

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny. U MASALAH UTAMA
GANGGUAN KONSEP DIRI: HARGA DIRI RENDAH
DENGAN DIAGNOSA MEDIS UNDIFFERENTIATED
SCHIZOPHRENIA DI RUANG FLAMBOYAN
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
SURABAYA**



Oleh :
RAMDHONIA RAHMAWATI S.Kep.
NIM. 2130079

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

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny. U MASALAH UTAMA
GANGGUAN KONSEP DIRI: HARGA DIRI RENDAH
DENGAN DIAGNOSA MEDIS UNDIFFERENTIATED
SCHIZOPHRENIA DI RUANG FLAMBOYAN
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar
Ners (Ns)**



Oleh :
RAMDHONIA RAHMAWATI S.Kep.
NIM. 2130079

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

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 4 Juli 2022
Penulis



Ramdhonia Rahmawati
NIM. 2130079

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing penulis:

Nama : Ramdhonia Rahmawati

NIM : 2130079

Progam Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. U Dengan Diagnosa Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Diagnosa Medis Undifferentiated 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 sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

Ners (Ns.)

Surabaya, 4 Juli 2021
Pembimbing

Surabaya, 4 Juli 2021
Pembimbing

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

Tri Darmi Herawati, S.Kep.,Ns.,M. Kes
NIP.

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 4 Juli 2022

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Ramdhonia Rahmawati

NIM : 2130079

Progam Studi : Profesi Ners

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

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya tulis ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns.)” pada progam studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dya Sustrami,S.Kep.,Ns., M.Kes _____
NIP. 03007

Penguji II : Dr. A.V. Sri Suhardiningsih,S.Kp., M.Kes _____
NIP. 04014

Penguji III : Tri Darmi Herawati,S.Kep., Ns.,M.Kes _____
NIP.

**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka. Prodi Pendidikan Profesi Ners**

Dr. Hidayatus Sya'diyah,S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 4 Juli 2022

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. U Dengan Diagnosa Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah 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 Surabaya telah memberi ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir ini dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya
2. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., 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. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kp.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi Profesi Ners yang telah memberi kesempatan kami dalam menjalankan program studi profesi dengan baik
5. Dya Sustrami,S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan dan penguji 1 telah memberikan masukan agar karya ilmiah akhir saya menjadi lebih baik.
6. Tri Darmi Herawati,S.Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku pembimbing dan penguji 3 telah memberikan masukan agar karya ilmiah akhir saya menjadi lebih baik.
7. 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.
8. Keluarga saya yang telah memberikan dukungan, baik material maupun spiritual, do'a serta cinta yang tiada henti yang selalu menyertai penulis dalam setiap langkah hidupnya.
9. Kepada responden yang telah bersedia memberikan data yang diperlukan oleh penulis dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

Surabaya, 4 Juli 2022



Ramdhonia Rahmawati
NIM. 2030079

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	5
1.5 Metode Penelitian.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Skizofrenia	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Etiologi	10
2.1.3 Macam-macam Skizofrenia	12
2.1.4 Gejala Skizofrenia	14
2.2 Konsep Harga Diri Rendah.....	15
2.2.1 Definisi	15
2.2.2 Etiologi	16
2.2.3 Tanda dan Gejala.....	18
2.2.4 Rentang Respon.....	19
2.2.5 Mekanisme Koping	20
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	21
2.3.1 Pengkajian.....	21
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	25
2.3.3 Perencanaan	25
2.3.4 Tindakan Keperawatan	25
2.3.5 Evaluasi.....	28
2.4 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik	28
2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik	28
2.4.2 Prinsip-prinsip Komunikasi Terapeutik.....	29
2.4.3 Tahapan Dalam Komunikasi Terapeutik	30
2.5 Konsep Stres dan Adaptasi	34
2.5.1 Definisi	34
2.5.2 Sumber Stres	34
2.6 Analisis Literature Review	35

2.7	Fisiologi Harga Diri Rendah.....	40
2.7.1	Patofisiologi	40
2.7.2	Pathway.....	41
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		42
3.1	Pengkajian.....	42
3.1.1	Identitas Klien	42
3.1.2	Alasan Masuk.....	42
3.1.3	Faktor Predisposisi	43
3.1.4	Pemeriksaan Fisik.....	43
3.1.5	Psikososial.....	44
3.1.6	Status Mental.....	46
3.1.7	Kebutuhan Pulang	48
3.1.8	Mekanisme Koping	51
3.1.9	Masalah Psikologis dan Lingkungan.....	51
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang	52
3.1.11	Data Penunjang	52
3.1.12	Aspek Medis	52
3.1.13	Daftar Masalah Keperawatan.....	52
3.1.14	Diagnosa Keperawatan	53
3.2	Analisa Data.....	54
3.2.1	Pohon Masalah	55
3.3	Rencana Keperawatan	56
3.4	Tindakan Keperawatan	60
BAB 4 PEMBAHASAN		63
4.1	Pengkajian.....	63
4.2	Diagnosa	64
4.3	Perencanaan	65
4.4	Tindakan Keperawatan	66
4.5	Evaluasi.....	68
BAB 5 PENUTUP		69
5.1	Simpulan	69
5.2	Saran	71
DAFTAR PUSTAKA.....		72
LAMPIRAN		74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respon Konsep Diri	19
Gambar 3. 1 Genogram Keluarga Ny.U	44
Gambar 3. 2 Pohon Masalah Ny. U	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	74
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	75
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) Hari ke - 1 ..	76
Lampiran 4 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) Hari ke - 2 ..	80
Lampiran 5 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) Hari ke - 3 ..	84
Lampiran 6 Analisa Proses Interaksi (API) Hari Ke - 1	88
Lampiran 7 Analisa Proses Interaksi (API) Hari Ke - 2	91
Lampiran 8 Analisa Proses Interaksi (API) Hari Ke - 3	94

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap perubahan situasi kehidupan baik positif maupun negatif dapat mempengaruhi keseimbangan fisik, mental, dan psikososial seperti konflik yang dialami sehingga berdampak sangat besar terhadap kesehatan jiwa seseorang yang berarti akan meningkatkan jumlah pasien gangguan jiwa (Keliat, 2011). Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dan bertingkah laku. Hal ini terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan (Muhith, 2015). Seseorang dengan gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan bio-psikososial. Penderita gangguan jiwa didunia di perkirakan akan semakin meningkat seiring dengan dinamisnya kehidupan masyarakat. Masalah ini merupakan masalah yang sangat serius. WHO (2015) Gangguan jiwa merupakan permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh gangguan biologis, sosial, psikologis, genetik fisik atau kimiawi dengan jumlah penderita yang terus meningkat dari tahun ke tahun. Prevalensi gangguan jiwa didunia pada tahun 2014 diperkirakan gangguan jiwa mencapai 516 juta jiwa.

Fenomena gangguan jiwa pada saat ini mengalami peningkatan yang sangat signifikan, dan setiap tahun di berbagai belahan dunia jumlah penderita gangguan jiwa bertambah. Berdasarkan data (WHO) sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa, sebagian besar mengalami skizofrenia. Di Indonesia sebanyak 84,9% pengidap skizofrenia di Indonesia telah berobat. Data dari 33 Rumah sakit jiwa yang ada di seluruh Indonesia menyebutkan hingga kini jumlah penderita gangguan jiwa berat mencapai 2,5 juta orang (Risksedas, 2018). Di

Sumatera Utara sendiri penderita skizofrenia menduduki peringkat ke 21 dengan nilai prevalensi 6,3%, setelah Provinsi Timur (Kemenkes, 2019). Menurut WHO gangguan jiwa ditemukan sebanyak 450 juta orang di dunia terdiri dari 150 juta depresi, 90 juta gangguan penggunaan zat dan alkohol 38 juta epilepsi, 25 juta skizofrenia, serta hampir 1 juta melakukan bunuh diri di setiap tahun, dan hampir $\frac{3}{4}$ beban global penyakit neuropsikiatrik didapati berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah.

Berdasarkan data di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Tahun 2020 bahwa dari 9.994 pasien rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang menderita gangguan jiwa skizofrenia. Dari 1.299 pasien rawat inap yang menderita gangguan jiwa skizofrenia sebesar 60% laki-laki dan 40% perempuan. Pasien yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia jenis Undifferentiated schizophrenia menduduki pasien tertinggi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya sebanyak 1481 pasien laki-laki dan 684 pasien perempuan.

Gangguan jiwa yang menjadi masalah utama di negara-negara berkembang adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu. Skizofrenia terbentuk secara bertahap dan klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres dalam otaknya dalam kurun waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi skizofrenia akut. Periode skizofrenia akut adalah gangguan yang singkat dan kuat, yang meliputi penyesatan pikiran (delusi), dan kegagalan berpikir, dan harga diri rendah (Yosep, 2011).

Harga diri rendah adalah suatu perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilangnya kepercayaan diri, gagal mencapai tujuan yang diekspresikan secara

langsung maupun tidak langsung. Harga diri rendah merupakan semua pikiran, keyakinan, dan kepercayaan tentang dirinya dan mempengaruhi orang lain. Harga diri tidak terbentuk dari lahir, tetapi dipelajari dari pengalaman unik seseorang dalam dirinya sendiri, dengan orang terdekat, dan dengan lingkungan (Stuart, 2018). Menurut (Keliat, 2011) tanda dan gejala harga diri rendah yaitu mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis, penurunan produktifitas, penolakan terhadap kemampuan diri. Selain tanda dan gejala diatas, dapat juga mengamati penampilan seorang dengan harga diri rendah yang tampak kurang memperhatikan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan menurun, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk dan bicara lambat dengan nada suara rendah. Pasien dengan harga diri rendah beresiko muncul masalah gangguan jiwa lain apabila tidak segera diberikan terapi dengan benar, karena pasien dengan harga diri rendah cenderung mengurung diri dan menyendiri, kebiasaan itulah yang memicu munculnya masalah isolasi sosial. Isolasi sosial menyebabkan pasien tidak dapat memusatkan perhatian yang menyebabkan suara atau bisikan muncul sehingga menimbulkan masalah halusinasi, masalah lain yang kemudian terjadi adalah resiko perilaku kekerasan, rasa tidak terima tentang suatu hal karena merasa direndahkan seseorang maupun suara bisikan yang menghasut untuk melakukan tindakan merusak lingkungan dan menciderai orang lain (Direja, 2011).

Berdasarkan latar belakang diatas, tugas perawat dalam bidang keperawatan jiwa adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung baik sebagai pendidik maupun koordinator. 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

Bagaimana asuhan keperawatan jiwa pada Ny. U dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa masalah pada Ny. U dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian dengan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. U dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang didapat melalui penyempurnaan analisa data sintesa pada asuhan keperawatan jiwa pada Ny. U dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. U dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. U dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
5. Mengevaluasi tindakan yang sudah dilaksanakan dengan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. U dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. U dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat:

1. Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa pada Ny. U dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:
 - a. Bagi Penulis

Hasil penulisan dapat menjadi salah satu bahan bagi peneliti selanjutnya akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa pada

Ny. U dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

b. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa pada Ny. U dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

1.5 Metode Penelitian

1. Metode

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

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien

b. Observasi

Data yang diambil melalui pemeriksaan tanda-tanda vital dengan klien.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien.

4. Studi Kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tugas bagian, yaitu:

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

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, tujuan, manfaat, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Tinjauan Pustaka, yang berisi tentang konsep dasar penyakit dari sudut medik yang meliputi pengertian, etiologi, gejala, terapi, proses terjadinya masalah dan dilanjutkan dengan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 3: Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

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

BAB 5: Penutup, berisi tentang 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 harga diri rendah. Konsep penyakit terdiri dari definisi, etiologi, proses terjadinya 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 dan evaluasi.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Eugen Bleuler (1857-1939) adalah orang yang pertama kali mencetuskan istilah schizoprhrenia pada tahun 1911, yang menggantikan istilah “pemisahan” dari fungsi psikis yang dianggap sebagai masalah utama dari penyakit. Bleuler mendeskripsikan gejala skizofrenia menjadi gejala primer dan sekunder.

Skizofrenia yaitu penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, Bahasa, emosi dan perilaku sosialnya (Melinda Herman, 2008).

Skizofrenia merupakan sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya (Buku Panduan Pedoman Diagnosis Gangguan Jiwa III, Maslim 2013).

Menurut WHO (2016) dalam Stanley et al (2017), skizofrenia adalah gangguan mental parah yang biasanya dimulai saat remaja akhir atau dewasa awal yang di karakteristik dengan gangguan dalam berpikir, bicara, persepsi, dan

perasaan dan sering juga diikuti dengan pengalaman psikotik seperti halusinasi dan delusi.

2.1.2 Etiologi

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. Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering. Hampir 1% penduduk di dunia menderita skizofrenia selama hidup mereka. Gejala skizofrenia biasanya muncul pada usia remaja akhir atau dewasa muda (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016).

Belum ditemukan etiologi yang pasti mengenai skizofrenia, tetapi hasil penelitian menyebutkan etiologi skizofrenia yaitu:

1. Biologi Tidak ada gangguan fungsional dan struktur yang patognomonik yang ditemukan pada penderita skizofrenia. Gangguan organik dapat terlihat pada sub populasi pasien. Gangguan yang paling banyak dijumpai yaitu pelebaran ventrikel 3 dan lateral yang stabil dan terkadang sudah terlihat sebelum tumbuhnya penyakit. Beberapa penelitian melaporkan bahwa semua perubahan ini statis dan telah dibawa sejak lahir dan beberapa kasus perjalanannya progresif. Lokasinya menunjukkan gangguan perilaku yang ditemui gangguan skizofrenia, misalnya gangguan hipocampus dikaitkan dengan infermen memori dan atrofi lobus frontalis dihubungkan dengan gejala negatif skizofrenia.

2. Biokimia
 - a. Hipotesis Dopamin
 - b. Norepinefrin
 - c. Glutamat
 - d. Asetilkolin dan Nikotin.
3. Genetika Skizofrenia mempunyai komponen yang diturunkan secara bermakna, kompleks dan poligen. Skizofrenia adalah gangguan yang bersifat familial, semakin dekat hubungan kekerabatan semakin tinggi risiko terjadinya skizofrenia. Frekuensi kejadian gangguan non psikotik meningkat pada keluarga skizofrenia serta secara genetik dikaitkan dengan gangguan kepribadian ambang dan skizotipal, gangguan obsesif-kompulsif, dan kemungkinan dihubungkan dengan gangguan kepribadian paranoid dan anti sosial.
4. Faktor Keluarga Kekacauan dan dinamika keluarga memegang peranan penting dalam menimbulkan kekambuhan dan mempertahankan. Pasien yang berisiko adalah pasien yang tinggal bersama keluarga yang tidak harmonis, memperlihatkan kecemasan berlebihan, sangat protektif, terlalu ikut campur, sangat mengritik, dan sering tidak dibebaskan oleh keluarganya.
5. Model Diatesis Stress Model Diatesis Stress ini yaitu untuk mengintegrasikan faktor biologis, psikososial, dan lingkungan. Seseorang memiliki kerentanan spesifik, yang jika mengalami stress akan dapat memicu munculnya gejala skizofrenia. Komponen lingkungan biologikal (seperti infeksi) atau psikologis (seperti kematian orang terdekat).

6. Psikososial
 - a. Teori Psikoanalitik dan Psikodinamik Freud beranggapan bahwa skizofrenia adalah hasil dari fiksasi perkembangan, dan merupakan konflik antara ego dan dunia luar. Kerusakan ego memberikan kontribusi terhadap munculnya gejala skizofrenia.
 - b. Teori Belajar Anak-anak yang nantinya mengalami skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir yang tidak rasional dengan mengintimidasi orang tua yang juga memiliki masalah emosional yang signifikan. Hubungan interpersonal yang buruk dari pasien skizofrenia berkembang karena pada masa anak-anak mereka belajar dari model yang buruk.
 - c. Teori Tentang Keluarga Pasien skizofrenia sebagaimana orang yang mengalami penyakit non psikiatri berasal dari keluarga dengan disfungsi, perilaku keluarga yang secara signifikan meningkatkan stress emosional yang harus dihadapi oleh pasien skizofrenia.
 - d. Teori Sosial Pasien Skizofrenia yang mengalami perbedaan dengan sosial masyarakat yang ada di lingkungannya. Perilaku sosial pasien dan juga keluarga yang merawat perlu mendapatkan dukungan, sehingga pasien skizofrenia dapat tertangani.

2.1.3 Macam-macam Skizofrenia

1. Skizofrenia Simplek

Sering timbul pertama kali pada usia pubertas, gejala utama berupa kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir sukar di

temukan , waham dan halusinasi jarang di dapat, jenis ini timbulnya perlahan- dan sering timbul pada masa remaja.

2. Skizofrenia hebefrenia

Permulaannya perlahan-lahan atau sub akut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. gejala yang menyolok ialah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersanilisasi atau double personaliti, gangguan personaliti, gangguan psikomotor seperti menerima, neologisme atau perilaku ke kanak-kanakan. sering terdapat waham dan halusinasi banyak sekali.

3. Skizofrenia katatonia

Timbul pertama kali umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering di dahului oleh stress emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik

4. Skizofrenia paranoid

Gejala yang mencolok ialah waham primer, di sertai dengan waham sekunder dan halusinasi, dengan pemeriksaan yang teliti ternyata adanya gangguan proses berfikir, gangguan efek emosi dan kemauan.

5. Episode skizofrenia

Gejala skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien dalam keadaan mimpi, kesadarannya mungkin berkabut, dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

6. Skizofrenia residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala primernya bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini yang timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

2.1.4 Gejala Skizofrenia

1. Gejala primer

- a. Gangguan proses pikiran atau bentuk, langkah dan isi pikiran. Pada skizofrenia inti gangguan memang terdapat pada proses pikiran yang terganggu terutama ialah asosiasi, kadang-kadang satu idea belum selesai diutarakan, sudah timbul idea lain.
- b. Gangguan kemauan. Banyak penderita dengan skizofrenia mempunyai kelemahan kemauan mereka tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan. Mereka selalu memberikan alasan, meskipun alasan itu tidak jelas atau tepat atau mereka menganggap hal itu biasa saja dan tidak perlu diterangkan.

2. Gejala psikomotor

Gejala ini juga dinamakan gejala-gejala katatonik atau gangguan perbuatan kelompok gejala ini oleh Bleuler dimasukkan kedalam kelompok gejala skizofrenia yang sekunder sebab didapati juga pada penyakit lain.

3. Gejala sekunder

- a. Waham Pada skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali. Waham di bagi menjadi 2 kelompok yaitu : waham primer timbul secara tidak logis sama sekali, tanpa penyebab apa-apa dari luar dan waham sekunder biasanya logis kedengarannya, dapat diikuti dan merupakan cara bagi penderita untuk menerangkan gejala-gejala skizofrenia lain.
- b. Halusinasi Pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak

dijumpai pada keadaan lain. Paling sering pada skizofrenia ialah halusinasi pendengaran (aditif atau akustik). Kadang-kadang terdapat halusinasi penciuman (olfaktorius), halusinasi cita rasa (gustatorik) atau halusinasi singgungan (taktik). Halusinasi penglihatan agak jarang pada skizofrenia, lebih sering pada psikosa akut yang berhubungan dengan sindroma otak organik.

2.2 Konsep Harga Diri Rendah

2.2.1 Definisi

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 hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri. Gangguan harga diri yang disebut sebagai harga diri rendah dapat terjadi secara: (Damaiyanti et al., 2014)

1. Situasional, yaitu terjadi terutama yang tiba-tiba, misalnya harus operasi, kecelakaan, dicerai suami atau istri, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu (korban perkosaan, dituduh KKN, dipenjara tiba-tiba).
2. Kronik, yaitu perasaan negative terhadap diri berlangsung lama, yaitu sebelum sakit atau dirawat. Klien ini mempunyai cara yang berpikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negative terhadap dirinya. Kondisi ini mengakibatkan respon mal yang adaptif. Kondisi ini dapat ditemukan pada klien gangguan fisik yang kronik atau pada klien gangguan jiwa.

2.2.2 Etiologi

Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang dalam tinjauan *life span history* klien, penyebab terjadinya harga diri rendah adalah 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. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya. Menurut Stuart, 2006, faktor- faktor yang mengakibatkan harga diri rendah kronik meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi

Menurut Kemenkes RI (2012) faktor predisposisi ini dapat dibagi sebagai berikut:

a. Faktor biologis

Pengaruh faktor biologis meliputi adanya faktor herediter anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, riwayat penyakit atau trauma kepala.

b. Faktor psikologis

Pada pasien yang mengalami harga diri rendah, dapat ditemukan adanya pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, seperti penolakan dan harapan orang tua yang tidak realistik, kegagalan berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, penilaian negatif pasien terhadap gambaran diri, krisis identitas, peran yang terganggu, ideal diri yang tidak realistik, dan pengaruh penilaian internal individu.

c. Faktor sosial budaya

Pengaruh sosial budaya meliputi penilaian negatif dari lingkungan terhadap pasien yang mempengaruhi penilaian pasien, sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak, dan tingkat pendidikan rendah.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya 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 misalnya karena trauma yang muncul tiba-tiba, sedangkan yang kronik biasanya dirasakan klien sebelum sakit atau sebelum dirawat klien sudah memiliki pikiran negatif dan meningkat saat dirawat (Yosep, 2009).

Menurut Kemenkes RI (2012) faktor presipitasi harga diri rendah antara lain:

- a. Trauma: penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan
- b. Ketegangan peran: berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dan individu mengalaminya sebagai frustrasi
 - 1) Transisi peran perkembangan: perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan
 - 2) Transisi peran situasi: terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian
- c. Transisi peran sehat-sakit: sebagai akibat pergeseran dari keadaan sehat dan keadaan sakit. Transisi ini dapat dicetuskan oleh kehilangan bagian tubuh;

perubahan ukuran, bentuk, penampilan atau fungsi tubuh; perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal; prosedur medis dan keperawatan.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala harga diri rendah dapat dinilai dari ungkapan pasien yang menunjukkan penilaian tentang dirinya dan didukung dengan data hasil wawancara dan observasi (Kemenkes, 2019)

1. Data subjektif Pasien mengungkapkan tentang:
 - a. Hal negatif diri sendiri atau orang lain
 - b. Perasaan tidak mampu
 - c. Pandangan hidup yang pesimis
 - d. Penolakan terhadap kemampuan diri
2. Data objektif
 - a. Penurunan produktifitas
 - b. Tidak berani menatap lawan bicara
 - c. Lebih banyak menundukkan kepala saat berinteraksi
 - d. Bicara lambat dengan nada suara rendah

Manifestasi yang bisa muncul pada klien gangguan jiwa dengan harga diri rendah menurut (Fitria, 2009) adalah:

1. Mengkritik diri sendiri
2. Perasaan tidak mampu
3. Pandangan hidup yang pesimistis
4. Tidak menerima pujian
5. Penurunan produktivitas

6. Penolakan terhadap kemampuan diri
7. Kurang memperhatikan perawatan diri
8. Berpakaian tidak rapi
9. selera makan kurang
10. Tidak berani menatap lawan bicara
11. Lebih banyak menunduk
12. Bicara lambat dengan nada suara lemah.

2.2.4 Rentang Respon

Adapun tentang respon konsep diri dapat dilihat pada gambar berikut ini menurut Stuart, (2018):



Gambar 2. 1 Rentang Respon Konsep Diri

Respon adaptif terhadap konsep diri meliputi:

1. Aktualisasi diri Pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima individu dapat mengapresiasi kemampuan yang dimilikinya
2. Konsep diri positif Apabila individu mempunyai pengalaman positif dalam beraktualisasi diri dan menyadari hal-hal positif maupun yang negatif dari dirinya. Individu dapat mengidentifikasi kemampuan dan kelemahannya secara jujur dalam menilai suatu masalah individu berpikir secara positif dan realistis.

Sedangkan respon maladaptif dari konsep diri meliputi:

1. Harga diri rendah adalah individu cenderung untuk menilai dirinya negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain.
2. Kekacauan identitas Suatu kegagalan individu mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak kendala kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.
3. Depersonalisasi Perasaan yang tidak realitas dan asing terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain

2.2.5 Mekanisme Koping

Mekanisme koping pasien harga diri rendah menurut Ridhyalla Afnuhazi (2015) adalah:

1. Jangka pendek
 - a. Kegiatan yang dilakukan untuk lari sementara dari krisis: pemakaian obat-obatan, kerja keras, nonton TV terus menerus.
 - b. Kegiatan mengganti identitas sementara (ikut kelompok sosial, keagamaan, politik).
 - c. Kegiatan yang memberi dukungan sementara (kompetisi olahraga kontes popularitas).
 - d. Kegiatan mencoba menghilangkan identitas sementara (penyalahgunaan obat).
2. Jangka panjang
 - a. Menutup identitas
 - b. Identitas negatif: asumsi yang bertentangan dengan nilai dan harapan masyarakat.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

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

2.3.1 Pengkajian

Tahap pertama pengkajian meliputi faktor predisposisi seperti: psikologis tanda dan tingkah laku klien dan mekanisme koping klien. Pengkajian meliputi beberapa faktor, yaitu:

1. Faktor predisposisi
 - a. Biologi
 - 1) 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
 - 2) Nutrisi : adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa,
 - 3) Keadaan kesehatan secara umum : riwayat kesehatan umum, misalnya kurang gizi, kurang tidur, gangguan irama sirkadian, kelemahan, infeksi

- 4) Sensitivitas biologi : riwayat penggunaan obat, riwayat terkena infeksi dan trauma, radiasi dan riwayat pengobatannya
- 5) Paparan terhadap racun : paparan virus influenza pada trimester 3 kehamilan, riwayat keracunan CO, asbestos.

b. Psikologis

- 1) Intelegensi : riwayat kerusakan struktur di lobus frontal dimana lobus tersebut berpengaruh kepada proses kognitif, suplay oksigen terganggu dan glukosa
- 2) 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
- 3) Moral : riwayat tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral individu, misalnya lingkungan keluarga yang broken home, konflik, Lapas.
- 4) Kepribadian : mudah kecewa, kecemasan tinggi, mudah putus asa, menutup diri
- 5) Pengalaman masa lalu : orang tua yang otoriter, orang tua yang selalu membandingkan, konflik orang tua, anak yang dipelihara

c. Sosiokultural

- 1) Usia : riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai
- 2) Gender : riwayat ketidakjelasan identitas, riwayat kegagalan peran gender,

- 3) Pendidikan : pendidikan yang rendah, riwayat putus dan gagal sekolah,
- 4) Pendapatan : penghasilan rendah
- 5) Pekerjaan : pekerjaan stresful, Pekerjaan beresiko tinggi
- 6) Status sosial : tuna wisma, Kehidupan terisolasi
- 7) Latar belakang Budaya : tuntutan sosial budaya seperti paternalistik, stigma masyarakat
- 8) Agama dan keyakinan : riwayat tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin, rutin, kesalahan persepsi terhadap ajaran agama tertentu
- 9) Keikutsertaan dalam politik : riwayat kegagalan dalam politik
- 10) Pengalaman sosial : perubahan dalam kehidupan, mis bencana, perang, kerusuhan, dll, tekanan dalam pekerjaan, kesulitan mendapatkan pekerjaan,
- 11) Peran social : isolasi sosial khususnya untuk usia lanjut, stigma yang negatif dari masyarakat, diskriminasi, stereotype, praduga negatif.

2. Faktor presipitasi

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

d. Penilaian terhadap stresor

Penilaian terhadap stresor dapat dikaji dari berbagai sisi, dimulai dari segi kognitif yaitu apa yang dipikirkan klien tentang stresor yang dialaminya, dari segi afektif 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.

e. Sumber Koping

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

f. 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:

- 1) Aktivitas yang memberikan pelarian sementara dari krisis identitas diri (misalnya, konser musik, bekerja keras, menonton tv secara obsesif)
- 2) Aktivitas yang memberikan identitas pengganti sementara (misalnya dalam club sosial, agama, politik, kelompok, gerakan atau geng).
- 3) 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 prematur 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 (Yusuf et al., 2015).

2.3.3 Perencanaan

Perawat kesehatan jiwa mengembangkan rencana asuhan yang menggambarkan intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Rencana asuhan digunakan untuk memandu intervensi terapeutik secara sistematis dan mencapai hasil pasien yang diharapkan (Yusuf et al., 2015).

2.3.4 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan pada pasien:

1. Tujuan:
 - a. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
 - b. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.
 - 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

- a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien. Untuk membantu pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang masih dimilikinya, perawat dapat:
 - 1) 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
 - 2) Beri pujian yang realistis/nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negatif
- b. Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan. Untuk tindakan tersebut saudara dapat :
 - 1) Mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini.
 - 2) Bantu pasien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.
 - 3) Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.
- c. Membantu pasien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah:

- 1) Mendiskusikan dengan pasien beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari
 - 2) 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 pelaksanaan kegiatan yang dilakukan pasien. Susun bersama pasien dan buat daftar kegiatan sehari-hari pasien.
- d. Melatih kemampuan yang dimiliki pasien. Tindakan keperawatan tersebut saudara dapat melakukan:
- 1) Mendiskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan yang dipilih
 - 2) Bersama pasien memperagakan kegiatan yang ditetapkan
 - 3) Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan pasien.
- e. Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih
- Untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan tersebut saudara dapat melakukan hal-hal berikut:
- 1) Memberi kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatih.
 - 2) Beri pujian atas kegiatan - kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari
 - 3) Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih.
 - 4) Berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.

2.3.5 Evaluasi

Perawat kesehatan jiwa mengevaluasi perkembangan pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan. Asuhan keperawatan adalah proses dinamik yang melibatkan perubahan 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 (Yusuf et al., 2015).

2.4 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dipusatkan bertujuan untuk kesembuhan pasien komunikasi merupakan faktor penting bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan klien. Semakin baik komunikasi perawat maka semakin berkualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien karena komunikasi yang baik dapat membina hubungan saling percaya antara perawat-klien. Perawat yang memiliki ketrampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak saja mudah menjalin hubungan saling percaya dengan klien, tetapi juga menumbuhkan sikap empati dan *caring*, mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan bahkan meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit (Sartika, 2018).

2.4.2 Prinsip-prinsip Komunikasi Terapeutik

Menurut Carl Rogers dalam Sartika (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 Tahapan Dalam Komunikasi Terapeutik

Tahapan-tahapan dalam komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut (Sartika, 2018):

1. Tahapan Pra-Interaksi

Fase ini dimulai sebelum kontak pertama perawat dengan klien. Hal-hal yang dilakukan pada fase ini yaitu evaluasi diri, penetapan tahapan hubungan dan rencana interaksi. Tugas utama perawat dalam fase ini adalah:

- a. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri
 - b. Menganalisis kekuatan profesional diri dan keterbatasan
 - c. Mengumpulkan data tentang klien
 - d. Merencanakan untuk pertemuan pertama dengan klien
- #### 2. Tahap Orientasi
- a. Fase Perkenalan

Fase ini merupakan kegiatan yang dilakukan saat pertama kali bertemu dengan klien. Fokus utama perawat pada tahap ini adalah menemukan kenapa klien mencari pertolongan ke rumah sakit. Hal-hal yang perlu dilakukan oleh perawat pada tahap ini adalah:

- 1) Memberi salam
- 2) Memperkenalkan diri perawat
- 3) Menanyakan nama klien
- 4) Menyepakati pertemuan (kontrak)
- 5) Menghadapi kontrak
- 6) Memulai percakapan awal
- 7) Menyepakati masalah klien
- 8) Mengakhiri perkenalan

b. Fase orientasi

Fase ini dilakukan pada awal setiap pertemuan kedua dan seterusnya. Tujuan fase ini adalah memvalidasi kekurangan data, rencana yang telah dibuat dengan keadaan klien saat ini dan mengevaluasi hasil tindakan yang lalu. umumnya dikaitkan dengan hal yang telah dilakukan bersama klien. Hal-hal yang harus dilakukan perawat pada fase ini adalah:

- 1) Memberi salam (sama dengan fase perkenalan)
- 2) Memvalidasi keadaan klien
- 3) Mengingat kontrak. Setiap berinteraksi dengan klien dikaitkan dengan kontrak pada pertemuan sebelumnya

Tugas utama perawat dalam tahap ini, antara lain:

- 1) Mengidentifikasi mengapa klien mencari bantuan
- 2) Menyediakan kepercayaan, penerimaan dan komunikasi terbuka

- 3) Membuat kontrak timbal balik
 - 4) Mengeksplorasi perasaan klien, pikiran dan tindakan
 - 5) Mengidentifikasi masalah klien
 - 6) Mendefinisikan tujuan dengan klien
3. Tahap Kerja

Fase ini merupakan inti hubungan perawat-klien yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Tujuan tindakan keperawatan adalah:

- a. Meningkatkan pengertian dan pengenalan klien akan dirinya, perilakunya, perasaannya, pikirannya. Ini bertujuan untuk mencapai tujuan kognitif
- b. Mengembangkan, mempertahankan dan meningkatkan kemampuan klien secara mandiri menyelesaikan masalah yang dihadapi. Ini bertujuan untuk mencapai tujuan afektif dan psikomotor
- c. Melaksanakan terapi / tehnikal keperawatan
- d. Melaksanakan pendidikan kesehatan
- e. Melaksanakan kolaborasi
- f. Melaksanakan observasi dan monitoring

Tugas utama perawat pada tahap kerja, adalah:

- a. Mengeksplorasi stressor yang sesuai / relevan
- b. Mendorong perkembangan *insight* klien dan penggunaan mekanisme koping konstruktif
- c. Menangani tingkah laku yang dipertahankan oleh klien/*resistance*

4. Tahap Terminasi

Tahapan terminasi ini merupakan tahap akhir dari setiap pertemuan perawat dan klien dalam komunikasi terapeutik. Terminasi terdiri atas 2 bagian yaitu:

a. Terminasi sementara

Tahap ini merupakan akhir dari pertemuan perawat dan klien, akan tetapi perawat akan bertemu lagi dengan klien pada waktu yang telah ditentukan.

b. Terminasi akhir

Tahap ini terjadi jika klien akan pulang dari rumah sakit atau perawat tidak berdiskusi lagi di rumah sakit tersebut.

Hal-hal yang harus dilakukan pada tahap terminasi ini, antara lain:

- a. Evaluasi hasil, yang terdiri evaluasi subjektif dan evaluasi objektif
- b. Rencana tindak lanjut
- c. Kontrak yang akan datang

Tugas utama perawat dalam tahapan terminasi adalah:

- a. Menyediakan realitas perpisahan
- b. Melihat kembali kemajuan dari terapi dan pencapaian tujuan

Saling mengeksplorasi perasaan adanya penolakan, kehilangan, sedih dan marah serta tingkah laku yang berkaitan.

2.5 Konsep Stres dan Adaptasi

2.5.1 Definisi

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 Stres

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.

2.6 Analisis Literature Review

Berdasarkan hasil review analisa 5 jurnal diatas sebagai berikut:

1. Artikel nasional pertama dengan judul penelitian “Studi Kasus Harga Diri Rendah Kronis Pada Pasien Skizofrenia” yang disusun oleh (Ramadhani et al., 2021) Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif studi kasus dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan. Sampel penelitian adalah pasien skizofrenia yang mengalami harga diri rendah kronis, dan teknik pengambilan data melalui wawancara, observasi, dan studi dokumentasi yang menunjukkan hasil dari proses pengkajian pada pasien didapatkan hasil subyektif bahwa pasien mengatakan malu, tidak percaya diri, dan perasaan tidak mampu, dan data obyektif yang ditemukan yaitu pasien memiliki pandangan hidup pesimis, kurangnya kontak mata selama interaksi, dan banyak menunduk. Pasien mampu menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dengan berbicara lambat, dan nada suara pelan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pasien skizofrenia dengan harga diri rendah memiliki tanda dan gejala perasaan negatif terhadap diri sendiri, perasaan tidak mampu, dan rendah diri.

Hal ini diperkuat dengan teori Mukhrifah (2012) tentang tanda gejala harga diri rendah kronis yaitu: mengkritik diri sendiri dan orang lain, gangguan dalam berhubungan, perasaan tidak mampu, perasaan negatif tentang dirinya sendiri, menarik diri secara sosial, dan pandangan hidup yang pesimis. Penelitian lain yang mendukung yakni (Yosep, 2009) yang

menyatakan bahwa Faktor yang dapat mencetuskan harga diri rendah pada orang dengan gangguan jiwa antara lain konflik peran terjadi apabila yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri, atau kemampuan diri.

Menurut peneliti, artikel ini cukup bagus, dari hasil observasi, wawancara serta studi dokumentasi menunjukkan bahwa untuk melakukan asuhan keperawatan pasien gangguan jiwa harus menggunakan prinsip komunikasi terapeutik dengan acuan strategi pelaksanaan.

2. Artikel nasional kedua dengan judul penelitian “Literature Review : Penerapan Latihan Kemampuan Positif Terhadap Peningkatan Harga Diri Rendah Pada Klien Yang Mengalami Skizofrenia” yang disusun oleh (Bayu Seto Rindi Atmojo, 2021) Metode yang digunakan dalam literature review ini menggunakan desain Quasi Eksperimen dan studi kasus. Literatur review ini menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi, Studi ini diperoleh dan dicari secara elektronik dengan database yaitu google cendekia (2015- 2020) dengan hasil literatur review dari 5 artikel menunjukkan bahwa latihan kemampuan positif sangat bervariasi. Latihan kemampuan positif dimaksud terdiri dari aktivitas merias diri, terapi menjahit, aktivitas mencuci, kegiatan menggambar dan kegiatan Plant Therapy. Secara signifikan menunjukkan semua latihan kemampuan positif dapat meningkatkan dan mempertahankan kemampuan yang masih dimiliki klien.

Hal ini diperkuat dengan penelitian Herman (2011) menyatakan bahwa cara mengontrol harga diri rendah meliputi, mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien

memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian, melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.

Menurut peneliti, artikel ini cukup bagus, beberapa artikel yang telah di *review* menunjukkan bahwa latihan kemampuan positif dapat digunakan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien yang mengalami skizofrenia dengan gangguan konsep diri harga diri rendah

3. Artikel nasional ketiga dengan judul penelitian “Literature Review : Terapi Kognitif Pada Klien Harga Diri Rendah” yang disusun oleh (Susilaningsih et al., 2021) Artikel ilmiah ini menggunakan pendekatan eksploratif menggunakan metode dan desain literature review yang dilakukan tanggal 15 Juni sampai 25 Agustus 2020 dengan mengambil sumber-sumber dari Google Scholar yang sesuai dengan kata kunci dan kriteria diantaranya jurnal nasional dan internasional. Pengambilan sampel pada karya ilmiah ini menggunakan teknik purposive sampling dengan hasil studi terapi kognitif efektif terhadap peningkatan harga diri pada pasien harga diri rendah.

Hal ini diperkuat dengan penelitian Sasmita, dkk (2010), menunjukkan bahwa Cognitif Behaviour Therapy efektif dalam meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku dengan hasil $p < 0,05$, $\alpha = 0,05$. Penelitian lain yang mendukung yakni Ariani, dkk (2013), menyatakan bahwa ada pengaruh pelatihan kesadaran diri dan terapi kognitif terhadap harga diri remaja kelompok intervensi.

Menurut peneliti, artikel ini cukup bagus, beberapa artikel yang telah di *review* menunjukkan bahwa terapi kognitif efektif terhadap peningkatan harga diri pada pasien harga diri rendah.

4. Artikel internasional pertama dengan judul penelitian “*Low Chronic Self-Esteem and Low Situational Self-Esteem: a literature review*” yang disusun oleh (Castro et al., 2020) Metode yang digunakan yakni tinjauan pustaka integratif yang dilakukan di portal Pubmed dan di database bibliografi elektronik Scopus and Web of Science. Depresi dan deskriptor harga diri digunakan, menghasilkan 32 artikel dengan hasil literatur menunjukkan 7 indikator klinis dan 14 faktor etiologi untuk harga diri rendah. Hasil kesimpulan yang didapat ialah indikator klinis ide bunuh diri dan pengobatan yang tidak efektif lebih banyak ditemukan dalam penelitian ini. Faktor etiologi peristiwa stres dan stigmatisasi adalah yang paling sering, keduanya disarankan sebagai faktor terkait baru untuk harga diri rendah. Pengenalan diagnosis keperawatan dapat berkontribusi pada penjabaran strategi intervensi oleh perawat, sesuai dengan diagnostik yang mendesak dan kekhasan individu.

Hal ini diperkuat dengan teori Menurut NANDA-I (2015-2017), indikator ini disajikan dengan diagnosis keperawatan risiko, yang didefinisikan sebagai kerentanan untuk mengalami ketidaknyamanan yang terkait dengan keinginan atau kebutuhan untuk lebih banyak kontak dengan orang lain, yang dapat membahayakan kesehatan.

Menurut peneliti, artikel ini cukup bagus, beberapa artikel yang telah di *review* menunjukkan bahwa Pengenalan diagnosis keperawatan dapat

berkontribusi pada penjabaran strategi intervensi oleh perawat, sesuai dengan diagnostik yang mendesak dan kekhasan individu.

5. Artikel internasional kedua dengan judul penelitian "*Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial*" yang disusun oleh (Sönmez et al., 2020) Penelitian ini menggunakan metode sebanyak 63 pasien psikosis awal dimasukkan dan secara acak ditugaskan untuk menerima CBT (cognitive behavior therapy) maksimum 26 sesi atau TAU (treatment as usual) untuk jangka waktu hingga enam bulan. Model campuran linier digunakan untuk analisis longitudinal, dengan fokus pada apakah pasien dalam kelompok CBT atau kelompok TAU berubah secara berbeda satu sama lain antara baseline dan tindak lanjut 15 bulan. Hasil yang didapat ialah tidak ada perbedaan antara kelompok CBT dan kelompok TAU mengenai perbaikan gejala depresi yang diukur dengan Skala Depresi Calgary untuk Skizofrenia ($P=0,188$) atau harga diri yang diukur dengan Skala Harga Diri Rosenberg ($P=0,580$). Namun, pasien dalam kelompok CBT meningkat secara signifikan lebih pada gejala negatif ($P=0,002$) dan fungsi sosial ($P=0,001$).

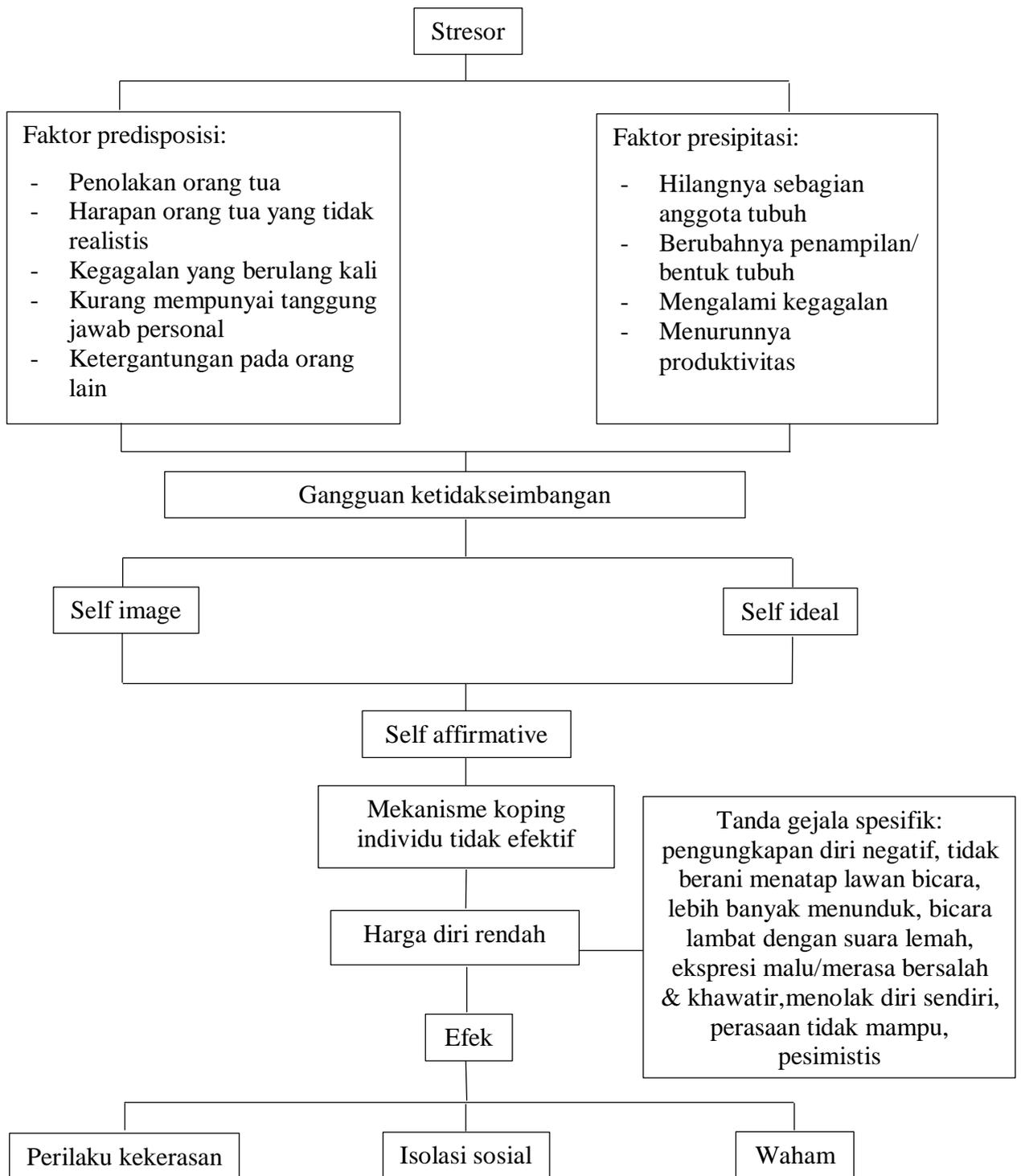
Menurut peneliti, artikel ini cukup bagus, dari hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ditemukan CBT lebih efektif daripada TAU dalam mengurangi gejala depresi atau meningkatkan harga diri pada pasien dengan psikosis awal. Namun, CBT tampaknya memperbaiki gejala dan fungsi negatif.

2.7 Fisiologi Harga Diri Rendah

2.7.1 Patofisiologi

Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang. Dalam tinjauan life span history klien penyebab harga diri rendah klien adalah 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. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntuk lebih dari kemampuannya (Yosep, 2009 dalam Damaiyanti & Iskandar, 2012).

2.7.2 Pathway



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini disajikan pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa Harga Diri Rendah yang mulai dari tahap pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 15 November 2021 di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan data sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

Klien merupakan seorang wanita bernama Ny. U berusia 44 tahun, klien tinggal di daerah Tuban, klien beragama islam, klien bersuku Jawa/Indonesia, status klien sudah menikah. Dilakukan pengkajian pada tanggal 15 November 2021 pukul 10:00 WIB. Klien dirawat pada tanggal 09 November 2021. Klien dirawat di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

3.1.2 Alasan Masuk

Klien mengatakan tidak tahu mengapa dibawa kemari (Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya), saat pengkajian klien berulang kali mengatakan bahwa suaminya dendam padanya dan ingin menjauhkan klien dari anak-anaknya. Klien juga mengatakan bahwa suaminya tidak suka padanya sehingga suaminya selingkuh di belakangnya karena sering pulang terlambat. Klien juga berulang kali mengatakan bahwa ia ingin pulang untuk menemani anak bungsunya operasi.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Klien mengatakan pernah mengalami depresi sekitar 3 tahun yang lalu namun pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena klien mengatakan tidak mau minum obat karena klien merasa tidak sakit.

Masalah Keperawatan: Sindrom pasca trauma

2. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan bahwa anggota keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan bahwa suaminya tidak menyukainya dan memisahkannya dengan anak-anaknya.

Masalah Keperawatan: Sindrom pasca trauma

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda Vital, TD: 120/76 mmHg, N: 89x/menit, S:35,7°C, RR: 18x/menit

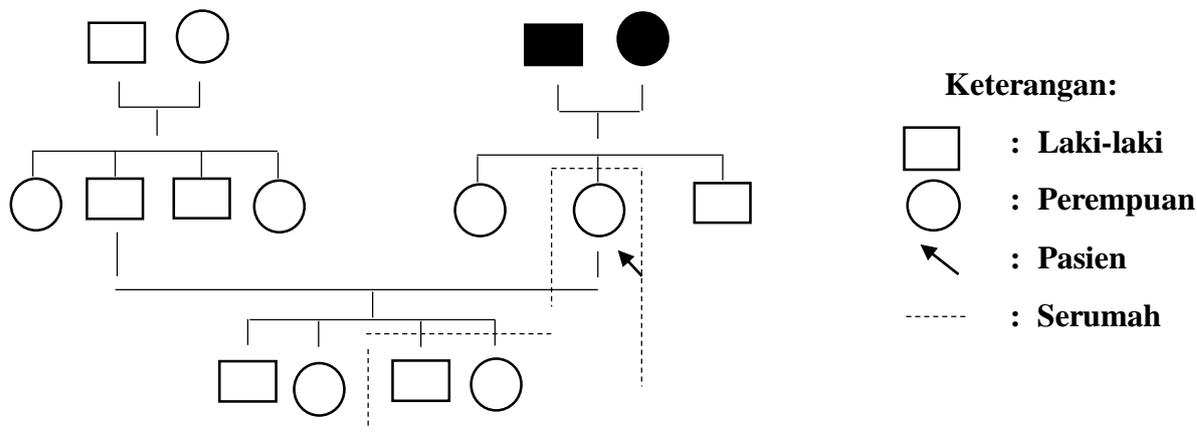
2. Ukur TB: 156 cm, BB: 65 kg

3. Keluhan fisik: klien mengatakan tidak ada keluhan

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Gambar 3. 1 Genogram Keluarga Ny.U

Tipe keluarga klien adalah *nuclear family*. Klien mengatakan bahwa kedua orang tuanya telah meninggal. Klien juga mengatakan bahwa ia memiliki suami yang memiliki 4 bersaudara dan klien sendiri 3 bersaudara. Klien juga mengatakan memiliki 4 orang anak dengan 2 orang anak yang tinggal bersama klien, sedang 2 orang anak lainnya telah merantau masing-masing karena sudah dewasa dan bekerja. Dalam keluarga klien, suami klien merupakan orang yang berperan penting dalam pengambilan keputusan dalam keluarga. Saat dikaji, klien mengatakan bahwa selama di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya klien jarang mengikuti kegiatan. Klien hanya ikut jika disuruh oleh perawat. Klien mengatakan tidak ikut kegiatan karena merasa malu.

Masalah Keperawatan: Gangguan Interaksi Sosial

2. Konsep diri

a. Gambaran diri

Klien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya

b. Identitas

Klien mengatakan dirinya seorang perempuan yang sudah memiliki 4 orang anak

c. Peran

Klien mengatakan bahwa dirinya merupakan anak kedua dari 3 bersaudara dan merupakan seorang ibu

d. Ideal diri

Klien mengatakan ingin berkumpul kembali dengan suaminya

e. Harga diri

Klien mengatakan bahwa suaminya tidak menyukainya sehingga suaminya selingkuh darinya. Klien juga mengatakan bahwa dirinya membuat anak-anaknya malu mempunyai ibu seperti klien.

Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti :

Klien mengatakan bahwa orang yang berarti dalam hidupnya adalah anak-anaknya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :

Klien mengatakan bahwa selama di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya klien jarang ikut kegiatan, klien hanya ikut jika disuruh oleh perawat.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Klien mengatakan tidak ikut kegiatan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya karena merasa malu

Masalah Keperawatan: Gangguan Interaksi Sosial

4. Spiritual

a. Nilai dari keyakinan :

Klien mengatakan dirinya beragama Islam.

b. Kegiatan ibadah :

Klien mengatakan tidak sholat selama di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya karena tidak ada mukenah dan sajadah.

Masalah Keperawatan : Distres spiritual

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Saat pengkajian, penampilan klien terlihat rapi, bersih dan sesuai dengan cara berpakaian pada umumnya.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. Pembicaraan

Saat pengkajian, berbicara dengan intonasi yang lambat dan mau menjawab pertanyaan yang diajukan.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Aktivitas motorik

Klien tampak lesu dan tidak mau mengikuti senam pagi di ruangan

Masalah Keperawatan: Gangguan Aktivitas Motorik

4. Alam perasaan

Klien mengatakan sedih saat dibawa ke RSJ Menur Surabaya

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Afek

Klien tampak datar atau tidak ada perubahan ekspresi saat berbicara

Masalah Keperawatan: Gangguan Komunikasi Verbal

6. Interaksi selama wawancara

Saat pengkajian klien tampak kooperatif dan melakukan kontak mata

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

7. Persepsi Halusinasi

Saat pengkajian, klien mengatakan saat di rumah klien mendengar bisikan suara untuk membuat rengginang

Masalah Keperawatan: Risiko Halusinasi

8. Proses pikir

Pada saat dilakukan wawancara, klien tampak berbelit-belit dan mengulang kata yang sama namun tetap pada topik pembicaraan yang sama.

Masalah Keperawatan: Gangguan Proses Pikir/Waham

9. Isi pikir

Klien berulang kali mengatakan bahwa suaminya dendam padanya dan ingin menjauhkan klien dengan anak-anaknya.

Masalah Keperawatan: Gangguan Proses Pikir/Waham

10. Tingkat kesadaran

Klien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang. Klien dapat mengenali waktu, hari, tanggal, bulan, tahun, alamat rumah dengan benar. Selain itu juga dapat mengenali serta menyebutkan nama anggota keluarganya dan dapat beradaptasi dengan situasi kondisi di dalam rumah maupun diluar rumah.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

11. Memori

Saat pengkajian klien mampu mengingat kejadian pada masa lalu dan masa sekarang

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Saat pengkajian, klien mampu berhitung dengan baik mulai dari perkalian dan pembagian.

Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

13. Kemampuan penilaian

Saat pengkajian, klien berulang kali mengatakan bahwa klien merasa suaminya selingkuh dan klien merasa tidak disayangi suaminya, klien mengalami gangguan bermakna

Masalah keperawatan: Gangguan Proses Pikir/Waham

14. Daya tilik diri

Klien merasa bingung kenapa dibawa ke RSJ Menur Surabaya padahal tidak sakit.

Masalah Keperawatan: Gangguan Proses Pikir/Waham

3.1.7 Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

- a. Makan : Klien mengatakan di rumah sakit sudah pasti gizi tercukupi karena telah disediakan makanan 3x/sehari nasi, sayur dan lauk pauk.
- b. Keamanan : Klien mengatakan bahwa selama di rumah sakit merasa aman karena dipantau oleh perawat.

- c. Perawat kesehatan : Klien mengatakan mendapat perawatan kesehatan di rumah sakit dari dokter dan perawat.
- d. Pakaian : Selama di Ruang Flamboyan, klien menggunakan pakaian yang telah disediakan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
- e. Transportasi : Klien dijemput pulang oleh keluarganya.
- f. Tempat tinggal: Klien mengatakan dirinya memiliki tempat tinggal/rumah di daerah Tuban.
- g. Uang : Klien mengatakan untuk saat ini uang yang diperoleh dari keluarganya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. Kegiatan hidup sehari-hari

- a. Perawatan diri :
 - 1) Mandi : Klien mengatakan mandi secara mandiri tanpa bantuan orang lain 2x/sehari yaitu pagi hari pada pukul 07.00 WIB dan sore hari pada pukul 16.00 WIB.
 - 2) Kebersihan : Klien mengatakan mampu menjaga kebersihan diri seperti membersihkan tempat tidurnya setiap hari dan mandi 2x/sehari.
 - 3) Makan : Klien makan 3x/sehari nasi, sayur dan lauk pauk yang telah disediakan oleh rumah sakit.
 - 4) BAK/BAB : Klien dapat pergi ke mandi sendiri dan klien mampu membersihkan diri secara mandiri.
 - 5) Ganti pakaian : Klien mampu mengganti pakaiannya secara mandiri.

b. Nutrisi :

Klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisinya dengan baik dan makan yang telah disediakan oleh rumah sakit selalu habis.

c. Tidur :

Saat pengkajian, klien mengatakan tidurnya terasa cukup dan nyenyak.

Siang : 13.00 – 15.00 WIB.

Malam : 22.00 – 04.00 WIB.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Kemampuan klien dalam hal-hal berikut :

a. Mengantisipasi kebutuhan sendiri : Klien mengatakan mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri.

b. Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri : Klien mengatakan mampu membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri.

c. Mengatur penggunaan obat : Klien mengatakan mampu mengatur penggunaan obat.

d. Melakukan pemeriksaan kesehatan (follow up) : Pemeriksaan kesehatan klien dilakukan oleh perawat dan dokter yang bertanggung jawab.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

4. Klien memiliki sistem pendukung

Klien masih memiliki sistem pendukung yaitu anak-anaknya dan terapis (perawat dan dokter) yang merawat.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi
Ya, klien mengatakan menikmati dan bersyukur dengan pekerjaannya sebagai penjual rengginang.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Klien bisa berkomunikasi dengan orang lain secara baik

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.9 Masalah Psikologis dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : klien mampu mengenal teman samping tempat tidurnya.
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : klien selama di rumah sakit tidak mau mengikuti kegiatan.
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik : klien mengatakan dirinya lulusan SMA.
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : klien bekerja sebagai tukang penjual rengginang.
5. Masalah dengan perumahan, spesifik : klien merasa diselingkuhi oleh suaminya dan dijauhkan dengan anak-anaknya.
6. Masalah ekonomi, spesifik : klien mampu memenuhi kebutuhan ekonominya secara mandiri.
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan.
8. Masalah lainnya, spesifik : klien mengatakan ingin segera pulang ke rumah.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Klien mengatakan tidak tahu mengapa dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur padahal klien tidak Sakit

Masalah Keperawatan: Koping Individu Inefektif

3.1.11 Data Penunjang

Darah lengkap

- a. WBC/leukosit: $9,2 \cdot 10^3/\mu\text{L}$
- b. RBC/eritrosit: $4,73 \cdot 10^6/\mu\text{L}$
- c. HGB/hemoglobin: 15,9g/dL
- d. PLT/trombosit: $324 \cdot 10^3/\mu\text{L}$
- e. HCT/hematokrit: $40,7 \cdot 10^3/\mu\text{L}$

3.1.12 Aspek Medis

1. Diagnosa medik
Undifferentiated Schizophrenia (F.20.3)
2. Terapi medik
 - a. Trifluoperazine 2x5mg
 - b. Clozapine 1x25mg

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

1. Sindrom pasca trauma
2. Gangguan interaksi sosial
3. Harga diri rendah

4. Distres spiritual
5. Gangguan aktivitas motorik
6. Gangguan komunikasi verbal
7. Risiko halusinasi
8. Gangguan proses pikir/waham

3.1.14 Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah

Surabaya, 4 Juli 2022
Penulis



Ramdhonia Rahmawati
NIM. 2130079

3.2 Analisa Data

Tabel 3. 1 Analisa Data

No	Data (Sign/Symptom)	Masalah (Problem)
1.	DS: - Ny. U mengatakan suaminya tidak suka padanya hingga selingkuh darinya - Ny. U mengatakan bahwa dirinya membuat anak-anaknya malu mempunyai ibu seperti klien DO: - Ny. U tampak diam dan merenung - Ny. U berbicara dengan baik namun pelan dan lambat - Ny. U tampak menundukkan kepala saat ditanya tentang anaknya	Harga Diri Rendah Kronis SDKI, 2016 (D.0087) Kategori: Psikologis Subkategori: Integritas Ego
2.	DS: Ny. U mengatakan jarang mengikuti kegiatan di RSJ Menur karena malu DO: - Ny. U hanya ikut kegiatan bila disuruh perawat (klien lebih banyak diam) - Ny. U tampak enggan melakukan interaksi dengan pasien lain - Perilaku tidak sesuai usia	Gangguan Interaksi Sosial SDKI, 2016 (D.0118) Kategori: Relasional Subkategori: Interaksi Sosial
3.	DS: Ny. U mengatakan bahwa suaminya dendam padanya dan ingin menjauhkan klien dengan anak-anaknya DO: - Ny. U tampak berbelit-belit dan mengulang kata yang sama namun tetap pada topik pembicaraan yang sama - Ny. U berulang kali mengatakan bahwa suaminya dendam padanya dan ingin menjauhkan klien dengan anak-anaknya	Waham SDKI, 2016 (D.0105) Kategori: Psikologis Subkategori: Integritas Ego

3.2.1 Pohon Masalah



Gambar 3. 2 Pohon Masalah Ny. U

3.3 Rencana Keperawatan

Nama Klien : Ny. U Dx Medis: Undifferentiated schizophrenia
 RM No.: xxxxxx

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
		Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	
1	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	<p>Secara kognitif pasien diharapkan dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan penyebab hdr 2. Menyebutkan tanda & gejala hdr 3. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan akibat hdr 4. Menyebutkan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi hdr 5. Menyebutkan cara mengendalikan hdr yang tepat. <p>Secara psikomotor pasien diharapkan dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berinteraksi dengan orang lain 2. Melakukan aktivitas bersama <p>Secara afektif diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan manfaat cara mengatasi hdr. 	<p>Setelah 1x interaksi, pasien dapat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasasenang, ada kontak mata, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau Mengutarakan masalah yang dihadapi</p>	<p>Membina hubungan saling percaya dengan menerapkan prinsip komunikasi terapeutik. SP1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal 2. Perkenalkan diri dengan sopan 3. Tanyakan nama lengkap pasien dengan dan nama panggilan yang disukai 4. Jelaskan tujuan pertemuan 5. Jujur dan menepati janji 6. Tunjukkan sikap simpati dan menerima pasien apa adanya 7. Tunjukkan dan beri perhatian kepada pasien dan perhatikan 8. kebutuhan dasar pasien 	<p>Salam merupakan pembuka untuk memulai sesuatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
		Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	
		2. Membedakan perasaan sebelum & sesudah latihan.			
		<p>Secara kognitif diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan cara mengendalikan n hdr yang tepat. <p>Secara psikomotor diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berinteraksi dengan orang lain <p>Secara afektif diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan manfaa tata cara mengatasi hdr. 2. Membedakan perasaan sebelum & sesudah latihan 	<p>Setelah 1x interaksi, pasien dapat menyebutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan yang dimiliki 2. Aspek positif keluarganya 3. Aspek positif lingkungan 4. lingkungan 	<p>Membina hubungan saling percaya dengan menerapkan prinsip komunikasi terapeutik SP II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan kemampuan aspek positif keluarga dan lingkungan yang dimiliki pasien 2. Bersama pasien membuat daftartentang <ol style="list-style-type: none"> a. Aspek positif pasien, keluarga, dan lingkungan b. Kemampuan yang dimiliki pasien c. Utamakan memberi pujian yang realistik dan tindakan penilaian negatif 	<p>Memberi kepercayaan pasien untuk berfikir bahwa interaksi bertujuan untuk mengevaluasi kemampuan pasien untuk mengingat</p>
		<p>Secara kognitif diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan cara mengendalikan 	<p>Setelah 1x interaksi, pasien dapat Menyebutkan kemampuan yang dapat</p>	<p>Membina hubungan saling percaya dengan menerapkan prinsip komunikasi terapeutik</p>	<p>Keterbukaan dan pengertian tentang kemampuan yang dimiliki</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
		Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	
		<p>n hdr yang tepat.</p> <p>Secara psikomotor diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berinteraksi dengan orang lain <p>Secara afektif diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan manfaa tata cara mengatasi hdr. 2. Membedakan perasaan sebelum & sesudah latihan 	digunakan	<p>SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat dilakukan dan digunakan selama sekali 2. Diskusikan kemampuan yang dapat dianjurkan penggunaannya 	adalah Prasarat untuk berubah.
		<p>Secara kognitif diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan cara mengendalikan hdr yang tepat. <p>Secara psikomotor diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berinteraksi dengan orang lain <p>Secara afektif diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan manfaa tata cara mengatasi hdr. 2. Membedakan perasaan 	Setelah 1x interaksipasien mampu membuat rencana tindakan harian	<p>Membina hubungan saling percaya dengan menerapkan prinsip komunikasi terapeutik</p> <p>SP IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan <ol style="list-style-type: none"> a. Kegiatan mandiri b. Kegiatan yang membutuhkan bantuan total c. Kegiatan 	Klien adalah Individu yang bertanggungjawab terhadap dirinya sendiri Klien perlu bertindak secara realistis dalam kehidupannya

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
		Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	
		sebelum & sesudah latihan		bantuan 2. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi pasien 3. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh pasien lakukan	
		Secara kognitif diharapkan pasien dapat: 1. Menyebutkan cara mengendalikan hdr yang tepat. Secara psikomotor diharapkan pasien dapat: 1. Berinteraksi dengan orang lain Secara afektif diharapkan pasien dapat: 1. Merasakan manfaat tata cara mengatasi hdr. Membedakan perasaan sebelum & sesudah latihan	Setelah 1x pertemuan, pasien dapat melakukan kegiatan jadwal yang telah dibuat	Membina hubungan saling percaya dengan menerapkan prinsip komunikasi terapeutik SP V 1. Beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan 2. Pantau kegiatan yang telah dilakukan pasien 3. Beri pujian atas keberhasilan Pasien 4. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pasien pulang	Memberikan kesempatan kepada klien mandiri di rumah.

3.4 Tindakan Keperawatan

Nama Klien : Ny. U

RM No. :

xxxxxx

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
15/11/21	Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah	<p>SP I (pertemuan pertama)</p> <p>Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik (“Selamat pagi ibu, perkenalkan nama saya Ramdhonia, saya biasa dipanggil Nia, saya mahasiswa dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Kalau boleh tahu nama ibu siapa ya? Biasanya senang dipanggil siapa?” “Bagaimana perasaan ibu hari ini? Bagaimana dengan tidurnya semalam?” “Baiklah ibu U, bolehkah kita bercakap-cakap sebentar tentang apa yang ibu rasakan”)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyapa pasien dengan ramah, baik verbal ataupun non verbal 2. Memperkenalkan diri dengan sopan 3. Menanyakan nama lengkap pasien dan pasien paling suka dipanggil apa 4. Menjelaskan tujuan pertemuan 5. Jujur dan menepati janji 6. Menunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya 7. Memberi perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar pasien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - “pagi, nama saya U, biasanya ya orang-orang panggilnya bu U” - “baik, semalam tidurnya nyenyak” - “saya mau pulang mbak, ketemu anak saya. Suami saya menjauhkan saya dari anak-anak saya. Saya merasa suami saya sudah tidak suka sama saya, saya rasa dia selingkuh” <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kooperatif - Mau menjawab pertanyaan yang diajukan - Klien tampak lebih banyak diam dan menyendiri - TD: 120/76 mmHg, - N: 89x/menit - S: 35,7°C, - RR: 18x/menit <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : lanjut SP II</p>	
17/11/21		<p>SP II (pertemuan kedua)</p> <p>Mengidentifikasi (menggali kemampuan) aspek p</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, aspek 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - “mbak Nia kan, iya mbak ingat” - “kalau di rumah, saya membuat rengginang dan 	

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<p>keluarga dan lingkungan (“boleh saya tahu aktivitas ibu di rumah apa saja bu?” “apakah ibu bekerja?” “lalu kalau disini aktivitas ibu biasanya apa?”)</p> <p>2. Bersama pasien membuat daftar tentang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspek positif pasien, keluarga dan lingkungan - Kemampuan yang dimiliki pasien (“saat disini, ibu bisa loh mengisi waktu senggang dengan yang biasa ibu lakukan di rumah seperti bersih-bersih tempat tidur”) <p>3. Utamakan memberi pujian yang realistic dan tindakan penilaian positif</p> <p>4. Saat bertemu pasien hindari penilaian negatif</p>	<p>dititipkan di warung-warung untuk dijual. Kalau disini gak ngapa-ngain, malu”</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kooperatif - Ekspresi wajah datar - Terkadang sedikit senyum - Klien mau memberitahu aktivitas saat di rumah - Klien tampak belum mampu menyusun daftar aspek positif dan kemampuan lain yang klien miliki <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu membina hubungan saling percaya - Klien mampu mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mengevaluasi kembali SP 1, didapatkan klien dapat membina hubungan saling percaya - Lanjutkan SP 2 	
22/11/21		<p>SP II (pertemuan ketiga) Mengidentifikasi (menggali kemampuan) as</p> <p>1. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, aspek keluarga dan lingkungan</p> <p>2. Bersama pasien membuat daftar tentang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspek positif pasien, keluarga dan lingkungan - Kemampuan yang dimiliki pasien <p>3. Utamakan memberi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - “iya mbak nia, baik mbak” - “kalau di rumah, saya suka bersih-bersih rumah. Kalau disini hanya bisa merapikan tempat tidur” <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kooperatif - Klien tampak tersenyum - Klien mampu mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang 	

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<p>pujian yang realistic dan tindakan penilaian positif</p> <p>Saat bertemu pasien hindari penilaian negatif</p>	<p>dimiliki</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 120/88 mmHg, - N: 90x/menit - S: 35,9°C, - RR: 18x/menit <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menggali aspek positif yang dimiliki - Klien mampu menerapkan kemampuan positif yang dimiliki, membersihkan tempat tidur <p>P : perawat menilai kembali kemampuan klien yang telah mandiri dan memasukkan kedalam jadwal harian klien. Masalah teratasi</p>	

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. U dengan diagnosa Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri pengumpulan dan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Keliat & Pawirowiyono, 2013). Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan klien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dapat terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada tahap pengkajian dengan wawancara dan observasi kondisi klien secara langsung, penulis menemukan bahwa klien merasa kurang percaya diri dan curiga terhadap suaminya yang sering pulang terlambat dan berulang kali mengatakan bahwa suami dendam pada klien dan ingin menjauhkan klien dengan anak-anaknya membuat klien merasa tidak berharga sehingga hubungan sosial klien dengan lingkungannya berubah. Hal ini sejalan dengan penelitian (Wijayati et al., 2020) bahwa keluarga merupakan sistem yang utama sebagai pendukung bagi klien dengan harga diri rendah untuk memberikan dukungan dan kalimat

pujian bagi klien yang memiliki harga diri rendah untuk mengembalikan kepercayaan klien yang hilang.

Selama proses pengkajian pada Ny. U terdapat adanya faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung dari proses pengkajian adalah klien kooperatif menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh penulis sehingga mempermudah penulis dalam menggali data-data masalah yang ada pada klien. Klien bersedia diajak berbicara dan senang saat diajak berbicara serta tidak menolak ajakan penulis dalam menggali data pada klien. Sedangkan faktor penghambat dalam melakukan pengkajian yaitu tidak adanya keluarga Klien untuk menggali informasi dan tidak dapat melakukan validasi data yang didapat dari klien sehingga penulis hanya mendapat data dari wawancara dan hasil observasi dengan klien.

4.2 Diagnosa

Menurut teori Erita dkk, (2019), terdapat 3 diagnosa masalah psikososial yaitu kecemasan, gangguan citra tubuh dan kehilangan. Sedangkan pada kasus nyata diagnosa yang muncul yaitu harga diri rendah, gangguan citra tubuh dan ansietas. Diagnosa keperawatan yang diangkat berdasarkan core problem adalah: Harga Diri Rendah. Alasan penulis mengangkat diagnosa harga diri rendah sebagai core problem adalah berdasarkan data pengkajian keluhan utama, tanda dan gejala yang paling menonjol adalah data yang menunjukkan klien dengan harga diri rendah. Harga diri rendah disebabkan banyak faktor salah satu faktor penyebabnya adalah koping tidak efektif. Awalnya individu berada pada satu situasi yang penuh stressor dengan bentuk tubuhnya, individu berusaha

menyelesaikan krisisnya tetapi tidak teratasi sehingga timbul pikiran bahwa dirinya tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi perannya.

Menurut penulis terdapat kesenjangan antar teori dan kasus nyata karena dalam analisa data dan diagnosa yang ada di teori dengan yang ada pada kasus Ny. U.

4.3 Perencanaan

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada diagnosa yaitu gangguan konsep diri: harga diri rendah yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) Klien yang terbagi dua strategi yang tertuju pada klien dan keluarga (Nurhalimah, 2016).

1. SP 1 pasien: pengkajian dan memilik konsep diri positif. Strategi ini berisikan bina hubungan saling percaya, bantu klien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang klien miliki, bantu klien menilai kemampuan klien yang masih dapat digunakan, bantu klien memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien, latih klien sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, beri pujian sewajarnya, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
2. SP 2 pasien: evaluasi jadwal kegiatan harian, latih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada kasus Ny. U tidak dilakukan SP keluarga karena penulis tidak bertemu dengan keluarganya secara langsung.

4.4 Tindakan Keperawatan

Pada tinjauan teori implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang akan dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Tindakan keperawatan harga diri rendah dilakukan terhadap pasien dan keluarga (pelaku rawat). Saat melakukan pengkajian, perawat menemui keluarga (pelaku rawat) terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Tetapi pada kenyataannya, penulis terdapat hambatan dengan tidak dapat menemui keluarganya sehingga penulis langsung mengkaji klien secara langsung (Nurhalimah, 2016). Selanjutnya penulis memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai oleh keadaan klien saat ini (*her and now*). Pada saat akan melaksanakan tindakan perawat membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan, waktu dan peran serta yang diharapkan klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien.

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan klien disebutkan terdapat 2 strategi pelaksanaan yang akan dilakukan, diantaranya:

1. SP 1 pasien: pengkajian dan memiliki konsep diri positif. Strategi ini berisikan bina hubungan saling percaya, bantu klien mengidentifikasi kemampuan dan

aspek positif yang klien miliki, bantu klien menilai kemampuan klien yang masih dapat digunakan, bantu klien memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien, latih klien sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, beri pujian sewajarnya, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

2. SP 2 pasien: evaluasi jadwal kegiatan harian, latih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada kasus Ny. U tidak dilakukan SP keluarga karena penulis tidak bertemu dengan keluarganya secara langsung

Tahap pelaksanaan ini, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien kooperatif dalam pelaksanaan kegiatan klien menuruti sesuai arahan yang diberikan perawat pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan mulai tanggal 15 November 2021 sampai dengan 22 November 2021.

SP1 dilaksanakan hanya dalam 1 (satu) kali pertemuan pada tanggal 15 November 2021 dikarenakan klien dapat memberikan respon baik terhadap perawat, dapat menjawab pertanyaan perawat dan mampu menyebutkan nama lengkap dan panggilan yang biasa digunakan sehari-hari dan klien mampu menjelaskan perasaannya.

SP 2 dilakukan selama 2 kali pertemuan pada tanggal 17 November 2021 dan 22 November 2021, pertemuan awal klien tidak mampu membuat daftar tentang aspek positif yang dimilikinya. Pada pertemuan kedua klien mampu mengevaluasi, melatih kegiatan selanjutnya, dan klien mampu memasukkan kegiatan tersebut ke dalam jadwal harian mengidentifikasi kemampuan positif yang masih dimiliki yaitu: menyapu, mengepel, memasak, mencuci baju dan

merapikan tempat tidur. Saat klien di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, yang dapat klien lakukan hanya merapikan tempat tidur setiap bangun tidur.

4.5 Evaluasi

Tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dapat dilaksanakan dengan baik dimana kami dapat mengetahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung. Evaluasi pada tinjauan pustaka berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon klien., Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi di lakukan setiap hari. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon klien terhadap intervensi keperawatan yang telah di lakukan.

Pada tanggal 15 November 2021 penulis melakukan SP 1, klien mampu membina hubungan saling percaya, klien mau menyebutkan nama panjang dan nama panggilannya, klien mampu menjelaskan perasaannya dengan masalah yang dialaminya. Hari berikutnya tanggal 17 November 2021 dan 22 November 2021 penulis melakukan SP 2, klien mampu mencapai SP2 dengan 2 (tiga) kemampuan diantaranya merapikan tempat tidur, dan berinteraksi dengan teman sekamarnya.

Pada tahap evaluasi klien mampu melakukan SP sesuai pertemuan,, Klien juga mampu menerapkan apa yang sudah di ajarkan pada jadwal kegiatan hariannya. Hal itu diketahui pada saat penulis mengamati dari jauh dan klien mengatakan pada penulis secara langsung. Tetapi tidak menutup kemungkinan rencana keperawatan yang di harapkan dapat tercapai secara keseluruhan oleh klien.

BAB 5

PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada klien dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan jiwa khususnya pada klien dengan diagnosa harga diri rendah.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah dibahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa harga diri rendah, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan jiwa diagnosa Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah pada Ny. U di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya didapati klien merasa kurang percaya diri dan curiga terhadap suaminya yang sering pulang terlambat dan berulang kali mengatakan bahwa suami dendam pada klien dan ingin menjauhkan klien dengan anak-anaknya membuat klien merasa tidak berharga sehingga hubungan sosial klien dengan lingkungannya berubah.
2. Diagnosa keperawatan yang diangkat berdasarkan core problem adalah: Harga Diri Rendah. Alasan penulis mengangkat diagnosa harga diri rendah sebagai core problem adalah berdasarkan data pengkajian keluhan utama, tanda dan gejala yang paling menonjol adalah data yang menunjukkan klien

dengan harga diri rendah. Harga diri rendah disebabkan banyak faktor salah satu faktor penyebabnya adalah koping tidak efektif.

3. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan harga diri rendah adalah SP 1 pasien: pengkajian dan memilik konsep diri positif. Strategi ini berisikan bina hubungan saling percaya, bantu klien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang klien miliki, bantu klien menilai kemampuan klien yang masih dapat digunakan, bantu klien memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien, latih klien sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, beri pujian sewajarnya, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 2 pasien: evaluasi jadwal kegiatan harian, latih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada kasus Ny. U tidak dilakukan SP keluarga karena penulis tidak bertemu dengan keluarganya secara langsung.
4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan harga diri rendah adalah SP 1 pasien: pengkajian dan memilik konsep diri positif. Strategi ini berisikan bina hubungan saling percaya, bantu klien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang klien miliki, bantu klien menilai kemampuan klien yang masih dapat digunakan, bantu klien memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien, latih klien sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, beri pujian sewajarnya, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 2 pasien: evaluasi jadwal kegiatan harian, latih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal

kegiatan harian. Pada kasus Ny. U tidak dilakukan SP keluarga karena penulis tidak bertemu dengan keluarganya secara langsung.

5. Evaluasi keperawatan yang dapat dilihat pada klien dengan harga diri rendah adalah klien mampu membina hubungan saling percaya, klien mau menyebutkan nama panjang dan nama panggilannya, klien mampu menjelaskan perasaannya dengan masalah yang dialaminya, klien mampu merapikan tempat tidur, dan berinteraksi dengan teman sekamarnya.

5.2 Saran

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

1. Bagi Institusi

Untuk lebih memperluas dan menambahkan pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. Bagi Penulis

Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional, penulis diharapkan agar lebih menambah pengetahuan dan wawasan mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa psikososial dengan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah, penulis lebih meningkatkan komunikasi terapeutik dalam berinteraksi dengan klien. Penulis juga mengerjakan kegiatan yang lebih di rencanakan untuk klien kemudian memantau Klien apakah kegiatan tersebut dilakukan atau tidak.

DAFTAR PUSTAKA

- Bayu Seto Rindi Atmojo, M. A. P. (2021). LITERATURE REVIEW: PENERAPAN LATIHAN KEMAMPUAN POSITIF TERHADAP PENINGKATAN HARGA DIRI RENDAH PADA KLIEN YANG MENGALAMI SKIZOFRENIA. *Nursing Science Journal (NSJ)*, Volume 2, Hal 55-62.
- Castro, N. B. de, Lopes, M. V. de O., & Monteiro, A. R. M. (2020). Low Chronic Self-Esteem and Low Situational Self-Esteem: a literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20180004. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0004>
- Damaiyanti, M., Iskandar, & Gunarsa, A. (2014). *Asuhan keperawatan jiwa*. Refika Aditama.
- Direja, A. H. S. (2011). *Buku ajar asuhan keperawatan jiwa*. http://ucs.sulsellib.net//index.php?p=show_detail&id=105461
- Erita dkk. (2019). *Buku Pedoman Praktik Klinik Keperawatan Jiwa*. Universitas Kristen Indonesia.
- Fitria, N. (2009). *Prinsip dasar dan aplikasi penulisan laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (LP dan SP) : untuk 7 diagnosis keperawatan jiwa berat bagi program S-1 Keperawatan / Nita Fitria | OPAC Perpustakaan Nasional RI*. Jakarta : Salemba Medika. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=697620>
- Keliat, B. A. (2011). *Buku Keperawatan: Buku Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Penerbit Buku Kedokteran: EGC. <https://egcmedbooks.com/buku/detail/610/keperawatan-kesehatan-jiwa-komunitas>
- Keliat, B. A., & Pawirowiyono, A. (2013). *Keperawatan jiwa : terapi aktivitas kelompok / Budi Anna Keliat, Akemat Pawirowiyono | OPAC Perpustakaan Nasional RI*. Jakarta : EGC. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=956221>
- Kemenkes. (2019). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kemenkes RI. <https://www.litbang.kemkes.go.id/hasil-utama-riskesdas-2018/>
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan keperawatan jiwa*. Yogyakarta : CV. Andi Offset. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1174507>
- Nurhalimah. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ramadhani, A. S., Rahmawati, A. N., & Apriliyani, I. (2021). Studi Kasus Harga Diri Rendah Kronis pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, 9(2), 13–23. <https://jurnal.stikes-notokusumo.ac.id/index.php/jkn/article/download/117/91>
- Riskesdas. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar*. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Sartika, R. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Dasar 2 Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan*. Andalas University Press.
- Sönmez, N., Romm, K. L., Østefjells, T., Grande, M., Jensen, L. H., Hummelen, B., Tesli, M., Melle, I., & Røssberg, J. I. (2020). Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial. *Comprehensive Psychiatry*, 97, 152157. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152157>

- Susilaningsih, I., Sari, R. N., Karya, A., & Nusantara, B. (2021). Literature Review : Terapi Kognitif Pada. *Jurnal Keperawatan*, 7(August 2020), 53–67.
- Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., Keperawatan, J., Kendari, P. K., & Keperawatan, J. (2020). *HIJP : HEALTH INFORMATION JURNAL PENELITIAN Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gang- guan Jiwa 1,3,4. 12.*
- Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa*.
- Yosep, I. (2011). *Keperawatan Jiwa*. PT Refika Aditama.
- Yusuf, A., Fatimah, & Nuryaningsih. (2015). *Buku Ajar Buku Ajar*.
- Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*, 5(5), 160–166.
<http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>

LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae

CURRICULUM VITAE

Nama : Ramdhonia Rahmawati
Tempat/Tgl Lahir : Surabaya, 10 Desember 1999
Agama : Islam
Alamat : Jl. Pragoto no. 50 RT 03/ RW 03 Kelurahan Simolawang,
Kecamatan Simokerto Kota Surabaya, Jawa Timur.
Email : ramdhoniarahma@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. Raudhatul Athfal Ibnu Husain Tahun 2003-2005
2. Madrasah Ibtidaiyah Ibnu Husain Tahun 2005-2011
3. MTS Amanatul Ummah Tahun 2011-2014
4. MA Bilingual Al-Amanah Tahun 2014-2017

Lampiran 2 Motto dan Persembahan

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“ بِالْعِلْمِ فَعَلَيْهِ أَرَادَهُمَا وَمَنْ بِالْعِلْمِ فَعَلَيْهِ الْآخِرَةُ أَرَادَ وَمَنْ بِالْعِلْمِ فَعَلَيْهِ الدُّنْيَا أَرَادَ مَنْ ”

(Sabda Rasulullah Saw)

Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kelancaran serta keberkahan dalam setiap langkah-langkah dalam proses pengerjaan KIA
2. Ramdhonia Rahmawati, diri saya sendiri. Terima kasih telah berusaha, berjuang dan bertahan hingga detik ini. Terima kasih sudah tidak pernah menyerah walau sering kali merasa salah. Terima kasih sudah mau menangis, tertawa, bersabar dan berpikir positif. *I love me.*
3. Abah dan Umik yang paling saya cintai yang telah memberikan motivasi, dukungan moril dan materil, serta doa dan semangat yang tiada henti-hentinya untuk kelancaran kuliah serta masa depan saya.
4. Suamiku tercinta Syaikhul Hadi yang telah memberikan motivasi, dukungan, cinta serta doa dan semangat yang tiada henti-hentinya.
5. Kakak-kakakku serta Kakak-kakak iparku tersayang yang selalu mendukung, mendoakan, dan memberi semangat dalam menuntut ilmu selama 4 tahun ini.
6. Teman-teman angkatan profesi ners terima kasih atas kesederhanaan dalam persahabatan ini membuat penulis selalu tersupport atas dukungan kalian

Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) Hari ke - 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)
HARI KE-1

Nama: Ny. U

Tanggal: 15 November 2021

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

DS: klien mengatakan bahwa suaminya sudah tidak mencintainya dan berusaha memisahkannya dengan anak-anaknya.

DO: klien tampak lebih banyak berdiam diri di tempat tidur dan jarang berinteraksi dengan temannya.

b. Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah

c. Tujuan

Tujuan umum : klien memiliki konsep diri yang positif

Tujuan khusus : membina hubungan saling percaya

d. Tindakan Keperawatan

SP 1: klien dapat membina hubungan saling percaya

- 1) Sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal
- 2) Perkenalkan diri dengan sopan
- 3) Tanyakan nama lengkap pasien dengan dan nama panggilan yang disukai
- 4) Jelaskan tujuan pertemuan
- 5) Jujur dan menepati janji
- 6) Tunjukkan sikap simpati dan menerima pasien apa adanya
- 7) Tunjukkan dan beri perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar pasien

2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Salam Terapeutik

“Selamat sore Bu. Boleh saya berkenalan? Perkenalkan nama saya Ramdhonia, biasa dipanggil Nia. Saya mahasiswi Stikes Hang Tuah Surabaya yang sedang praktik disini. Kalau boleh tahu nama Ibu siapa? Biasanya dipanggil siapa Bu?”

b. Evaluasi atau validasi

“Bagaimana perasaan Bu U hari ini? Bagaimana tidurnya semalam, nyenyak? Apa ibu masih ingat kenapa ibu dibawa kesini?”

c. Kontrak

1) Topik

“Baiklah, bagaimana kalau kita berbincang tentang hobi atau kegiatan yang ibu suka”

2) Tempat

“Dimana kita bisa berbincang-bincang? Bagaimana kalau di depan kamar ibu?”

3) Waktu

“ibu mau kita ngobrol berapa lama? bagaimana jika 15 menit? Setuju? Oke”

4) Kerja (Tindakan)

“sekarang ibu saya ajak ngobrol ya? Ibu ga usah malu saya ajak ngobrol, ibu ungkapin saja apa yang ibu rasakan ”

”ibu tinggalnya dimana? Asalnya dari mana bu? Ibu sudah berapa lama disini?”

“masih ingat tidak siapa yang bawa ibu kesini? Menurut ibu, kenapa ibu dibawa kesini”

“selama disini, setiap hari apa yang ibu lakukan? Bagaimana perasaan ibu saat melakukan kegiatan itu”

“kalau boleh tahu hobi ibu apa? Kegiatan yang sering ibu lakukan di rumah apa?”

“apakah ibu sering melakukan kegiatan itu?”

d. Terminasi

1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

a) Evaluasi klien subyektif

“Bagaimana perasaannya bu setelah kita berbincang-bincang hari ini?”

b) Evaluasi perawat obyektif

- Klien mampu mengungkapkan/ mengulang kembali pembicaraan
- Klien mampu mempertahankan kontak mata
- Klien mau melakukan aktivitas yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki

c) Tindak lanjut klien

“bu, kalau ada yang mau ditanyakan/diceritakan pada saya, ibu bisa sampaikan saat kita ketemu lagi”

2) Kontrak yang akan datang

a) Topik

“saya kira sekian dulu perbincangan kita hari ini. Nanti kita lanjutkan dengan membahas hobi dan kegiatan apa saja yang ibu sukai”

b) Tempat

“ibu mau dimana? Oke lusa di depan kamar ibu lagi ya”

c) Waktu

“lusa mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 13.00 siang setelah makan siang? Baik berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit, setuju? Baik sampai bertemu lusa ya bu”

Lampiran 4 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) Hari ke - 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
HARI KE-2

Nama: Ny. U

Tanggal: 17 November 2021

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

DS: klien mengatakan bahwa nama lengkapnya U, dipanggilnya bu U.

DO: klien tampak berekspresi datar saat diajak bicara, pasien cukup kooperatif dan mau menjawab pertanyaan yang diajukan.

b. Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah

c. Tujuan

Tujuan umum : klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

Tujuan khusus : klien dapat menyebutkan kemampuan yang dimiliki, aspek positif keluarga dan lingkungan.

d. Tindakan Keperawatan

SP 2: klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

- 1) Diskusikan kemampuan aspek positif keluarga dan lingkungan yang dimiliki pasien
- 2) Bersama pasien membuat daftar tentang
 - Aspek positif pasien, keluarga, dan lingkungan
 - Kemampuan yang dimiliki pasien
- 3) Utamakan memberi pujian yang realistis dan tindakan penilaian negatif

2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Salam Terapeutik

“Selamat siang Bu U. Apa masih ingat dengan saya yang ngobrol 2 hari lalu? Coba sebutkan nama saya”

b. Evaluasi atau validasi

“bagus sekali, ternyata ibu masih ingat nama saya. Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apa masih ingat topik yang akan kita bicarakan hari ini?”

c. Kontrak

1) Topik

“Baiklah, bagaimana kalau kita berbincang tentang aspek dan kemampuan yang ibu miliki”

2) Tempat

“Dimana kita bisa berbincang-bincang? Bagaimana kalau di depan kamar ibu?”

3) Waktu

“ibu mau kita ngobrol berapa lama? bagaimana jika 15 menit? Setuju? Oke”

4) Kerja (Tindakan)

“apa yang biasa yang dilakukan/kerjakan di rumah? ”

”sekarang kegiatan apa yang bisa ibu lakukan disini?”

“apa yang menarik dari kegiatan tersebut”

“apa ada kemampuan lain yang ibu miliki?”

d. Terminasi

1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

a) Evaluasi klien subyektif

“Bagaimana perasaannya bu setelah kita berbincang-bincang hari ini?”

b) Evaluasi perawat obyektif

- Klien mampu mengungkapkan/ mengulang kembali pembicaraan
- Klien mampu mempertahankan kontak mata
- Klien mau melakukan aktivitas yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki

c) Tindak lanjut klien

“baiklah, sekarang coba ibu ingat-ingat lagi kemampuan lain yang ibu miliki yang belum kita bicarakan? Coba ibu ingat-ingat kira-kira kemampuan apalagi yang ibu miliki yang bisa dilakukan disini?”

2) Kontrak yang akan datang

a) Topik

“saya kira sekian dulu perbincangan kita hari ini. Nanti kita membahas tentang kemampuan mana yang ibu miliki yang masih bisa dilakukan disini dan kemampuan yang dapat dilakukan di rumah”

b) Tempat

“ibu mau dimana? Oke senin minggu depan di depan kamar ibu lagi ya”

c) Waktu

“untuk pertemuan selanjutnya mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00 pagi setelah senam? Baik berapa lama?”

Bagaimana kalau 15 menit, setuju? Baik sampai bertemu lagi ya bu”

Lampiran 5 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) Hari ke - 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
HARI KE-3

Nama: Ny. U

Tanggal: 22 November 2021

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

DS: klien mengatakan kalau di rumah suka membuat rengginang dan dijual di warung-warung dekat rumah.

DO: klien tampak berekspresi datar saat diajak bicara, pasien cukup kooperatif dan terkadang terlihat senyum-senyum saat diajak bicara serta mau menjawab pertanyaan yang diajukan.

b. Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah

c. Tujuan

Tujuan umum : klien dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki dan dapat menetapkan jadwal kegiatan harian sesuai kemampuan yang dimiliki.

Tujuan khusus : klien dapat menyebutkan kemampuan yang dimiliki dan dapat menetapkan jadwal kegiatan harian sesuai kemampuan yang dimiliki.

d. Tindakan Keperawatan

SP 2: klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki dan dapat menetapkan jadwal kegiatan harian sesuai kemampuan yang dimiliki

1) Diskusikan kemampuan yang dapat dilakukan selama di RS

2) Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan dirumah

3) Meminta klien untuk memilih 1 kegiatan yang mau dilakukan di RS

4) Utamakan memberi pujian yang realistik dan tindakan penilaian positif

5) Saat bertemu klien, hindarkan memberi penilaian negatif

2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi Bu U. Apa masih ingat dengan saya yang ngobrol 2 hari lalu? Coba sebutkan nama saya”

b. Evaluasi atau validasi

“bagus sekali, ternyata ibu masih ingat nama saya. Bagaimana perasaan ibu hari ini? Bagaimana tidurnya semalam, nyenyak?”

c. Kontrak

1) Topik

“Baiklah, masih ingat tidak topik yang akan kita bahas hari ini? Kita akan membahas tentang kemampuan yang masih bisa ibu lakukan selama di RS”

2) Tempat

“sesuai dengan janji, Bagaimana kalau kita ngobrol di depan kamar ibu?”

3) Waktu

“ibu mau kita ngobrol berapa lama? bagaimana jika 15 menit? Setuju? Oke”

4) Kerja (Tindakan)

“pada pertemuan sebelumnya kita telah membahas apa yang biasa ibu lakukan / kerjakan di rumah. Ibu kan bisa membuat rengginang

kalau di rumah. Nah kalau disini apa kegiatan yang biasa ibu lakukan?”

”baik membersihkan tempat tidur ya, lalu apakah ada kegiatan lain yang bisa ibu lakukan di RS?”

“bagus sekali ibu membersihkan tempat tidurnya setiap hari, kalau bisa ibu juga harus aktif di kegiatan senam pagi ya bu”

“selain itu apa ibu biasanya ngobrol dengan teman/perawat disini?”

“apakah ibu senang punya banyak teman?”

“bagus sekali ibu sudah mau mencobanya”

d. Terminasi

1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

a) Evaluasi klien subyektif

“Bagaimana perasaannya bu setelah kita berbincang-bincang hari ini?”

b) Evaluasi perawat obyektif

- Klien mampu mengungkapkan perasaannya
- Klien mampu mempertahankan kontak mata
- Klien mau melakukan aktivitas yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki
- Klien mau tersenyum dan menganggukkan kepala

c) Tindak lanjut klien

“baiklah bu, sekarang ibu bisa istirahat. Kalau nanti ada yang mau ditanyakan atau di ceritakan, ibu bisa sampaikan pada saya saat bertemu saya lagi”

2) Kontrak yang akan datang

a) Topik

“saya kira sekian dulu perbincangan kita hari ini. Bagaimana kalau pada pertemuan berikutnya kita membahas dan mempraktikkan tentang kemampuan yang ibu yang miliki biasa dilakukan disini”

b) Tempat

“ibu mau dimana? Oke besok di kamar ibu ya”

c) Waktu

“untuk pertemuan selanjutnya mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00 pagi setelah senam? Baik berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit, setuju? Baik sampai bertemu lagi ya bu”

Lampiran 6 Analisa Proses Interaksi (API) Hari Ke - 1

ANALISA PROSES INTERAKSI

HARI KE-1

Nama klien : Ny. U

Umur : 44 tahun

Status interaksi: Interaksi 1 (fase orientasi)

Lingkungan : Dilaksanakan di depan kamar klien. Perawat dan klien duduk berdampingan, kondisi klien tenang

Deskripsi klien: Klien memakai seragam ruang flamboyan, terlihat rapi dan bersih

Tujuan : Klien mampu membina hubungan saling percaya

Hari/tanggal : Senin, 15 November 2021

Komunikasi Verbal	Komunikasi Nonverbal	Analisa	Rasional
P: "selamat pagi Bu" K: "pagi mbak"	P: memandangi klien dan tersenyum K: ekspresi wajah tampak datar	P: ingin membuka percakapan dengan klien dan berharap dengan sapaan sederhana perawat bisa diterima oleh klien K: masih ragu terhadap orang baru yang masuk dilingkungannya.	Salam merupakan pembuka untuk memulai sesuatu percakapan hingga dapat terjalin rasa percaya
P: "perkenalkan saya Ramdhonia, biasa di panggil Nia, mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya yang praktik disini. Kalau boleh tahu namanya siapa? Biasanya di panggil siapa?" K: "U, panggilannya ya U"	P: memandangi klien sambil mengulurkan tangan K: ekspresi datar, klien mau menjawab pertanyaan perawat	P: merasa senang ada sedikit jawaban dari klien K: ragu terhadap orang baru	Memperkenalkan diri dapat meningkatkan dan menciptakan rasa percaya klien terhadap perawat
P: "ibu asalnya dari mana?"	P: tersenyum sambil	P: mengkaji daya ingat klien	Usia mempengaruhi daya ingat seseorang

Komunikasi Verbal	Komunikasi Nonverbal	Analisa	Rasional
<p>sekarang usianya berapa?” K: “Tuban mbak, 44 tahun” P: “ibu ingat tidak kenapa dibawa kesini?” K: “iya ingat”</p>	<p>memandang klien K: kontak mata cukup, klien tampak berpikir</p>	<p>K: mengingat-ingat kejadian</p>	
<p>P: “ibu ingat tidak siapa yang bawa ibu kesini?” K: “suami saya, tapi saya tidak tahu kenapa saya dibawa kesini”</p>	<p>P: melakukan kontak mata dengan klien K: menatap dengan ekspresi datar</p>	<p>P: menemukan pertanyaan yang belum mengarah ke harga diri rendah K: mencoba bercerita</p>	<p>Klien merasa didengarkan dan mulai bercerita tentang keadaannya</p>
<p>P: “boleh ibu ceritakan kenapa suami ibu bawa ibu kesini?” K: “suami saya itu kayaknya dendam sama saya mbak. Padahal saya kenapa-kenapa kok dibawa kesini. Suami saya sudah tidak mencintai saya lagi kayaknya”</p>	<p>P: melakukan kontak mata dengan klien dan memperhatikan K: cerita sambil menatap sedih dan menunduk</p>	<p>P: mengkaji terkait kata-katanya tadi dan dicocokkan dengan data rekam medik, ditemukan harga diri rendah K: menceritakan dengan serius</p>	<p>Harga diri rendah kemungkinan terjadi karena trauma pasca cerai dengan suami</p>
<p>P: “ibu tahu sekarang ada dimana? Apa ibu betah tinggal disini?” K: “iya tahu, di rumah sakit jiwa. Tidak saya mau pulang”</p>	<p>P: menepuk bahu klien K: menoleh pada perawat</p>	<p>P: mencoba mengalihkan pembicaraan K: teralihkan pertanyaan baru</p>	<p>Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri rendahnya</p>
<p>P: “bagaimana perasaan ibu hari ini? Semalam bisa tidur? Tidurnya nyenyak tidak?”</p>	<p>P: memandang klien dan memperhatikan K: berekspresi datar dan diam dengan tatapan</p>	<p>P: mengajak klien berbincang-bincang terus sampai klien mau bicara lagi K: tetap diam</p>	<p>Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri rendahnya</p>

Komunikasi Verbal	Komunikasi Nonverbal	Analisa	Rasional
K: (klien diam)	kosong		

Lampiran 7 Analisa Proses Interaksi (API) Hari Ke - 2

ANALISA PROSES INTERAKSI

HARI KE-2

Nama klien : Ny. U

Umur : 44 tahun

Status interaksi: Interaksi 2

Lingkungan : Dilaksanakan di depan kamar klien. Perawat dan klien duduk berdampingan, kondisi klien tenang

Deskripsi klien: Klien memakai seragam ruang flamboyan, terlihat rapi dan bersih

Tujuan : Klien mampu mengidentifikasi aspek positif & kemampuan klien

Hari/tanggal : Rabu, 17 November 2021

Komunikasi Verbal	Komunikasi Nonverbal	Analisa	Rasional
P: “selamat pagi Bu” K: “pagi mbak”	P: memandangi klien dan tersenyum K: ekspresi wajah tampak datar	P: ingin membuka percakapan dengan klien dan berharap dengan sapaan sederhana perawat bisa diterima oleh klien K: masih ragu terhadap orang baru yang masuk dilingkungannya.	Salam merupakan pembuka untuk memulai sesuatu percakapan hingga dapat terjalin rasa percaya
P: “Apa masih ingat dengan saya yang ngobrol 2 hari lalu? Coba sebutkan nama saya?” K: “mbak nia”	P: memandangi klien sambil mengulurkan tangan K: ekspresi datar, klien mau menjawab pertanyaan perawat	P: merasa senang ada sedikit jawaban dari klien K: ragu terhadap orang baru	Memperkenalkan diri dapat meningkatkan dan menciptakan rasa percaya klien terhadap perawat
P: “bagus sekali, ternyata ibu masih ingat nama saya. Bagaimana perasaan ibu	P: tersenyum sambil memandangi klien K: kontak mata cukup, klien tampak berpikir	P: mengkaji daya ingat klien K: mengingat-ingat kejadian	Usia mempengaruhi daya ingat seseorang

Komunikasi Verbal	Komunikasi Nonverbal	Analisa	Rasional
hari ini? Apa masih ingat topik yang akan kita bicarakan hari ini” K: “iya mbak”			
P: “Baiklah, bagaimana kalau kita berbincang tentang aspek dan kemampuan yang ibu miliki?” “Dimana kita bisa berbincang-bincang? Bagaimana kalau di depan kamar ibu” K: “iya mbak”	P: melakukan kontak mata dengan klien K: menatap dengan ekspresi datar	P: menemukan pertanyaan yang belum mengarah ke harga diri rendah K: mencoba bercerita	Klien merasa didengarkan dan mulai bercerita tentang keadaannya
P: “apa yang biasa yang dilakukan/ kerjakan di rumah?” K: “saya suka bersih-bersih mbak”	P: melakukan kontak mata dengan klien dan memperhatikan K: cerita sambil menunduk	P: mengkaji terkait kata-katanya tadi dan dicocokkan dengan data rekam medik, ditemukan harga diri rendah K: menceritakan dengan serius	Harga diri rendah kemungkinan terjadi karena trauma pasca cerai dengan suami
P: “sekarang kegiatan apa yang bisa ibu lakukan disini?” K: “Cuma beres-beres tempat tidur”	P: menepuk bahu klien K: menoleh pada perawat	P: mencoba mengalihkan pembicaraan K: teralihkan pertanyaan baru	Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri rendahnya
P: “apa ada kemampuan lain yang ibu miliki?” K: saya kalau di rumah juga bersih-bersih rumah. Nyapu ngepel	P: memandangi klien dan memperhatikan K: menatap perawat dengan ekspresi datar	P: mengajak klien berbincang-bincang terus sampai klien mau bicara lagi K: tetap diam	Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri rendahnya
P: “Bagaimana perasaannya bu setelah kita	P: memandangi klien dan memperhatikan	P: mengajak klien berbincang-bincang terus sampai klien	Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri

Komunikasi Verbal	Komunikasi Nonverbal	Analisa	Rasional
berbincang-bincang hari ini?" K: (klien diam)	K: berekspresi datar dan diam dengan tatapan kosong	mau bicara lagi K: tetap diam	rendahnya
P: "saya kira sekian dulu perbincangan kita hari ini. Nanti kita membahas tentang kemampuan mana yang ibu miliki yang masih bisa dilakukan disini dan kemampuan yang dapat dilakukan di rumah?" K: (klien diam)	P: memandangi klien dan memperhatikan K: berekspresi datar dan diam dengan tatapan kosong	P: mengajak klien berbincang-bincang terus sampai klien mau bicara lagi K: tetap diam	Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri rendahnya
P: "ibu mau dimana? Oke senin minggu depan di depan kamar ibu lagi ya?" K: "iya"	P: memandangi klien dan memperhatikan K: berekspresi datar dengan tatapan kosong	P: mengajak klien berbincang-bincang terus sampai klien mau bicara lagi K: klien menjawab dengan singkat	Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri rendahnya

Lampiran 8 Analisa Proses Interaksi (API) Hari Ke - 3

ANALISA PROSES INTERAKSI HARI KE-3

Nama klien : Ny. U

Umur : 44 tahun

Status interaksi: Interaksi 3

Lingkungan : Dilaksanakan di depan kamar klien. Perawat dan klien duduk berdampingan, kondisi klien tenang

Deskripsi klien: Klien memakai seragam ruang flamboyan, terlihat rapi dan bersih

Tujuan : Klien mampu melatih aspek positif dan kemampuan klien

Hari/tanggal : Senin, 22 November 2021

Komunikasi Verbal	Komunikasi Nonverbal	Analisa	Rasional
P: "selamat pagi Bu" K: "pagi mbak"	P: memandangi klien dan tersenyum K: ekspresi wajah tampak datar	P: ingin membuka percakapan dengan klien dan berharap dengan sapaan sederhana perawat bisa diterima oleh klien K: masih ragu terhadap orang baru yang masuk dilingkungannya.	Salam merupakan pembuka untuk memulai sesuatu percakapan hingga dapat terjalin rasa percaya
P: "Apa masih ingat dengan saya yang ngobrol 2 hari lalu? Coba sebutkan nama saya?" K: "mbak nia"	P: memandangi klien sambil mengulurkan tangan K: ekspresi datar, klien mau menjawab pertanyaan perawat	P: merasa senang ada sedikit jawaban dari klien K: ragu terhadap orang baru	Memperkenalkan diri dapat meningkatkan dan menciptakan rasa percaya klien terhadap perawat
P: "bagus sekali, ternyata ibu masih ingat nama saya. Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apa masih ingat	P: tersenyum sambil memandangi klien K: kontak mata cukup, klien tampak berpikir	P: mengkaji daya ingat klien K: mengingat-ingat kejadian	Usia mempengaruhi daya ingat seseorang

Komunikasi Verbal	Komunikasi Nonverbal	Analisa	Rasional
<p>topik yang akan kita bicarakan hari ini” K: “iya mbak”</p>			
<p>P: “Baiklah, masih ingat tidak topik yang akan kita bahas hari ini? Kita akan membahas tentang kemampuan yang masih bisa ibu lakukan selama di RS” K: “iya mbak”</p>	<p>P: melakukan kontak mata dengan klien K: menatap dengan ekspresi datar</p>	<p>P: menemukan pertanyaan yang belum mengarah ke harga diri rendah K: mencoba bercerita</p>	<p>Klien merasa didengarkan dan mulai bercerita tentang keadaannya</p>
<p>P: “pada pertemuan sebelumnya kita telah membahas apa yang biasa ibu lakukan / kerjakan di rumah. Ibu kan bisa membuat rengginang kalau di rumah. Nah kalau disini apa kegiatan yang biasa ibu lakukan?” K: “membersihkan tempat tidur mbak”</p>	<p>P: melakukan kontak mata dengan klien dan memperhatikan K: cerita sambil memandang jendela kamar</p>	<p>P: mengkaji terkait kata-katanya tadi dan dicocokkan dengan data rekam medik, ditemukan harga diri rendah K: menceritakan dengan serius</p>	<p>Harga diri rendah kemungkinan terjadi karena trauma pasca cerai dengan suami</p>
<p>P: “baik membersihkan tempat tidur ya, lalu apakah ada kegiatan lain yang bisa ibu lakukan di RS?” K: “Cuma beres-beres tempat tidur”</p>	<p>P: menepuk bahu klien K: menoleh pada perawat</p>	<p>P: mencoba mengalihkan pembicaraan K: teralihkan pertanyaan baru</p>	<p>Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri rendahnya</p>
<p>P: “bagus sekali ibu membersihkan</p>	<p>P: memandang klien dan memperhatikan</p>	<p>P: mengajak klien berbincang-bincang terus sampai klien</p>	<p>Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri</p>

Komunikasi Verbal	Komunikasi Nonverbal	Analisa	Rasional
<p>tempat tidurnya setiap hari, kalau bisa ibu juga harus aktif di kegiatan senam pagi ya bu”</p> <p>“selain itu apa ibu biasanya ngobrol dengan teman/perawat disini?”</p> <p>K: “sama orang samping tempat tidur saya”</p> <p>P: “bagus sekali ibu sudah mau mencobanya”</p>	<p>K: menatap perawat dengan ekspresi datar</p>	<p>mau bicara lagi</p> <p>K: tetap diam</p>	<p>rendahnya</p>
<p>P: “Bagaimana perasaannya bu setelah kita berbincang-bincang hari ini?”</p> <p>K: (klien diam)</p>	<p>P: memandangi klien dan memperhatikan</p> <p>K: berekspresi datar dan diam dengan tatapan kosong</p>	<p>P: mengajak klien berbincang-bincang terus sampai klien mau bicara lagi</p> <p>K: tetap diam</p>	<p>Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri rendahnya</p>
<p>P: “saya kira sekian dulu perbincangan kita hari ini. Bagaimana kalau pada pertemuan berikutnya kita membahas dan mempraktikkan tentang kemampuan yang ibu yang miliki biasa dilakukan disini”</p> <p>K: (klien diam)</p>	<p>P: memandangi klien dan memperhatikan</p> <p>K: berekspresi datar dan diam dengan tatapan kosong</p>	<p>P: mengajak klien berbincang-bincang terus sampai klien mau bicara lagi</p> <p>K: tetap diam</p>	<p>Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri rendahnya</p>
<p>P: “ibu mau dimana? Oke senin minggu depan di depan kamar ibu lagi ya?”</p>	<p>P: memandangi klien dan memperhatikan</p> <p>K: berekspresi datar dengan tatapan kosong</p>	<p>P: mengajak klien berbincang-bincang terus sampai klien mau bicara lagi</p> <p>K: klien menjawab dengan singkat</p>	<p>Pengalihan agar klien tidak larut dalam harga diri rendahnya</p>

Komunikasi Verbal	Komunikasi Nonverbal	Analisa	Rasional
K: "iya"			