pasien untuk mengekspresikan ide-ide dan menuangkannya dalam bentuk perbuatan tanpa rasa takut dimaki atau dikonfrontasi. Suasana yang hangat, permisif dan tanpa adanya ancaman menunjukkan adanya rasa penerimaan perawat terhadap pasien. Sehingga pasien akan mengekspresikan perasaannya secara lebih mendalam.

#### **2.4.4 Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik**

Dalam komunikasi terapeutik ada tempat tahap, dimana pada setiap tahap mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawat (Fitria., 2018).

##### 1. Fase Pra Interaksi

Pra interaksi dimulai sebelum kontrak pertama dengan pasien, perawat mengumpulkan data tentang pasien, mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri dan membuat rencana pertemuan dengan pasien

##### 2. Fase Orientasi

Fase ini dimulai ketika perawat bertemu dengan pasien untuk pertama kalinya. Hal utama yang perlu dikaji adalah alasan pasien minta pertolongan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan perawat-pasien. Dalam menilai hubungan tugas pertama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian komunikasi yang terbuka dan perumusan

kontrak dengan pasien. Pada tahap ini perawat melakukan kegiatan sebagai berikut : memberi salam dan senyum pada pasien, melakukan validasi, memperkenalkan nama perawat, menanyakan nama kesukaan pasien, menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan, menjelaskan kerahasiaan. Tujuan akhir pada fase ini ialah terbina hubungan saling percaya.

### 3. Fase Kerja

Pada tahap kerja dalam komunikasi terapeutik, kegiatan yang dilakukan adalah memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya, menanyakan keluhan utama, memulai kegiatan dengan cara yang baik, melakukan kegiatan sesuai rencana. Perawat memenuhi kebutuhan dan mengembangkan pola-pola adaptif pasien. Interaksi yang memuaskan akan menciptakan situasi/suasana yang meningkatkan integritas pasien dengan meminimalisasi ketakutan, ketidakpercayaan, kecemasan dan tekanan pada pasien.

### 4. Fase Terminasi

Pada tahap terminasi dalam komunikasi terapeutik kegiatan yang dilakukan oleh perawat adalah menyimpulkan hasil wawancara, tindak lanjut dengan pasien, melakukan kontrak (waktu, tempat dan topik), mengakhiri wawancara dengan cara yang baik.

## **2.5 Konsep Stress dan Adaptasi**

### **2.5.1 Definisi Stres dan Adaptasi**

Stres merupakan reaksi tertentu yang muncul pada tubuh yang bisa disebabkan oleh berbagai tuntutan, misalnya ketika manusia menghadapi tantangan yang penting,

ketika dihadapkan pada ancaman, atau ketika harus berusaha mengatasi harapan-harapan yang tidak realistis dari lingkungannya (Muhith Abdul, 2015).

Adaptasi merupakan suatu proses perubahan yang menyertai individu dalam merespon terhadap perubahan yang ada di lingkungan dan dapat mempengaruhi keutuhan tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis yang akan menghasilkan perilaku adaptif (Muhith Abdul, 2015).

### **2.5.2 Sumber Stress**

Menurut Maramis (1999) dalam (Muhith Abdul, 2015), sumber stres yaitu, frustrasi, konflik, dan tekanan. Pada fase frustrasi (frustration) terjadi ketika kebutuhan pribadi terhalangi dan seseorang gagal dalam mencapai tujuan yang diinginkannya. Frustrasi dapat terjadi sebagai akibat dari keterlambatan, kegagalan, kehilangan, kurangnya sumber daya, atau diskriminasi. Konflik (conflicts), terjadi karena tidak bisa memilih antara dua atau lebih macam keinginan, kebutuhan atau tujuan. Tekanan (pressure), didefinisikan sebagai stimulus yang menempatkan individu dalam posisi untuk mempercepat, meningkatkan kinerjanya, atau mengubah perilakunya. Tipe yang keempat adalah perubahan (changes), tipe sumber stres yang keempat ini seperti halnya yang ada di seluruh tahap kehidupan, tetapi tidak dianggap penuh tekanan sampai mengganggu kehidupan seseorang baik secara positif maupun negatif. Self-Imposed merupakan sumber stres yang berasal dalam sistem keyakinan pribadi pada seseorang, bukan dari lingkungan.

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan Harga Diri Rendah, maka penulis menyajikan suatu kasus sebagai aplikasi praktik komprehensif di Ruang Flamboyan mulai tanggal 22 September 2021 sampai dengan 25 September 2021 dengan data sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

Ruang rawat : Ruang Flamboyan RSJ Menur

Tanggal Dirawat : 17 September 2021

Keluhan Utama : pasien tampak menyendiri dan tidak mau bicara

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Inisial : Ny. R (P)

Tanggal Pengkajian : 22 September 2021

Umur : 28 tahun

RM No. : 28-54-xx

Pendidikan : SMK

Informan : Klien, perawat dan rekam medik

##### **3.1.2 Alasan Masuk**

Pada saat pengkajian klien merasa tidak diterima oleh keluarganya dan sedih setelah di PHK. Kemudian pasien ke Surabaya untuk mencari pekerjaan dan setelah sampai di Surabaya pasien ditangkap oleh satpol pp dan dibawa ke dinas sosial, setelah di bawa ke dinas sosial sering menyendiri dan mengurung diri hingga menelantarkan diri ±6hari kemudian di rujuk ke RSJ Menur Surabaya.

##### **3.1.3 Faktor Predisposisi**

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Belum pernah menderita gangguan jiwa sebelumnya, belum pernah menjalani pengobatan, tidak pernah menjadi korban/pelaku/saksi aniaya fisik, seksual, dan kekerasan dalam rumah tangga. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami ODGJ. Mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu di PHK dari pekerjaannya di Balikpapan klien bekerja di kantor administrasi.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## 2. Riwayat pengobatan sebelumnya

Klien belum pernah mendapatkan terapi dan pengobatan sebelumnya karena klien baru pertama kali masuk rumah sakit jiwa dan baru 1 minggu di rawat di RSJ Menur Surabaya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## 3. Pengalaman masa lalu

Klien mengatakan bahwa di dalam lingkungannya pernah mengalami penolakan oleh teman temannya dikarenakan tidak memiliki uang, dan pasien juga mengalami penolakan dari keluarganya dikarenakan hamil dengan pacarnya yang sampai akhirnya klien diusir dari rumah. Klien mengatakan bahwa klien di PHK dari pekerjaannya di Balikpapan, klien merasa malu dan membutuhkan uang untuk hidupnya.

**Masalah Keperawatan : Harga diri rendah situasioal**

## 4. Riwayat gangguan jiwa keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat gangguan jiwa atau tidak pernah ada anggota keluarga yang dirawat di rumah sakit jiwa.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital :

TD : 120/70 mmHg, N : 84x/menit, S : 36oC, P : 20x/menit

2. Ukur :

TB : 150 cm BB : 63 kg

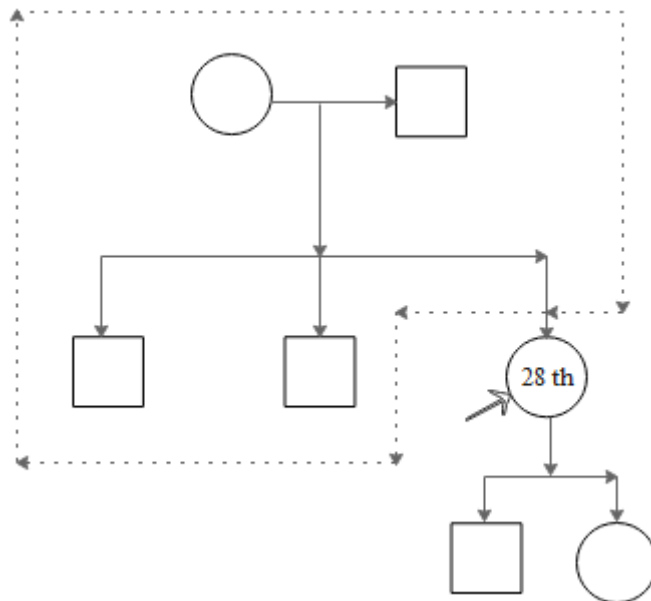
3. Keluhan Fisik :

Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.5 Psikososial

1. Genogram



**Gambar 3.1 Genogram Ny. R dengan Harga Diri Rendah**

Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki laki

↗ : Pasien

..... : Tinggal serumah

Klien mengatakan bahwa masih memiliki ayah dan ibu, dan memiliki 2 kakak laki laki, klien juga memiliki 2 anak laki laki dan perempuan tetapi belum menikah.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## 2. Konsep Diri

- a. Gambaran Diri : Klien merasa tubuhnya tidak berguna
- b. Identitas Diri : Klien seorang wanita usia 28th, anak ke tiga dari 3 bersaudara
- c. Peran Diri : Klien merasa lebih baik sendiri dan diam daripada menyusahkan orang lain
- d. Ideal Diri : Klien merasa tidak berguna
- e. Harga Diri : Klien merasa tidak bermanfaat untuk orang lain.

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

## 3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti : Klien mengatakan bahwa tidak ada orang yang berarti dalam hidupnya.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan kalau dirinya tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok masyarakat.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Klien mengatakan tidak enak jika mengajak ngobrol orang asing karena takut mengganggu.

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik diri**

## 4. Spiritual



- a. Nilai dari keyakinan : Klien mengatakan bahwa dirinya beragama kristen
- b. Kegiatan ibadah : Klien mengatakan biasanya berdoa sesuai agama dan keyakinannya

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### **3.1.6 Status Mental**

#### 1. Penampilan

Saat pengkajian, klien tampak rapi dari ujung rambut ke ujung kaki.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 2. Pembicaraan

Saat pengkajian klien apatis, kontak mata kurang dan jarang mau bicara.

**Masalah Keperawatan : Gangguan interaksi sosial**

#### 3. Aktivitas Motorik

Saat pengkajian, klien tampak tenang, menunduk, kontak mata kurang, dan kooperatif saat di ajak berbicara.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 4. Alam Perasaan

Saat pengkajian, klien sering menunduk dan tampak sedih dan malu karena tidak memiliki uang jika tidak bekerja.

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

#### 5. Afek

Klien tampak tenang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 6. Interaksi selama wawancara

Saat pengkajian klien sering menunduk dan jarang menjawab pertanyaan perawat

**Masalah Keperawatan : Gangguan interaksi sosial**

7. Persepsi - Halusinasi

Tidak terdapat halusinasi pendengaran, penglihatan, pembauan, perabaan dan pengecapan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Proses Pikir

Saat pengkajian, klien terkadang mengulang pembicaraan bahwa ia ingin bekerja, klien menjawab sesuai pertanyaan yang disampaikan dan jawaban pasien lancar.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9. Isi Pikir

Saat pengkajian, klien dalam keadaan tenang, namun klien terobsesi untuk segera bekerja dan saat ditanya konsisten dengan jawabannya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat Kesadaran

Saat pengkajian, klien mampu menjelaskan keadaan yang dialaminya sekarang. Klien dapat menyebutkan waktu dan tempat

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

Saat pengkajian, klien mampu mengingat masa lalunya, baik jangka panjang maupun jangka pendek.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Saat klien ditanya tentang penjumlahan, pengurangan, perkalian dan pembagian, pasien memperhatikan dengan penuh konsentrasi dan pasien dapat menjawab dengan benar.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 13. Kemampuan penilaian

Klien selalu mandi terlebih dahulu sebelum tidur

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 14. Daya tilik diri

Klien sadar saat ini dirawat di rumah sakit jiwa menur

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### **3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang**

#### 1. Makan

Pasien menyukai semua makanan yang disediakan rumah sakit. Pasien makan sebanyak 3x sehari dengan porsi 1 porsi habis. Pasien tidak mempunyai pantangan apapun dan biasanya pasien makannya di meja makan bersama teman-temannya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 2. Defekasi/berkemih : Pasien mampu defekasi/berkemih sendiri ke kamar mandi tanpa dibantu oleh orang lain.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3. Mandi : Pasien biasanya mandi 2x sehari, menyikat gigi 3x sehari, cuci rambut tiap kali mandi, gunting kuku 1x minggu.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Berpakaian : Pasien mampu memilih dan berpakaian sendiri tanpa dibantu oleh orang lain.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Istirahat dan tidur : Saat pasien ditanya mengenai istirahat tidurnya, pasien mengatakan bahwa selama di rumah sakit pasien lebih sering tidur. Biasanya pasien tidur siang pukul 12.30-14.00 (1,5 jam) dan tidur malam 20.00-07.00 (11 jam). Tidak ada kebiasaan apapun yang dilakukan klien sebelum tidur, dan klien juga rajin membersihkan dan merapikan kamar tidurnya setelah ia bangun tidur.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### **3.1.8 Mekanisme Koping**

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

**Masalah Keperawatan : Mekanisme Koping Individu Tidak Efektif.**

### **3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan**

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

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

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Klien mengatakan malu jika bertemu dengan temannya tetapi tidak memiliki pekerjaan dan uang.

3. Masalah dengan pendidikan, spesifik

Klien mengatakan bahwa pendidikan terakhirnya SMK Administrasi.

4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Klien mengatakan mencari pekerjaan ke Surabaya karena di PHK

5. Masalah dengan perumahan, spesifik

Klien diusir dari rumah dan tinggal bersama pacarnya terakhir kali saat di Balikpapan

6. Masalah ekonomi, spesifik

Klien mengatakan membutuhkan uang oleh sebab itu klien bekerja hingga ke Surabaya

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Klien mengatakan dulu pernah dirawat di rumah sakit karena operasi getah bening

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial :Menarik Diri**

### 3.1.10 Pengetahuan

Klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwa yang dialaminya

**Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan**

### 3.1.11 Aspek Medik

Diagnosa medik : F.203 Skizofrenia Tak Terinci

Terapi medik : Risperidone 0,5mg (2x sehari)

Clobazam 5mg 0-0-1 (2x sehari)

### 3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan




1. Harga diri rendah situasional
2. Isolasi sosial
3. Gangguan interaksi sosial
4. Deficit Pengetahuan

## 5. Mekanisme Koping Individu Tidak Efektif.

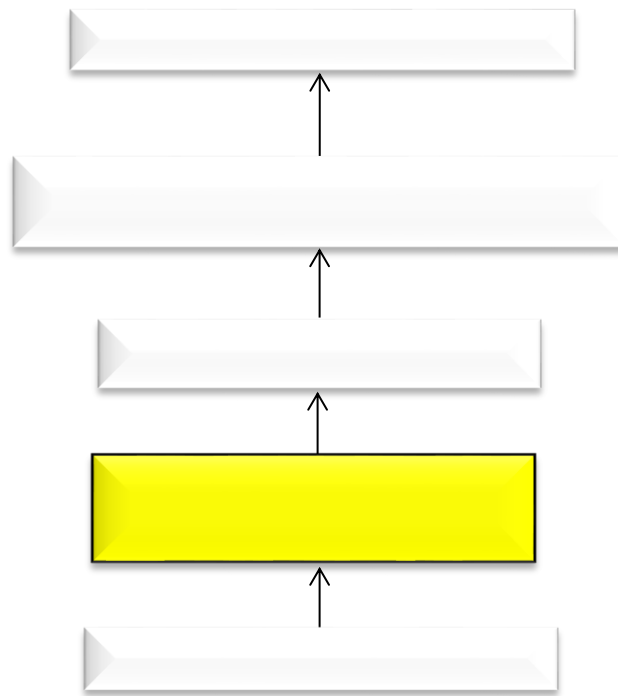
### 3.2 Analisa Data Sintesa

**Tabel 3.2 Analisa Data pada Ny. R dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah**

**Nama : Ny.R      RM : 28-54-xx      Ruangan : Flamboyan**

<b>Tgl</b>	<b>Data</b>	<b>Masalah</b>	<b>Ttd</b>
22/09 2021	<p>Ds : Klien mengatakan merasa tidak diterima oleh keluarganya dan malu karena di PHK</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien menunduk saat diajak bicara</li> <li>- Klien saat dikaji tampak tidak semangat</li> <li>- Kontak mata kurang</li> <li>- Jika ditanya pasien menjawab dengan lambat dan pelan</li> </ul>	<p>Harga Diri Rendah Situasional (<b>SDKI, D.0087</b>) <b>Hal 194</b></p>	
22/09 2021	<p>Ds : Klien mengatakan tidak enak jika mengajak dan segan untuk ngobrol orang asing karena takut mengganggu</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak pernah berbicara dengan temannya</li> <li>- Sering menyendiri di kasur</li> <li>- Kontak mata kurang</li> <li>- Pernah mengalami penolakan oleh teman dan keluarganya</li> </ul>	<p>Isolasi Sosial (<b>SDKI, D.0121</b>) <b>Hal 268</b></p>	
22/09 2021	<p>Ds : Klien mengatakan jarang mengikuti kegiatan di RSJ Menur karena merasa asing dengan yang lain</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mau mengikuti senam jika diajak oleh teman atau disuruh oleh perawat</li> <li>- Sering menyendiri di kasur</li> <li>- Klien tampak enggan melakukan interaksi dengan teman lainnya</li> </ul>	<p>Gangguan Interaksi Sosial (<b>SDKI, D.0118</b>) <b>Hal 262</b></p>	

### 3.2 Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon masalah Harga Diri rendah (Rosida, 2017)



### 3.3 Rencana Keperawatan

**Tabel 3.4 Rencana Keperawatan Ny. R dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah.**

Tgl	Diagnose Keperawatan	Perencanaan		Rasional
		Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	
22 September 2021	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	<p>Secara <i>kognitif</i> diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan nama panjang, nama yang disukai, usia</li> <li>2. Mau mengutarakan masalah yang dihadapi</li> <li>3. Dapat menyebutkan aspek positif yang dimiliki</li> </ol> <p>Secara <i>psikomotor</i> diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mau duduk berdampingan dengan perawat.</li> </ol> <p>Secara <i>afektif</i> diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjukkan ekspresi wajah bersahabat,</li> </ol>	<p>SP1 Bina hubungan saling percaya dengan menerapkan prinsip komunikasi terapeutik Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sapa pasien dengan ramah, baik verbal atau non verbal</li> <li>2. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama pasien</li> <li>3. Melaskan tujuan pertemuan</li> <li>4. Membantu pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang masih dimilikinya</li> <li>5. Mendiskusikan bahwa sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien seperti kegiatan pasien di rumah sakit, di rumah, dalam keluarga dan lingkungan</li> <li>6. Utamakan memberi pujian yang realistis dan tindakan penilaian negatif</li> </ol>	Salam merupakan pembuka untuk memulai sesuatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya


		<p>2. Menunjukkan rasa senang</p> <p>3. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan</p>		
		<p>Secara <i>kognitif</i> diharapkan pasien dapat: menyebutkan</p> <p>1. Dapat menyebutkan Kemampuan yang dimiliki</p> <p>Secara <i>psikomotor</i> diharapkan pasien dapat:</p> <p>1. Mampu berinteraksi dengan temannya</p> <p>2. Menyebutkan apa yang sudah diajarkan sebelumnya</p> <p>Secara <i>afektif</i> diharapkan pasien dapat:</p> <p>1. Merasakan manfaat cara mengatasi rasa malunya</p> <p>2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah pertemuan</p>	<p>SP II</p> <p>Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan</p> <p>1. Diskusikan kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini</p> <p>2. Bantu pasien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien</p> <p>3. Perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif</p>	<p>Memberi kepercayaan pasien untuk berfikir bahwa interaksi bertujuan untuk mengevaluasi kemampuan pasien untuk mengingat</p>
		<p>Secara <i>kognitif</i> diharapkan pasien dapat:</p> <p>1. Pasien mampu menyebutkan kemampuan yang</p>	<p>SP III</p> <p>Membantu pasien memilih/ menetapkan kemampuan yang akan dilatih</p> <p>1. Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat dilakukan dan digunakan selama sekali</p>	<p>Keterbukaan dan pengertian tentang</p>

		<p>masih dapat dilakukan dan di latih</p> <p>Secara <i>psikomotor</i> diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu menetapkan kegiatan man ayang dapat pasien lakukan secara mandiri</li> </ol> <p>Secara <i>afektif</i> diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasakan manfaat cara mengatasi rasa malunya</li> </ol>	<p>2. Diskusikan kemampuan yang dapat dianjurkan penggunaannya</p>	<p>kemampuan yang dimiliki adalah prasarat untuk berubah.</p>
		<p>Secara <i>kognitif</i> diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mau melatih kemampuan yang dipilih</li> </ol> <p>Secara <i>psikomotor</i> diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu melatih kegiatan yang telah dipilih</li> </ol> <p>Secara <i>afektif</i> diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasakan manfaat cara mengatasi rasa malunya</li> </ol>	<p>SP IV</p> <p>Melatih kemampuan yang dipilih pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan yang dipilih <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kegiatan mandiri</li> <li>b. Kegiatan yang membutuhkan bantuan total</li> <li>c. Kegiatan bantuan</li> </ol> </li> <li>2. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi pasien</li> <li>3. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh pasien lakukan</li> <li>4. Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan oleh pasien</li> </ol>	<p>Klien adalah individu yang bertanggungjawab terhadap dirinya sendiri</p> <p>Klien perlu bertindak secara realistis dalam kehidupannya</p>
		<p>Secara <i>kognitif</i> diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mau mencoba kemampuan yang dipilih</li> </ol>	<p>SP V</p> <p>Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan</li> </ol>	<p>Memberikan kesempatan kepada klien mandiri di</p>


		<p>Secara <i>psikomotor</i> diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu mencoba kegiatan yang telah dipilih</li> </ol> <p>Secara <i>afektif</i> diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasakan manfaat cara mengatasi rasa malunya</li> </ol>	<p>yang telah dilatihkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Beri pujian atas keberhasilan pasien</li> <li>3. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pasien pulang</li> </ol>	rumah.
--	--	---	--	--------

### 3.4 Implementasi dan evaluasi

Tabel Implementasi 3.3 pada Ny.R dengan gangguan konsep diri:harga diri rendah


TGL	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
22/09 2021	Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah	<p><b>09.00 WIB</b> SP I (pertemuan pertama)</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik “Selamat pagi mbak. Perkenalkan saya Eka mahasiswa dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Nama mbak siapa? Biasanya senang dipanggil apa?” “Bagaimana perasaan ibu hari ini? Bagaimana dengan tidurnya semalam?” “Baiklah mbak R, bolehkah kita bercakap-cakap sebentar tentang apa yang mbak rasakan”</p> <p>2. Membuat kontrak yang jelas dengan pasien, jelaskan maksud dan tujuan. “Mbak R bagaimana jika kita berbincang bincang selama 15 menit, boleh kah? untuk mendengarkan isi hati mbak dan apa yang mbak rasakan?”</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Pagi nama saya ER biasanya dipanggil R”</li> <li>- “baik, semalam tidurnya nyenyak”</li> <li>- “Boleh”</li> <li>- “saya mau pulang mbak, saya habis di PHK saya sedih kalau saya disini terus gimana saya bisa kerja cari uang”</li> </ul> <p>O :</p> <p><b>Kognitif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu menyebutkan namanya dan suka dipanggil apa</li> <li>- Klien mampu menjawab pertanyaan yang diajukan.</li> </ul> <p><b>Psikomotor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mau berinteraksi dengan perawat</li> </ul>	

		<p>3. Meberikan saran dan masukan positif untuk klien agar tidak terlarut dalam kesedian yang dirasakan dan menjelaskan tujuannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan klien untuk tidak menyendiri dan mencari teman untuk diajak bicara.</li> </ul> <p>“baik mbak R untuk kegiatan kita hari ini apa bisa dimasukkan dalam jadwal harian mbak?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Megajurkam klien untuk mengingat cara bergaul dan mengobrol dengan teman yang lain.</li> </ul> <p>“baik, bagaimana perasan mbak setelah berbincang bincang dengan saya hari ini. besok saya akan memberikan kegiatan berupa menyebutkan lagu yang disukai dan menyanyikan lagu yang biasa disukai, apakah mbak sepakat, baik kalok begitu bagaimana jika kita sepakati besok kita bertemu lagi di sini jam 09.00 setelah kegiat senam pagi, terimakasih atas waktunya, selamat pagi.</p> <p><b>12.00 WIB</b> SP 1 Klien waktunya makan siang berserta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mau berjabatan tangan</li> <li>- Klien mampu berinteraksi dengan teman yang lainnya</li> </ul> <p><i>Afektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mampu mengungkapkan isi hatiya dan apa yang dirasakanya saat ini yaitu klien merasa sedih karena di PHK dari pekerjaannya di kantor administrasi</li> </ul> <p>A : SP 1 teratasi P : Lanjutkan SP 2 dan pertahankan SP 1</p>	
--	--	---	---	--

		<p>yang lain dan memantau perkembangan pertemuan hari ini. Klien mulai berinteraksi dengan temanya</p> <p><b>12.30 WIB</b> Klien istirahat siang 13.00 - Mengukur TTV pasien TD : 127/80 mmHg N : 90x / menit Rr : 20x / menit S : 36°C</p>		
23/09 2021	Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah	<p><b>09.00 WIB</b> SP 2 (pertemuan kedua)</p> <p>2. Mengidentifikasi (menggali kemampuan) aspek positif yang dimiliki “Selamat pagi, boleh saya duduk di sebelah mbak? Bagaimana mbak tidurnya semalam? “Jam berapa tidurnya semalam? Tadi makannya habis? masih ingat dengan saya? dan apa masih ingat apa yang kita sepakati kemarin?”</p> <p>3. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien “Bagaimana apakah sudah mengobrol dengan teman</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Boleh, aku tidur jam 8 malam tidurnya juga nyenyak kok makannya juga habis”</li> <li>- “masih ingat, mbak Eka kan.”</li> <li>- “kemarin aku ngobrol dengan N dia tempat tidurnya di sebelahku”</li> <li>- “Aku suka ariana grande, lagu kesukaanku one last time”</li> <li>- Aku malu menyanyi suaraku jelek.</li> </ul> <p>O : <b>Kognitif</b></p>	

		<p>sebelahnya?”</p> <p>”Bagus sekali mbak, mbak R dapat mengajak ngobrol teman sekamarnya apabila merasa sedih dan jangan lupa dimasukkan kedalam jadwal harian ya mbak</p> <p>“Baik jadwal yang kita sepakati kemarin yaitu menyebutkan menyebutkan lagu yang biasanya suka dinyanyikan.” “Biasanya suka menyanyikan lagu apa?”</p> <p>- “Ariana grande one last time.”</p> <p>“Coba dinyanyikan lagunya.”</p> <p>“Baik jika malu untuk menyanyikannya sekarang, bagaimana jika besok kita bertemu lagi untuk menyanyikan lagu yang disukai mbak R.”</p> <p>“Baik untuk pertemuan kita hari ini selasi, besok kita betemu lagi disini jam 09.00 ya sesudah makan pagi. kegiatan besok mengulang pertemuan kita dari awal sampek hari ini ya? terimakasih atas waktunya”</p> <p><b>12.00 WIB</b> SP 2 Klien waktunya makan siang berserta yang lain dan memantau perkembangan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengingat jadwal hari ini</li> <li>- Klien mampu untuk menyebutkan lagu yang disukainya</li> </ul> <p><b>Psikomotor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu berinteraksi dengan temannya</li> <li>- Klien menyebutkan apa yang sudah diajarkan kemarin</li> <li>- Klien belum bisa menyanyikan lagu yang di sukai</li> </ul> <p><b>Afektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak senyum saat diajak bicara terkadang juga datar</li> </ul> <p>A : SP 2 teratasi P : Lanjutkan SP 3 dan pertahankan SP 1,2</p>	
--	--	---	---	--



		<p>pertemuan hari ini. Klien sedang mengobrol dengan temannya Ny. N</p> <p><b>12.30 WIB</b> Klien istirahat siang</p> <p><b>13.00 WIB</b> - Mengukur TTV pasien TD : 121/79 mmHg N : 90x / menit Rr : 20x / menit S : 36°C</p>		
24/09 2021	Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah	<p><b>09.00 WIB</b> SP 3 (pertemuan ketiga)</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien “Selamat pagi, boleh saya duduk di sebelah mbak? Bagaimana mbak tidunya semalam? “Bagai mana perasaan mbak hari ini? Sebelumnya kita tensi dulu ya ?</p> <p>- Mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg N : 84x / menit Rr : 18x / menit S : 36°C</p> <p>Hasilnya sangat bagus sekali hari ini. Bagaimana masih ingat jadwal yang kita sepakati tempo hari menyanyikan lagu yang disukai.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mau menjawab salam “selamat pagi mbak”</li> <li>- klien dapat menyebutkan kegiatan dan cara mengatasi rasa malu untuk berinteraksi.</li> </ul> <p>O :</p> <p><b>Kognitif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu untuk berinteraksi dengan temannya</li> <li>- Klien mengingat jadwal hari ini</li> <li>- Klien mampu untuk menyebutkan lagu yang</li> </ul>	

		<p>2. Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat dilakukan dan digunakan  “Coba dinyanyikan lagunya.”  “Wah, hebat suara mbak bagus sekali mbak bisa menyanyikan lagu yang mbak suka dengan bahasa inggris yang jelas. Saat merasa sedih atau bosan bisa dilakukan kegiatan menyanyi lagu yang mbak suka agar perasaan sedih dan bosannya bisa berkurang.  “Baik untuk pertemuan kita hari ini selesai  Klien istirahat</p> <p><b>15.00 WIB</b>  Selamat sore mbk R, boleh sy duduk di sini?  Bagai mana perasan mbak saat ini?  Sebelumnya kita tensi dulu ya?  Mengukur tekanan darah pasien  TD : 120/80 mmHg  N : 84x / menit  Rr : 18x / menit  S : 36°C  Bagai mana masih ingat jadwal yang kita sepakati tempo hari? mencoba mengingatkan kembali latihan latihan pertemuan yang pertama sampai saat ini</p>	<p>disukainya</p> <p><b>Psikomotor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sudah dapat mengontrol rasa malu berinteraksi dengan cara bernyanyi dan mengajak temannya untuk ikut bernyanyi</li> </ul> <p><b>Afektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien bisa merasakan manfaat cara mengatasi rasa malu berinteraksi</li> <li>- klien sudah tidak merasa malu lagi untuk berteman dan berinteraksi dengan orang lain</li> </ul> <p>A: SP 3 teratasi  P: Pertahankan evaluasi SP 1,2,3</p>	
--	--	--	--	--

		<ol style="list-style-type: none"><li>1) Mevalidasi masala dan latian sebelumnya</li><li>2) Melatih kembali klien cara bergaul mengobrol dengan teman yang lain.</li><li>3) Membimbing kien untuk membuat jadwal harian seperti menyanyikan lagu yang disukai</li></ol>		
--	--	---	--	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada klien Ny. R dengan Diagnosa *Skhizoprhenia Tak Terinci* di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **3.1 Pengkajian**

Berdasarkan hasil dari studi dokumentasi, didapatkan data pasien bernama Ny. R berusia 28 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama kristen. Pasien masuk ke RSJ Menur pada tanggal 17 September 2021. Klien sebelumnya belum pernah sakit jiwa dan baru pertama dirawat di rumah sakit jiwa Menur dan didalam keluarganya belum ada yang mengalami gangguan jiwa. Klien mengalami penolakan dari keluarganya dikarenakan hamil yang pada akhirnya klien diusir dari rumah dan bekerja sendiri untuk memenuhi kebutuhannya tetapi klien di PHK dari tempat kerjanya di Balikpapan. Klien merasa malu karena tidak punya uang dan memutuskan untuk kerja ke Surabaya, setelah sampai ke Surabaya pasien ditangkap oleh satpol pp dibawa ke dinas sosial, setelah di bawa ke dinas sosial sering menyendiri dan mengurung diri hingga menelantarkan diri selama 6 hari, kemudian di rujuk ke RSJ Menur Surabaya, hal ini bisa menjadi faktor prediposisi klien.

Diagnosis keperawatan ialah identifikasi atau penilaian terhadap pola respons klien baik actual maupun potensial dan merupakan dasar pemilihan intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang bertanggung jawab. Data-

data yang mendukung analisa data menurut (Keliat, 2015) Harga Diri Rendah, Isolasi Sosail, Halusinasi Pendengaran.

Berdasarkan data dari hasil pengkajian muncul masalah keperawatan gangguan konsep diri: harga diri rendah ditandai dengan data subjektif (Ds): Klien mengatakan merasa tidak diterima oleh keluarganya dan malu karena di PHK. Data objektif (Do) : Klien menunduk saat diajak bicara. Diagnosa medis yang muncul pada tinjauan kasus klien adalah *skizofrenia tak terinci* .

Diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus klien adalah harga diri rendah situasional, harga diri rendah kronis, isolasi sosial, gangguan interaksi sosial , deficit pengetahuan, mekanisme koping individu tidak efektif.

Pada strategi perencanaan yang dilakukan pada pasien Ny. R hanya berfokus dengan 1 (satu) diagnosa utama yaitu gangguan konsep diri: harga diri rendah yaitu mengacu pada strategi perencanaan (SP). Pada SP 1 aitu klien mampu membina hubungan saling percaya, membuat kontrak yang jelas dengan klien, jelaskan maksud dan tujuan, meberikan saran dan masukan positif untuk klien agar tidak terlarut dalam kesedihan yang dirasakan. Pada SP 2 klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien, membantu klien menilai kemampuan klien yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien. Pada SP 3 melatih klien sesuai dengan kemampuan yang dipilih, memberikan pujian yang wajar, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada kasus Ny. R tidak dilakukan SP keluarga karena penulis tidak bertemu dengan keluarganya secara langsung.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. R tanggal 22 September 2021 yaitu membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri, menanyakan nama klien, menunjukkan sikap terbuka, memberikan saran dan masukan positif untuk

klien agar tidak terlarut dalam kesedihan, dan membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya. Hari ke 2 tanggal 23 September 2021 Mengidentifikasi (menggali kemampuan) aspek positif yang dimiliki klien, mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, mendiskusikan cara agar klien memiliki kegiatan yang dapat meningkatkan rasa kepercayaan diri dengan menyebutkan dan menyanyikan lagu yang disukai. Hari ke 3 tanggal 24 September 2021 membantu memasukkan jadwal harian klien dengan menyanyikan lagu yang disukai, klien dapat menyanyikan lagu yang disukai dan dapat berinteraksi dengan teman sekamarnya.

Evaluasi keperawatan dari tindakan keperawatan yang dilakukan sejak tanggal 22 September 2021 sampai 24 September 2021 yaitu teratasi sampai SP 3 pasien mampu mengaplikasikan kegiatan yang telah didiskusikan dan mampu memasukkan ke dalam jadwal harian klien.

### **3.2 Pembahasan**

Berdasarkan data dari asuhan keperawatan pada mahasiswa tahun 2021 yang dilakukan di ruang flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya didapatkan bahwa Ny. R memiliki diagnosa medis *skizoarenia* dan masalah keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah. Gejala-gejala lain dari *skizofrenia* antara lain mengabaikan penampilan pada dirinya, cenderung menarik diri dari lingkungan sosial, berkurangnya motivasi diri dan timbulnya rasa tidak nyaman (Rosida, 2017) Dalam hal ini antara hasil dan teori sudah sesuai. Sehingga dapat dikatakan bahwa harga diri rendah yang dialami oleh Ny. R merupakan salah satu tanda ditegakkannya diagnosa medis *skizofrenia*.

Data dari hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. R berusia 28 tahun. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Handayani et al., 2018) umur responden dengan

*skizofrenia* terbanyak berkisar 25-44 tahun yaitu sebesar 55,7%. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Choiri, 2017), mengatakan bahwa pada rentang usia 25-34 tahun sebanyak 24 orang (54,54%), merupakan persentase kejadian *skizofrenia* paling tinggi. Hal ini disebabkan karena pada rentang usia tersebut masuk dalam usia produktif, dimana salah satu penyebab *skizofrenia* ini sendiri adalah stress, stress yang dipicu oleh berbagai urusan dan masalah yang dialami oleh pasien, mulai dari masalah keluarga, rekan kerja, pekerjaan, dan bahkan ekonomi sehingga gangguan kejiwaan mudah terjadi serta cenderung terkena *skizofrenia*.

Data dari hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. R berjenis kelamin perempuan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Handayani et al., 2018) responden jumlah jenis kelamin laki-laki cenderung lebih banyak daripada perempuan dengan persentase 53,2% laki-laki dan 46,8% perempuan. Penelitian ini sesuai dengan penelitian (Wijayanti, 2014) yang menyimpulkan bahwa laki-laki lebih berisiko 2,48% untuk menderita *skizofrenia* dibandingkan perempuan. Untuk menderita *skizofrenia* dibandingkan perempuan. (Wijayanti, 2014) menjelaskan bahwa perempuan lebih sedikit berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki dikarenakan perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan laki-laki.

Pendidikan terakhir yang ditempuh Ny. R adalah SMK. Berdasarkan penelitian (Hastuti & Rohmat, 2018) diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan jumlah terbanyak pada tingkat SD dengan jumlah 8 orang atau 40,0%. Adapun tingkat pendidikan yang rendah akan mempengaruhi pengetahuan pasien tentang *skizofrenia* menjadi rendah pula sehingga akan menjadi hambatan dalam berinteraksi sosial maupun dalam mendapatkan informasi tentang *skizofrenia*. Akibatnya keluarga maupun masyarakat masih memiliki pandangan yang buruk terhadap orang yang menderita *skizofrenia*, sehingga banyak penderita *skizofrenia* telat

untuk dibawa ke pelayanan kesehatan jiwa. Kejadian ini mengakibatkan banyak pasien *skizofrenia* menjadi sukar untuk disembuhkan (Handayani et al., 2018).

Masalah pekerjaan dapat merupakan sumber stres pada diri seseorang yang bila tidak diatasi yang bersangkutan dapat jatuh sakit dan dapat memicu terjadinya *skizofrenia* (Hawari, 2014). Data pengkajian yang didapatkan pada Ny. R yaitu mengalami keluhan bahwa Ny. R merasa sedih di PHK dari pekerjaannya dan malu karena tidak memiliki uang. Hal ini didukung pendapat (Jean, PS., dan Canto, 2005) yaitu ada beberapa faktor psikososial yang mempengaruhi gangguan jiwa *skizofrenia*, yaitu sosial ekonomi rendah dan stres lingkungan. Menurut (Handayani et al., 2018) status ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang. Beberapa ahli tidak mempertimbangkan kemiskinan (status ekonomi rendah) sebagai faktor risiko, tetapi faktor yang menyertai atas timbulnya gangguan kesehatan.

### **3.3 Evaluasi**

Pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung. Pada waktu dilaksanakan evaluasi pada tinjauan pustaka berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon klien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan selama 3 haari pengkajian. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Pada waktu dilaksanakan evaluasi, penulis melakukan SP1 pada tanggal 22 September 2021 dan klien mampu mencapai SP1 dalam waktu satu hari. Pada tanggal 23 September 2021 klien mampu mencapai SP 2 dengan mampu menyebutkan kemampuan positif yang dimilikinya. Pada akhir evaluasi SP 1,2 hari berikutnya pada tanggal 24 September 2021 klien mampu mencapai SP 3 dengan kemampuan diantaranya menyanyikan lagu yang disukai dan



mampu berinteraksi dengan teman sebelah tempat tidurnya. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai dalam melakukan SP 3 karena kerjasama yang baik dari klien selama 3 hari perawatan. Hasil evaluasi pada Ny. R sudah sesuai dengan tujuan yang diharapkan dan masalah tercapai.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan konsep diri : harga diri rendah pada Ny. R dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan jiwa dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah.

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan konsep diri : harga diri rendah pada Ny. R, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian asuhan keperawatan jiwa pada Ny. R, didapatkan data keluhan masuk klien merasa tidak diterima oleh keluarganya dan sedih setelah di PHK. Klien sebelumnya belum pernah sakit jiwa dan baru pertama dirawat di rumah sakit jiwa Menur.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah sebagai masalah utama.
3. Perencanaan pada pasien harga diri rendah mengacu pada tujuan umum, tujuan khusus dan kriteria evaluasi yang telah ditetapkan. Tujuan umum dari perencanaan yaitu meningkatkan rasa percaya diri pasien sehingga mampu mengangkat harga dirinya, sedangkan tujuan khususnya adalah pasien dapat membina hubungan saling percaya, Mengidentifikasi kemampuan dan aspek

positif yang dimiliki klien, klien dapat menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, klien dapat memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan, klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada, klien dapat memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

4. Dalam pelaksanaannya terdapat data yang didapatkan oleh penulis yaitu klien kooperatif dalam melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan yang telah dimiliki. Sehingga dalam waktu 3 hari pasien dapat tercapai SP 1,2,3. Untuk SP keluarga penulis tidak dapat melakukan karena tidak bertemu dengan keluarganya secara langsung.
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai dalam melakukan SP 3 karena kerjasama yang baik dari klien selama 3 hari perawatan. Hasil evaluasi pada Ny. R sudah sesuai dengan tujuan yang diharapkan dan masalah tercapai.

## 5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Akademis, sebagai reverensi bagi institusi khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan konsep diri : harga diri rendah dengan diagnosis medis *Skizofrenia*.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
  - a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit  
Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien jiwa dengan masalah keperawatan harga diri rendah.
  - b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien jiwa dengan masalah keperawatan harga diri rendah.

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien jiwa dengan masalah keperawatan harga diri rendah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Choiri, I. (2017). *Rasionalitas Penggunaan Obat Antidepresan Pada Pasien Skizoafektif Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. Diakses pa. <http://repository.setiabudi.ac.id/1093/2/SKRIPSI IMAM.pdf>
- Depkes RI. (2015). *Schizophrenia*.
- Direja Herman Surya Ade. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*, Yogyakarta. Nuha Medika.
- Elvidiana, H., & Fitriani, D. R. (2019). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Ibu R dengan Harga Diri Rendah dengan Intervensi Inovasi Logoterapi Terhadap Gangguan Harga Diri Rendah di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda*.
- Fillat, M. T. (2018). *Penerapan Aktivitas Terjadwal Pada Pasien Skizofrenia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktifitas*.
- Fitria. (2018). Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Gunarsa, S. D. (2014). *Bunga Rampai Psikologi Perkembangan: dari Anak Sampai Usia Lanjut*. BPK Gunung Mulia.
- Hafifah, A., Puspitasari, I. M., & Sinuraya, R. K. (2018). Review Artikel : Farmakoterapi dan Rehabilitasi Psikososial pada Skizofrenia. *Farmaka*, 16(2), 210–232.
- Handayani, L., Febriani, Rahmadani, A., & Saufi, A. (2018). Faktor Resiko Kejadian Skizofrenia di RSJ GRHASIA DIY. *Journal of Medicinal Chemistry*, 43(25), 4834–4839. <http://journal.uad.ac.id/index.php/HUMANITAS/article/view/6069/3270>
- Hastuti, R. Y., & Rohmat, B. (2018). PENGARUH PELAKSANAAN JADWAL HARIAN PERAWATAN DIRI TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN MERAWAT DIRI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RSJD Dr. RM SOEDJARWADI PROVINSI JAWA TENGAH. *Gaster*, 16(2), 177. <https://doi.org/10.30787/gaster.v16i2.294>
- Hawari. (2014). *Skizofrenia Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko-Sosial-Spiritual Edisi Ketiga*. Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Iyus, Y. (2011). *Keperawatan Jiwa, Edisi 4*. Refika Aditama.
- Iyus Yosep dan Titin. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Refika Aditama.

- Jawa Pos. (2016). *Gampang Gelisah Awal Skizofrenia*.
- Jean, PS., dan Canto, E. (2005). Social Defeat: Risk Factor Of Schizophrenia. *British Journal Of Psychiatry*, 187, :101-102.
- Keliat. (2015). Kepatuhan Dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkatkan Setelah Diberikan Acceptance And Commitment Therapy Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(3), 157–166. <http://jki.ui.ac.id/Index.Php/Jki/Article/View/419>
- Maslim, R. (2013). Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan SDM-V. *Cetakan 2 – Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya*, 2.
- Maulana, I., S, S., Sriati, A., Sutini, T., Widiyanti, E., Rafiah, I., Hidayati, N. O., Hernawati, T., Yosep, I., H, H., Amira D.A, I., & Senjaya, S. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Media Karya Kesehatan*, 2(2), 218–225. <https://doi.org/10.24198/mkk.v2i2.22175>
- Pardede, J. A., Hafizuddin, H., & Sirait, A. (2021). Coping Strategies Related to Self-Esteem on PLWHA in Medan Plus Foundation. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(2), 255-262.
- Rosida. (2017). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Dengan Perubahan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Kronik di Wilayah Puskesmas Gombang II. Tanggal 04*.
- Samosir, E. F. (2020). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada An . A Dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Di Lingk . XVI Lorong Jaya*. 1–41.
- Sarfika, N. R., Maisa, E. A., & W. F. (2018). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan*. In. *Buku Ajar Keperawatan 2*.
- Suryani, U., & Efendi, Z. (2020). Dukungan Keluarga Berhubungan dengan Harga Diri pada Penderita Tuberkulosis Paru. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 53.
- Wijayanti, A. (2014). Hubungan Onset Usia dengan Kualitas Hidup Penderita Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta. *Mutiara Medika*, 14(1), 39–45. <http://journal.umy.ac.id/index.php/mm/article/view/2469/2449>
- Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., & Akhmad, A. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gangguan Jiwa. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 12(2), 224–235.
- Yusuf, A. D. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.
- Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*,

5(5), 160–166.

## Lampiran 1

### MOTTO DAN PERSEMBAHAN

#### MOTTO

Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.

#### QS Al-Insyirah ayat 5-6

Karya Ilmiah Akhir ini dipersembahkan :

1. Alhamdulillah segala puji syukur yang tidak henti-hentinya saya panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Ibu Karsiyam dan Ayah Samiaji selaku orang tua yang telah memberikan motivasi dukungan moril dan materil serta semangat dan doa yang tidak pernah berhenti untuk peneliti.
3. Terimakasih Prisca Febri, Mey Retta dan Nava Meisyah sahabat saya yang sudah memberikan banyak hiburan dan dorongan motivasi agar dapat segera menyelesaikan KIA.
4. Teman – teman angkatan 23 yang dari awal sampai akhir perkuliahan tetap saling membantu. semoga tetap kompak dan bisa meraih keberhasilan sampai ke jenjang yang lebih tinggi.
5. Untuk Firman Ardiansyah selaku teman hidup saya terimakasih telah memberikan banyak support dan doa baiknya.
6. Idealnya perhatian yang telah diberikan kepada ilmuwan akan mendapatkan penghargaan dari Allah Yang Maha Pengasih. Ilmuwan percaya bahwa proposisi ini berharga bagi kita semua. Aamiin Ya Rabbal Alamin.



## Lampiran 2

### **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 1 PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH**

Masalah keperawatan : Gangguan konsep diri (HDR)

Pertemuan : ke 1

Hari, tanggal : Rabu, 22 September 2022

SP 1 : Tindakan keperawatan Bina Hubungan Saling Percaya

#### A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien : klien selalu terlihat menyendiri dan tidak mau bergaul
2. Diagnosa keperawatan : Gangguan konsep diri (HDR)
3. Tujuan khusus : klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
4. Tindakan keperawatan :
  - 1) Sapa klien dengan nama baik verbal maupun non verbal
  - 2) Perkenalkan diri dengan sopan
  - 3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien
  - 4) Jelaskan tujuan pertemuan
  - 5) Jujur dan menepati janji
  - 6) Tunjukkan sikap empati dan menerima
  - 7) Berikan perhatian kepada klien

#### B. Strategi komunikasi dalam pelaksanaan Tindakan keperawatan orientasi

1. Salam terapeutik

“Selamat pagi mbak. Perkenalkan saya perawat Eka. Nama mbak siapa? Senang dipanggil apa?” (berjabat tangan)

## 2. Evaluasi

“Bagaimana perasaan mbak hari ini? Tadi makannya habis? Apa semalam tidurnya nyenyak?”

## 3. Kontrak

Topik : “Baiklah mbak, disini kita akan berbincang bincang untuk saling mengenal.”

Waktu : “Mbak mau ngobrol berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?”

Tempat : “Kita akan ngobrol di mana mbak? Bagaimana jika ngobrol di sini.”

## 4. Kerja : (Langkah-langkah tindakan keperawatan)

- 1) “Baiklah, tadi mbak sudah menyebutkan nama lengkap mbak, lalu berapa umur mbak sekarang?”
- 2) “Asal mbak dari mana?”
- 3) “Sudah berapa lama dirawat di sini?”
- 4) “Mbak ada berapa bersaudara?”
- 5) “Siapa saja yang tinggal di rumah?”
- 6) “Kenapa kok bisa dibawa ke sini?”
- 7) “Siapa yang membawa ke sini?”
- 8) “Selama di sini hal apa saja yang sudah mbak lakukan?”
- 9) “Bagaiman perasaan mbak saat melakukan kegiatan tersebut?”
- 10) “Boleh saya tau sebelum disini pekerjaannya apa?”
- 11) “Bisa diceritakan pekerjaannya?”

## 5. Terminasi

- 1) Evaluasi klien subyektif : “Tadi mbak sudah bagus sekali mau mendengarkan saya dan menjawab dengan baik. Bagaimana perasaan mbak setelah kita ngobrol tadi?”

Evaluasi perawat : klien mau menjawab pertanyaan perawat dan sesekali melihat perawat

- 2) Tindak lanjut

“Nah mbak sudah 15 menit kita ngobrol, tidak terasa yah. Baik pembicaraan kita cukupkan dulu sampai disini ya. Sekarang mbak istirahat dulu. Nanti kalua ada yang mau diceritakan atau ditanyakan kepada saya, mbak bisa sampaikan saat bertemu lagi dengan saya.”

- 3) Kontrak yang akan datang

Topik : “Baik mbak, bagaimana kalua besok kita bertemu lagi membicarakan tentang keluarga, kemampuan, serta kelebihan dan kekurangan yang dimiliki?”

Waktu : “Saya besok dinas pagi, bagaimana jika besok pagi lagi seperti jam hari ini setelah senam pagi kita ngobrol lagi?”

Tempat : “Mbak mau ngobrolnya di mana? Bagaimana kalua di sini lagi?”

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 2 PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH**

Masalah keperawatan : Gangguan konsep diri (HDR)

Pertemuan : ke 2

Hari, tanggal : Kamis, 23 September 2022

SP II : Klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki

### A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien : klien tampak duduk sendiri di meja makan, klien sedang menunduk
2. Diagnose keperawatan : Gangguan konsep diri (HDR)
3. Tujuan khusus : klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki
4. Tindakan keperawatan :
  - 1) Diskusikan kemampuan dan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien
  - 2) Bersama klien buat daftar tentang aspek positif dan kemampuan yang dimiliki
  - 3) Berikan pujian yang realistis dan tindakan memberi penilaian yang negatif

### B. Strategi komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan orientasi

1. Salam terapeutik  
“Selamat pagi mbak. Masih ingat dengan saya?”
2. Evaluasi

“Bagaimana perasaan mbak saat ini?”

### 3. Kontrak

Topik : “Kemarin, kita sudah janji bahwa pagi ini kita akan berbicara tentang keluarga serta kemampuan dan kegiatan yang pernah mbak lakukan. Apakah mbak bersedia?”

Waktu : “Mau berapa lama bercakap cakupnya? Bagaimana jika 15 menit?”

Tempat : “Mbak mau berbincang-bincang dimana? Baiklah, kita akan berbincang di sini.”

### 4. Kerja

- 1) “Mbak, sekarang kita akan berbicara tentang keluarga mbak ya. Apakah mbak bisa menyebutkan anggota keluarga mbak?”
- 2) “Nah, sekarang kita akan membicarakan tentang kemampuan yang mbak memiliki. Kalau boleh tau, apa saja kemampuan yang mbak miliki?”
- 3) “Biasanya saat berada di rumah kegiatannya apa saja yang mbak lakukan?  
“Bagaimana dengan merapikan tempat tidur? Menyapu? Mencuci baju?”

### 5. Terminasi

- 1) Evaluasi klien subyektif : “Bagaimana perasaan mbak setelah kita mengobrol tadi?”

Evaluasi perawat : Klien masih belum bisa menjawab semua pertanyaan perawat dan belum bisa membuat daftar tentang aspek positif

- 2) Tindak lanjut

“Sekarang mbak bisa istirahat, kalau nanti ada yang mau diceritakan atau ditanyakan, mbak bisa sampaikan saat bertemu lagi dengan saya.”

- 3) Kontrak yang akan datang

Topik : “Bagaimana kalua besok kita bertemu lagi untuk membicarakan kegiatan mana yang mbak lakukan dann membuat jadwal kegiatan harian yang ingin mbak lakukan sesuai kemampuan yang mbak miliki?”

Waktu : “Bagaimana kalua kita bertemu besok pagi lagi seperti hari ini? Bagaimana jika 15 menit?”

Tempat : “Mbak mau ngobrol di mana? Bagaimana jika di sini lagi?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 3  
PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH**

Masalah keperawatan : Gangguan konsep diri (HDR)

Pertemuan : ke 3

Hari, tanggal : Jumat, 24 September 2021

SP III : Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki dan dapat menetapkan jadwal kegiatan harian sesuai kemampuan yang dimiliki

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien : klien tenang, duduk Bersama teman yang lain di ruang makan sambil sesekali melihat orang yang sedang berbicara disampingnya
2. Diagnosa keperawatan : Gangguan konsep diri (HDR)
3. Tujuan khusus : klien dapat menilai kemampuan yang dapat dimiliki dan dapat menetapkan jadwal kegiatan harian sesuai kemampuan yang dimiliki
4. Tindakan keperawatan :
  - 1) Diskusikan kemampuan yang dapat digunakan selama sakit
  - 2) Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan di rumah
  - 3) Meminta klien untuk memilih satu kegiatan yang mau dilakukan di rumah sakit
  - 4) Bantu klien melakukannya jika perlu beri contoh
  - 5) Beri pujian atas keberhasilan klien
  - 6) Diskusikan jadwal kegiatan harian atas kegiatan yang telah dilatih

B. Strategi komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan orientasi

1. Salam terapeutik

“Selamat pagi, mbak. Masih ingat dengan saya?”

## 2. Evaluasi

“Bagaimana perasaan mbak saat ini?”

## 3. Kontrak

Topik : “Kemarin kita berjanji pagi ini akan membicarakan kegiatan yang masih bisa mbak lakukan di rumah sakit. Apakah mbak bersedia?”

Waktu : “Mau berapa lama bercakap cakupnya? Bagaimana jika 15 menit?”

Tempat : “Mbak mau berbincang-bincang di mana? Bagaimana jika di sini?”

## 4. Kerja

- 1) “Pada pertemuan sebelumnya, kita telah membahas tentang kegiatan/kemampuan yang mbak kerjakan atau miliki. Mbak bisa menyapu, namun terkadang mbak tidak mau menyapu, namun mbak harus terus berlatih agar rutin menyapu.”
- 2) Nah, selain menyapu apakah ada kegiatan/kemampuan lain yang masih dapat dikerjakan di rumah sakit?”
- 3) “Bagus sekali mbak, apakah setiap pagi mbak membersihkan tempat tidur?”
- 4) “Mbak seharusnya setiap pagi harus mau menyapu, merapikan tempat tidur dan mencuci piring setelah makan. Apakah mbak mau?”
- 5) “Selain itu apakah mbak suka ngobrol dengan teman atau perawat disini?”
- 6) “Mbak tidak usah malu dan malas untuk berbicara ataupun tidak enak, kalau mbak suka mengobrol pasti mbak punya banyak teman.”
- 7) “Apakah mbak senang punya banyak teman?”
- 8) “Bagus sekali kalau mbak mau mencoba.”

## 5. Terminasi



1) Evaluasi klien subyektif : “Bagaimana perasaan mbak setelah kita mengobrol tadi?”

2) Evaluasi perawat : Klien mau menjawab perawat Ketika bertanya dan kontak mata mulai bagus. Klien juga mau berbicara dengan perawat serta temannya namun masih bicara sedikit.

3) Tindak lanjut

“Sekarang mbak bisa istirahat kalau ada yang mau diceritakan atau ditanyakan, mbak bisa sampaikan saat bertemu lagi dengan saya.”

4) Kontrak yang akan datang

Topik : “Bagaimana kalau pada pertemuan berikutnya kita Kembali membicarakan mengenai kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuan yang dimiliki?”

Waktu : “Bagaimana jika kita akan mengobrol lagi dilakukan pada pagi hari setelah senam?”

Tempat : “Untuk pertemuan berikutnya, mbak mau mengobrol di mana? Apakah disini lagi?”

### Lampiran 3

## ANALISA PROSES INTERAKSI PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH

Waktu : 09.00 -09.15 WIB (15 menit)

Tempat : Ruang Flamboyan RSJ Menur

Inisial klien : 1 (Fase Perkenalan)

Lingkungan : Meja makan, berhadapan dengan klien suasana tenang

Deskripsi pasien : Penampilan cukup rapi, pasien menunduk, memiliki tato di tangan kanan

Tujuan : Klien dapat mengenal perawat dan mengungkapkan secara terbuka permasalahannya

<b>Komunikasi Verbal</b>	<b>Komunikasi Non Verbal</b>	<b>Analisa Berpusat pada Perawat</b>	<b>Analisa Berpusat pada Klien</b>	<b>Rasional</b>
P : Selamat pagi mbak, boleh saya duduk di sebelah mbak?	P : Menerima klien dan tersenyum	P : Ingin membuka percakapan dengan klien dengan sapaan sederhana dan	K : Masih ragu terhadap orang baru yang masuk ke lingkungannya	Salam merupakan kalimat pembuka untuk percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya

K : Pagi, iya.	K : Ekspresi datar	bisa diterima oleh K P : Merasa senang ada tanggapan atas salam walaupun belum diekspresikan secara tulus	K : Ragu terhadap orang baru	
P : Wah, suasana pagi ini sejuk sekali ya mbak. K : Diam	P : Memandang ke sekitar sambil melirik K. K : Ikut melihat ke sekitar dan menunduk lagi.	P : Ingin memulai percakapan dengan topik ringan sebelum masuk ke kondisi K.	K : Memberikan respon sepiintas dan menunjukkan perhatian cukup terhadap P.	Topik ringan akan memudahkan interaksi lebih lanjut.
P : Oh ya, perkenalkan saya Eka. Saya mahasiswa profesi dari stikes Hang Tuah yang disini akan merawat mbak. K : (Diam)	P : Memandang K sambil mengulurkan tangan ke K.  K : Menerima uluran tangan P sambil menunduk.	P merasa bahwa K harus diberikan penjelasan tentang kedatangan P	K masih memberikan tanggapan secara ragu-ragu	Memperkenalkan diri dengan menciptakan rasa percaya klien terhadap perawat
P : Nama mbak siapa?  K : Eunike	P : Masih menjabat tangan klien dan mendekati diri ke klien K : Menyebut nama	P ingin tahu nama pasien P merasa pasien enggan berkenalan	K merasa perkenalan hanya formalitas biasa	Mengenal nama pasien akan memudahkan interaksi

	dan menunduk			
P : Mbak senangnya diapnggil apa?  K : Rahel	P : Memandang K  K : Menoleh ke sekitar dan melihat ke arah P	P ingin menjalin kedekatan dengan K P senang walaupun jawaban dari K singkat	K mencoba mengingat nama yang sukainya K mulai tertarik dengan perkenalan dengan P	Nama panggilan merupakan nama akrab klien sehingga menciptakan rasa senang akan adanya pengakuan atas namanya
P : Asalnya mbak dari mana? K : Dari Balikpapan	P : Memandang K K : Menunduk dan menoleh ke P dan tersenyum lalu menunduk lagi	P : Masih berusaha membangun keakraban dengan topik sederhana P senang karena K memberikan respon	K : Berfikir dan mengingat senang dipanggil apa dan asalnya dari mana	Topik sederhana membantu menjalin kedekatan dengan klien
P : Wah jauh juga ya. Mbak Rahel sudah berapa lama di sini? K : Baru aku di sini	P : Memandang K sambil tersenyum K : Bicara dengan menunduk	P mulai mengkaji data umum K P khawatir kalau pertanyaan membuat K tersinggung	K berfikir dan berusaha mengingat keadaan yang telah lama dijalaninya	Lama rawat menentukan apakah klien kronis atau akut
P : Sejak kapan mbak di sini ? K : Baru 2 minggu aku di sini.	P : Menunjukkan perhatian K : Menunduk sambil memandang kakinya sambil memegang rambutnya	P berharap dapat memperoleh data lama rawat secara lebih pasti sambil mengkaji daya ingat pasien P senang karena mendapat respon dari K	K menjawab dengan sekadarnya	Daya ingat pasien dapat dikaji dengan menanyakan data data pasien yang sederhana
P : Sekarang mbak Rahel umurnya berapa?	P : Mendekatkan diri ke K	P mengkaji daya ingat K P merasa arah	K berusaha mengingat ingat K menjawab dengan	Umur mempengaruhi daya ingat pasien

K : Em.. 28 tahun	K : Menoleh ke arah sekitar dan terdiam beberapa lama	pertanyaan sudah dapat dijawab jelas oleh K	daya ingat yang dimilikinya	
P : Mbak Rahel ingat nggak kenapa dirawat di sini? K : Ga tau aku, aku kesini mau cari kerja	P : Menunjukkan keseriusan  K : Menunduk dan menoleh ke arah P dan memegang rambutnya	P berhati hati karena pertanyaan tersebut sangat spesifik dan takut menyinggung P lega karena K tidak tersinggung	K mengingat ingat  K menjawab ragu ragu	Keluhan utama merupakan dasar pasien dirawat di RS Jiwa
P : Mbak Rahel pernah mengamuk? K : Nggak, aku ga pernah marah marah	P : Bertanya perlahan  K : Menoleh ke sekitar lalu menunduk lagi	P mengkaji lebih jauh alas an pasien dirawat	K mengingat ingat	Halusinasi dapat terjadi kapan saja karena adanya stimulus tertentu
P : Mbak Rahel kegiatan mbak sehari hari ngapain? K : Mandi, makan, tidur, ya gitu gitu aja	P : Menepuh bahu K  K : Menoleh P dan sedikit tersenyum tipis K : Memegang rambut dan sesekali melihat P	P mencoba menggali data lebih dalam P maerasa senang karena K bisa tersenyum sesekali	K mengingat ingat K Bingung tentang yang dilakukannya sehari hari	Teknik eksplorasi berguna untuk mendapatkan lebih banyak data terkait masalah klien
P : Kalau di rumah biasanya ngapain aja mbak Rahel?	P : Memandang K sambil tersenyum	P berusaha mengkaji aktivitas K di rumah	K mengingat aktivitasnya di rumah	Aktivitas di rumah merupakan data pantas tidaknya pasien dilibatkan dalam

<p>K : Yah, biasanya aku kerja kalau di rumah, kalau di sini aku ga bisa kerja cari uang</p>	<p>K : Menoleh P lalu melihat ke arah lain</p>			keluarga
<p>P : Mbak Rahel, kita tadi sudah berkenalan masih ingat tidak dengan nama saya? K : Eka</p>	<p>P : Memandang K  K : Menoleh memandang P dan tersenyum</p>	<p>P ingin mengakhiri fase 1 karena sudah cukup banyak data yang dikaji P senang karena K ingat nama P</p>	<p>K memperhatikan P dan ingat nama P</p>	<p>Evaluasi fase 1 berhasil jika K dapat mengingat nama P sehingga nantinya terjalin kepercayaan</p>
<p>P : Nah, saya senang sekali bisa ngobrol dengan mbak Rahel, bagaimana jika besok kita ngobrol lagi seperti hari ini setelah senam pagi disini lagi? K : Boleh</p>	<p>P : Menepuk bahu K  K : Menoleh dan tersenyum</p>	<p>P memberikan reinforcement pada K P senang karena K mau menentukan kontrak berikutnya</p>	<p>K senang diberikan reinforcement K ikut menentukan kontrak</p>	<p>Kontrak berikutnya harus ditentukan dan harus mendapatkan persetujuan klien agar klien dapat ingat terhadap kontrak</p>
<p>P : Nah, kalau mbak Rahel setuju nanti kita ngobrol tentang kegiatan yang</p>	<p>P : Menepuk bahu K dan tersenyum</p>	<p>P menentukan topik dari aktivitas pada kontrak berikutnya P senang karena K setuju dengan kegiatan</p>	<p>K memikirkan tentang kegiatan yang ditawarkan K setuju tentang kegiatan yang akan dilaksanakan</p>	<p>Kegiatan yang akan dilaksanakan harus mendapat persetujuan K sehingga bila K keluar dari kegiatan</p>

<p>biasanya mbak Rahel lakukan. K : Iya</p>	<p>K : Menganggukan kepala dan tersenyum</p>	<p>yang akan dilaksanakan</p>		<p>bisa diingatkan tentang batasan kegiatan sesuai kontrak</p>
<p>P : Terimakasih atas kesediaan mbak Rahel mengobrol dengan saya, selamat pagi K : Iya mbak, pado</p>	<p>P : Menepuk bahu K dan mengulurkan jabat tangan  K : Menoleh dan menjabat tangan P</p>	<p>P menutup fase 1 P senang karena mau berinteraksi dengan P</p>	<p>K menunjukkan rasa percaya pada P K menyambut salam P</p>	<p>Salam penutup akhir fase yang harus dilakukan untuk mencegah tidak percaya pada K</p>