

**KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. A MASALAH UTAMA
HARGA DIRI RENDAH KRONIK (HDRK) DENGAN
DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI DESA
TROSOBO KECAMATAN KRIAN**



Oleh :

PUTRI APRILIA RIFAH, S.Kep
NIM. 203.0089

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

**KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. A MASALAH UTAMA
HARGA DIRI RENDAH KRONIK (HDRK) DENGAN
DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI DESA
TROSOBO KECAMATAN KRIAN**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelas Ners**



Oleh :

PUTRI APRILIA RIFAH, S.Kep
NIM. 203.0089

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 22 Juli 2021
Penulis

Putri Aprilia Rifah, S.Kep
NIM. 203.0089

HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Putri ApriliaRifah, S.Kep
NIM : 203.0089
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Masalah Utama Harga Diri Rendah Kronik (Hdrk) Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Desa Trosobo Kecamatan Krian Kabupaten Sidoarjo

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.,)

Surabaya, 22 Juli 2021
Pembimbing



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

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda., M.Kep., Sp., Kep.MB
NIP. 03.020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 22 Juli 2021

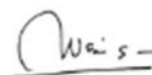
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Putri Aprilia Rifah, S.Kep
NIM : 203.0089
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Masalah Utama Harga Diri Rendah Kronik (Hdrk) Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Desa Trosobo Kecamatan Krian Kabupaten Sidoarjo

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 program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

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



Penguji II : Lela Nurlela, S.Kp., Ns., M.Kep
NIP. 03021



Penguji III : Dyas Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03007



Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda., M.Kep., Sp., Kep.MB
NIP. 03.020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 22 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan Ketua Penguji yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Ns. Nuh Huda., M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
3. Ibu Lela Nurlela., S.Kp., M.Kes, selaku Penguji II yang selalu memberikan dorongan penuh dan semangat, kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya
4. Ns. Dya Sustrami, S.Kep., M.Kes, selaku Pembimbing yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
6. Bapak Hari selaku Ketua RT Perum Trosobo, yang telah mengizinkan saya untuk dapat melakukan interaksi dan mengambil data salah satuarganya.
7. Kepada Keluarga Tn. A, yang telah mengizinkan saya untuk dapat wawancara secara langsung kepada Tn. A sebagai responden saya.
8. Teman-teman Ners A.11 seperjuangan tersayang dalam nauangan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan ini tetap terjalin.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik

semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

COVER	i
HALAMAN AWAL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	2
1.3.1 Tujuan Umum	2
1.3.2 Tujuan Khusus.....	2
1.4 Manfaat Penulisan.....	2
1.3.1 Manfaat Teoritis	3
1.3.2 Manfaat Praktis	3
1.5 Metode Penulisan.....	4
1.6 Sistematika Penulisan	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Skizofrenia	8
2.1.1 Definisi Skizofrenia.....	8
2.1.2 Etiologi Skizofrenia.....	8
2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia	10
2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia	11
2.2 Konsep Harga Diri Rendah (HDR).....	14
2.2.1 Pengertian Harga Diri Rendah Kronik	14

2.2.1	Rentang Respon Harga Diri Rendah Kronik	9
2.2.3	Faktor Predisposisi Harga Diri Rendah Kronik	10
2.2.4	Faktor Presipitasi Harga Diri Rendah Kronik	11
2.2.5	Proses Terjadinya Harga Diri Rendah Kronik	12
2.2.6	Tanda Dan Gejala Harga Diri Rendah	13
2.2.7	Mekanisme Koping Harga Diri Rendah Kronik	14
2.2.8	Penatalaksanaan Pada Harga Diri Rendah Kronik	15
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah Kronik (HDRK)	17
2.3.1	Pohon Masalah Harga Diri Rendah Kronik	27
2.3.2	Diagnosa Keperawatan yang Muncul	27
2.3.3	Perencanaan Tindakan Keperawatan.....	27
2.3.4	Evaluasi	28
2.3.5	Rencana Tindak Lanjut	28
2.3.6	SPTK	29
2.4	Konsep Komunikasi Terapeutik.....	30
2.4.1	Defini Komunikasi Terapeutik.....	30
2.4.2	Tujuan Komunikasi Terapeutik.....	31
2.4.3	Tahapan Komunikasi Terapeutik	32
2.4.4	Prinsip Komunikasi Terapeutik.....	34
2.4.5	Karakteristik Komunikasi Terapeutik	35
2.5	Konsep Keluarga.....	36
2.5.1	Definisi Keluarga	36
2.5.2	Fungsi Keluarga	36
2.5.3	Peran Keluarga	38
2.5.4	Paradigma Keperawatan Keluarga.....	39
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		30
3.1	Identitas Klien	30
3.1.1	Keluhan	30
3.1.2	Faktor Predisposisi	30
3.2	Pemeriksaan Fisik	31
3.3	Psikososial.....	32
3.3.1	Genogram :.....	32

3.3.2 Konsep Diri	32
3.3.3 Hubungan Sosial :	33
3.3.4. Spiritual	33
3.4 Status Mental.....	33
3.4.1 Penampilan :	33
3.4.2. Pembicaraan :	33
3.4.3 Psikologi :	34
3.4.4. Afek dan Emosi.....	34
3.4.5 Interaksi selama wawancara :	34
3.4.6. Persepsi – sensorik :	34
3.4.7. Proses Pikir	35
3.4.8 Memori :	35
3.4.9 Tingkat Konsentrasi dan berhitung :	36
3.4.10 Kemampuan Penilaian :	36
3.4.11 Daya Tilik Diri :	36
3.5 Kebutuhan Perencanaan Pulang.....	36
3.5.1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan :	36
3.5.2. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL) :	37
3.6 Kemampuan klien dalam hal-hal berikut ini :	38
3.6.1 Klien memiliki sistem pendukung :	38
3.7 Aspek medis	40
3.8 Daftar diagnosa keperawatan	40
3.9 Analisa Data	41
3.10 Pohon Masalah	43
3.11 Rencana Keperawatan Jiwa.....	31
3.12 Implementasi Dan Evaluasi.....	34
BAB 4 PEMBAHASAN	51
4.1 Pengkajian	51
4.2 Diagnosa Keperawatan	52
4.3 Rencana Keperawatan.....	53
4.4 Tindakan Keperawatan	54
4.5 Evaluasi	56

BAB 5 PENUTUP	57
5.1 Simpulan	57
5.2 Saran	58
5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan	58
5.2.2 Bagi Penulis Selanjutnya.....	58
DAFTAR PUSTAKA	59

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Sub Bab Sistematika Penulisan.....	5
Tabel 3.1 Kemampuan klien memenuhi kebutuhan.....	36
Tabel 3.2 Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)	37
Tabel 3.3 Analisa Data.....	41
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan.....	31
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....	34

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Harga Diri Rendah	9
---	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	61
Lampiran 2 Motto dan Persembahan.....	62
Lampiran 3 SPTKKE - 1.....	63
Lampiran 4 SPTKKE - 2.....	66
Lampiran 5 Analisa Proses Interaksi	68
Lampiran 6 Format Asuhan Keperawatan.....	71

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat menangani tekanan, bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunikasinya ((UU No.18 tahun 2014., 2014). Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri, sering juga disertai dengan kurangnya perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan menurun, tidak berani bertatap muka dengan lawan bicara, lebih banyak menundukkan kepala, berbicara lambat dan nada suara lemah (Keliat dalam (Suerni, 2018). Seseorang yang mengalami harga diri rendah akan memengaruhi semua aspek dari kehidupannya yang ditandai dengan gejala-gejala psikotik yang khas dan terjadi, kemunduran fungsi sosial. Gejala yang lebih banyak muncul yaitu depresi pada pasien yang mengganggu konsep diri pasien sehingga menjadikan kurangnya penerimaan pasien dilingkungan keluarga dan masyarakat terhadap kondisi yang dialami oleh seseorang tersebut. Gangguan jiwa yang terjadi dengan masalah harga diri rendah perlu menjadi di masyarakat perlu perhatian dan penanganan khusus (Nurjihan, 2018)

Data (WHO, 2019) menyebutkan bahwa, sebanyak 21 juta orang menderita skizofrenia. Data (Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2018) menunjukkan prevalensi skizofrenia atau psikosis di Indonesia sebanyak 1,8 per 1000 penduduk. Prevalensi nasional gangguan jiwa berat adalah 1.7%.. Menurut Riset Kesehatan

Dasar (Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2018) menunjukkan bahwa prevalensi harga diri rendah di Indonesia sebanyak 6,7%. Prevalensi tertinggi di DI Yogyakarta dan Bali dengan masing-masing 10,4% dan 11,1%. Di Jawa Timur sendiri menduduki peringkat 20 dengan jumlah 6,4%. Didukung penelitian yang dilakukan oleh Fitri (2020) karakteristik pasien gangguan jiwa menunjukkan bahwa sebagian besar berjenis kelamin perempuan (76,2%) rentang usia terbanyak adalah 41-46 tahun.

Harga diri tinggi atau positif ditandai dengan ansietas yang rendah, efektif dalam kelompok, dan diterima oleh orang lain. Individu yang memiliki harga diri tinggi menghadapi lingkungan secara aktif dan mampu beradaptasi secara efektif untuk berubah serta cenderung merasa aman sedangkan individu yang memiliki harga diri rendah melihat lingkungan dengan cara negatif dan menganggapnya sebagai ancaman bagi dirinya. Harga diri rendah melibatkan evaluasi diri yang negatif dan berhubungan dengan perasaan yang lemah, tidak berdaya, putus asa, ketakutan, rentan, rapuh, tidak lengkap, dan tidak berharga (Stuart, G, 2016) Tanda dan gejala harga diri rendah meliputi perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit. Rasa bersalah terhadap diri sendiri, merendahkan martabat, gangguan hubungan sosial, percaya diri yang kurang, dan mencederai diri sendiri (Muhith Abdul, 2015). Adapun dampak yang terjadi jika harga diri rendah tidak dapat diatasi akan mengakibatkan seseorang mengalami isolasi sosial. Untuk itu perlu penanganan lebih lanjut yang harus dilakukan perawat terhadap pasien yang mengalami harga diri rendah (Yusuf, A., Fitriyarsari, R., & Endang, 2015). Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya. Ketika seseorang mengalami harga diri

rendah maka akan berdampak pada orang tersebut mengisolasi dirinya dari kelompok dan cenderung lebih menyendiri dan menarik diri (Prabowo, 2014)

Upaya yang dilakukan mengatasi pasien dengan gangguan konsep diri: harga diri rendah yaitu melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan memberikan strategi pelaksanaan. Interaksi dengan pasien dan membantu melatih kemampuan yang telah dipilih pasien, serta menetapkan jadwal latihan ke dalam jadwal harian pasien. Serta mendiskusikan kepada keluarga dan menjelaskan pengertian tanda dan gejala harga diri rendah kronik. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui peningkatan kemampuan pasien dan mengembangkan aspek positif yang dimiliki serta penurunan tanda dan gejala harga diri rendah yang tampak pada pasien. Peran perawat dalam menanggulangi harga diri rendah sehingga tidak jatuh kedalam isolasi maka perawat berperan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah. Prinsip penanganan pasien harga diri rendah yakni meningkatkan kemampuan aspek positif diri individu tersebut (Dermawan D., 2013).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Tn. A Dengan Harga Diri Rendah Kronik (Hdk) Di Desa Trosobo Kecamatan Krian Kabupaten Sidoarjo?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakit melalui proses Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Tn. A Dengan Harga Diri Rendah Kronik (Hdrc) Di Desa Trosobo Kecamatan Krian Kabupaten Sidoarjo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Tn. A dengan harga diri rendah kronik (hdrc) di desa trosobo kecamatan krian kabupaten Sidoarjo.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan jiwa pada pasien Tn. A dengan harga diri rendah kronik (hdrc) di desa trosobo kecamatan krian kabupaten Sidoarjo.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan jiwa pada pasien Tn. A dengan harga diri rendah kronik (hdrc) di desa trosobo kecamatan krian kabupaten Sidoarjo.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan jiwa pada pasien Tn. A dengan harga diri rendah kronik (hdrc) di desa trosobo kecamatan krian kabupaten Sidoarjo.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan jiwa pada pasien Tn. A dengan harga diri rendah kronik (hdrc) di desa trosobo kecamatan krian kabupaten Sidoarjo.

1.4 Manfaat Penulisan

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program

maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1.3.1 Manfaat Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian mordibity, disability, dan mortalitas pada pasien Harga Diri Rendah Kronik (HDRK).

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Harga Diri Rendah Kronik (HDRK) serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

2. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai cara perawatan kepada keluarga tentang deteksi dini tentang Harga Diri Rendah Kronik sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis keperawatan Jiwa. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan Harga Diri Rendah Kronik dirumah.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien Harga Diri Rendah Kronik (HDRK) sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metoda

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

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

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3. Sumber data

a. Data primer Adalah data yang diperoleh dari pasien

b. Data sekunder Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi kepustakaan Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran, dan abstraksi.

2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

Tabel 1.1 Sub Bab Sistematika Penulisan

Bab 1	Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.
Bab 2	Tinjauan Pustaka: yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Harga Diri Rendah
Bab 3	Tinjauan Kasus: Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
Bab 4	Pembahasan: pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori, dan opini serta analisis.
Bab 5	Simpulan dan saran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang parah, ditandai dengan gangguan yang mendalam dalam berpikir, mempengaruhi bahasa, persepsi, dan rasa diri. Ini termasuk pengalaman psikotik, seperti mendengar suara atau *delusi*, sehingga dapat menyebabkan gangguan dalam proses belajar, bekerja maupun kegiatan sehari - hari (WHO, 2019).

Gangguan jiwa yang menyebabkan penderita tidak mampu menilai realitas dengan baik serta buruknya pemahaman diri disebut skizofrenia (Hawari 2014).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Luana penyebab Skizofrenia dalam (Prabowo, 2014) yakni :

1. Faktor Biologi

a. Komplikasi Kelahiran

Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan cenderung meningkatkan seseorang terhadap skizofrenia.

b. Infeksi

Pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia, terdapat perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus. Penelitian

mengatakan bahwa terpaparnya infeksi virus pada trimester kedua kehamilan dapat menyebabkan seseorang mengalami skizofrenia.

c. Struktur Otak

Pada skizofrenia otak terlihat sedikit berbeda dengan orang normal. Ventrikel otak terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

d. Hipotensi Dopamine

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Kebanyakan obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal tersebut menyekat reseptor dopamine D2, dengan adanya transmisi sinyal pada sistem dopaminergik yang terhalang dapat meredakan gejala psikotik.

2. Faktor Genetika

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia, menunjukkan bahwa resiko seumur hidup mengalami *skizofrenia* lebih besar pada keluarga biologis pasien daripada sekitar 1% populasi umum. Pewarisan genetika lebih besar menyebabkan resiko yang lebih besar. Resiko pada anak-anak lebih besar jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia daripada hanya salah satunya (Puri, 2011).

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Prabowo (2014) pembagian Skizofrenia, antara lain:

1. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pada anak saat pertama kali mengalami masa pubertas. Gejalanya seperti emosi dan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi masih jarang terjadi.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Sering timbul pada masa remaja antara umur 15-25 tahun. Gejala yang muncul yaitu gangguan proses berfikir, adanya *depersonalisasi* atau *double personality*. Perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi juga sering terjadi pada skizofrenia Hebefrenik.

3. Skizofrenia Katatonia

Timbul pada umur 15-30 tahun, bersifat akut, sering di dahului oleh stress emosional, dan sering terjadi gaduh gelisah.

4. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang nampak pada klien skizofrenia paranoid yaitu waham primer, disertai dengan waham sekunder dan halusinasi. Mereka suka menyendiri, mudah tersinggung, dan kurang percaya diri pada orang lain.

5. Skizofrenia Akut

Gejala seperti pasien dalam keadaan sedang bermimpi. Kesadarannya mungkin samar-samar, muncul perasaan seakan-akan dunia luar serta dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

6. Skizofrenia Residual

Skizofrenia dengan gejala primer, tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder dan timbul sesudah beberapa kali mengalami skizofrenia.

7. Skizofrenia Skizo Afektif

Gejala utama yaitu gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Lisa dan Negah (2019) menjelaskan berbagai tanda dan gejala umum Skizofrenia yaitu :

1. Gangguan Delusi

Gangguan yang ditandai gangguan pikiran, keyakinan kuat ditandai adanya gangguan pikir. Ciri khas dari gangguan delusi yaitu :

- a. Keyakinan persisten dan berlawanan dengan kenyataan tetapi tidak disertai dengan kebenaran sebenarnya.
- b. Terisolasi secara sosial dan bersikap curiga pada orang lain.
- c. *Delusions of persecution* adalah penderita skizofrenia ditandai waham kebesaran.
- d. *Delusions of persecution* adalah gangguan adanya prasangka buruk terhadap dirinya atupun orang lain yang tidak realistis.
- e. *Contard's syndrome* (somatic) adalah anggapan penderita bahwa kondisi fisiknya ada yang rusak atau mengalami kondisi abnormal.
- f. *Cogras syndrome* yaitu penderita merasa ada yang menyerupai dirinya.

- g. *Erotomatic* adalah keyakinan penderita skizofrenia mencari membututi orang-orang tersohor ataupun orang yang dicintainya. Penderita merasa dirinya dicintai.
- h. *Jealous* yaitu keyakinan penderita skizofrenia bahwa pasangan seksualnya melakukan selingkuh atau tidak setia pada dirinya.

2. Halusinasi

Merupakan gejala pada skizofrenia berupa gangguan persepsi (meliputi panca indra) ataupun adanya perasaan dihina meskipun sebenarnya tidak realitas.

Bentuk-bentuk halusinasi yang berkaitan dengan penderita skizofrenia:

- a. Halusinasi pendengaran (*audiotory hallucination*) merupakan gangguan adanya suara – suara tertentu.
- b. Halusinasi pada bagian otak (*brain imaging*) yaitu gangguan daerah otak terutama bagian *broca's area* adalah daerah bagian otak yang selalu memberikan halusinasi pada penderita skizofrenia.

3. Disorganisasi

- a. *Tangentiality* ditandai dengan penyimpangan jauh setiap arah pembicaraan karena penderita tidak mampu mengikuti arah pembicaraan.
- b. *Lose association* merupakan gangguan dalam topik pembicaraan yang sama sekali tidak berkaitan dengan apa yang dibicarakan.
- c. *Derailment* merupakan pola pembicaraan penderita sama sekali keluar dari alur pembicaraan.

4. Pendataran Afek

Merupakan gejala dengan ketidakmampuan mengatur antara reaksi emosional dan pola perilaku atau afektif yang tidak sesuai dengan pelaku. Seperti reaksi emosi tidak sesuai dengan cara menimbun yang tidak lazim. Adapun ciri-ciri klinis pendataran afek yaitu:

- a. Tidak ada reaksi emosional dalam komunikasi
- b. Selalu menatap kosong padangannya
- c. Berbicara datar tanpa ada nada pembicaraan

5. Alogia

Gejala ini ditandai dengan minimnya pembicaraan, biasanya penderita memberi jawaban singkat, tidak tertarik bicara, lebih banyak berdiam, kata-kata tidak sesuai formulasi pikiran dan ketidakadekuatan komunikasi.

6. Avolisi

Penderita tidak mampu mempertahankan atau memulai kegiatan-kegiatan penting. Ciri khas klinis gangguan avolisi adalah:

- a. Tidak berminat merawat kesehatan diri dan beraktivitas.
- b. Cenderung menjadi pemalas dan kotor

7. Anhedenia

Gangguan psikotik yang ditandai ketidakadaan perasaan senang, sikap tidak peduli terhadap kegiatan sehari-hari, cenderung tidak suka makan dan ketidakpedulian terhadap hubungan interaksi sosial atau seks.

2.2 Konsep Harga Diri Rendah (HDR)

2.2.1 Pengertian Harga Diri Rendah Kronik

Harga diri rendah adalah penilaian tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri menurut (Fajariyah, (2012) dalam Yain Rokhimmah, (2020)

Harga diri rendah kronik adalah keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai dirinya dalam waktu yang lama (Kusumawati, 2012)

Harga diri rendah situasional adalah keadaan dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengalami perasaan negatif mengenai dirinya dalam berespon terhadap sesuatu kejadian (kehilangan dan perubahan0 Kusumawati, 2012).

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan, dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain. Konsep diri adalah merefleksikan pengalaman interaksi sosial, sensasinya juga didasarkan bagaimana orang lain memandangnya. Konsep diri sebagai cara memandang individu terhadap diri secara utuh baik fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual. Penting diingat bahwa konsep diri ini bukan pandangan orang lain pada kita melainkan pandangan kita sendiri atas diri kita yang diukur dengan standart penilaian orang lain (Muhith abdul, 2015)

2.2.1 Rentang Respon Harga Diri Rendah Kronik

Adapun tentang respon konsep diri dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 2.1 Rentang Respon Harga Diri Rendah Kronik

1. Respon Adaptif

a. Respon Adaptif

Adalah kemampuan individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

b. Aktulisasi diri

Adalah pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima.

c. Konsep Diri Positif

Adalah apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri dan menyadari hal-hal positif maupun yang negatif ((Stuart, 2013)

2. Respon Maladaptif

Respon Maladaptif

Adalah respon yang diberikan individu ketika dia tidak mampu lagi menyelesaikan masalah yang dihadapi:

a. Harga Diri Rendah

Adalah individu yang cenderung untuk menilai dirinya yang negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain.

b. Keracunan Identitas

Adalah identitas diri kacau atau tidak jelas sehingga tidak memberikan kehidupan dalam mencapai tujuan.

c. Depersonalisasi (tidak mengenal diri)

Adalah mempunyai kepribadian yang kurang sehat, tidak mampu berhubungan dengan orang lain secara intim, tidak ada rasa percaya diri atau tidak dapat membina hubungan baik dengan orang lain (Eko, 2014).

2.2.3 Faktor Predisposisi Harga Diri Rendah Kronik

Menurut (Dinas Kesehatan, 2018) Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang. faktor predisposisi ini dapat dibagi sebagai berikut:

1. Faktor Biologis

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

2. 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.

3. 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

2.2.4 Faktor Presipitasi Harga Diri Rendah Kronik

Menurut (Dinas Kesehatan, 2018) 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 memingkat saat dirawat faktor presipitasi harga diri rendah antara lain:

1. Trauma

Penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan

2. Ketegangan Peran

Berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dan individu mengalaminya sebagai frustrasi

a. Transisi peran perkembangan

perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan

b. Transisi peran situasi

- c. Terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian
- d. 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.

2.2.5 Proses Terjadinya Harga Diri Rendah Kronik

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

2.2.6 Tanda Dan Gejala Harga Diri Rendah

Tanda dan gejala harga diri rendah dapat dinilai dari ungkapan pasien yang menunjukkan penilaian tentang dirinya dan didukung dengan data hasil wawancara dan observasi ((Dinas Kesehatan, 2018)

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 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

Tanda dan gejala harga diri rendah kronik menurut Yosep (2012) yaitu :

1. Delusi atau waham yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional
2. Halusinasi yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan
3. Kekacauan alam pikir
4. Emosi yang berlebihan
5. Gaduh, gelisah, mondar – mandir
6. Pikirannya penuh kecurigaan seakan – akan ada ancaman terhadap dirinya
7. Menarik diri atau mengasingkan diri
8. Suka melamun dan sulit dalam berpikir positif

2.2.7 Mekanisme Koping Harga Diri Rendah Kronik

Mekanisme koping pasien harga diri rendah kronik menurut (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

2.2.8 Penatalaksanaan Pada Harga Diri Rendah Kronik

Strategi pelaksanaan tindakan dan komunikasi (SP/SK) merupakan suatu metoda bimbingan dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang berdasarkan kebutuhan pasien dan mengacu pada standar dengan mengimplementasikan komunikasi yang efektif. Penatalaksanaan harga diri rendah tindakan keperawatan pada pasien menurut (Suhron, 2017) diantaranya:

1. Tujuan keperawatan

Pasien mampu:

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- c. Menilai kemampuan yang dapat digunakan
- d. Menetapkan atau memilih kegiatan yang telah dipilih sesuai kemampuan
- e. Merencanakan kegiatan yang telah dilatih

2. Tindakan keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya dengan cara:
 - a) Ucapkan setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - b) Perkenalkan diri dengan pasien

- c) Tanyakan perasaan dan keluhan saat ini
 - d) Buat kontrak asuhan
 - e) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - f) Tunjukkan sikap empati terhadap klien
 - g) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan
- b. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien:
- a) Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan)
 - b) Beri pujian yang realistis dan hindarkan memberikan penilaian yang negatif setiap kali bertemu dengan pasien
- c. Membantu pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
- a) Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) : buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini
 - b) Bantu pasien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien
- d. Membantu pasien dapat memilih/menetapkan kegiatan berdasarkan kegiatan yang dilakukan
- a) Diskusikan kegiatan yang dipilih untuk dilatih saat pertemuan.
 - b) Bantu pasien memberikan alasan terhadap pilihan yang ia tetapkan.

- e. Melatih kegiatan yang telah dipilih sesuai kemampuan
 - a) Latih kegiatan yang dipilih (alat atau cara melakukannya).
 - b) Bantu pasien memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali sehari.
 - c) Berikan dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang diperlihatkan pasien.
 - d) Bantu pasien dapat merencanakan kegiatan sesuai kemampuannya menyusun rencana kegiatan.
 - e) Beri kesempatan klien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan.
 - f) Beri pujian atas kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari
 - g) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap aktivitas.
 - h) Susun daftar aktivitas yang sudah dilatihkan bersama pasien dan keluarga.
 - i) Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah Kronik (HDRK)

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien, serta merumuskan diagnosa keperawatan. Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah, kebutuhan

kesehatan dan keperawatan klien baik mental, sosial, dan lingkungan Menurut (Prabowo, 2014) isi dari pengkajian tersebut adalah:

1. Identitas Pasien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status marital, suku/bangsa, alamat, nomor rekam medis, ruang rawat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, dan identitas penanggung jawab.

2. Keluhan Utama

Biasanya pasien datang ke rumah sakit jiwa atau puskesmas dengan alasan masuk pasien sering menyendiri, tidak berani menatap lawan bicara, sering menunduk dan nada suara rendah.

3. Tipe Keluarga

Menjelaskan mengenai tipe keluarga beserta kendala mengenai jenis tipe keluarga atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tradisional dan nontradisional.

4. Suku Bangsa

Membahas tentang suku bangsa keluarga serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut kaitannya dengan kesehatan.

5. Agama

Menjelaskan tentang agama yang dianut oleh masing-masing keluarga, perbedaan kepercayaan yang dianut serta kepercayaan yang dapat memengaruhi kesehatan.

6. Status Sosial dan Ekonomi

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

7. Aktivitas dan Rekreasi Keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi

8. Riwayat Keluarga dan Tahap Perkembangan

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini :

Dari beberapa tahap perkembangan keluarga, identifikasi tahap perkembangan keluarga saat ini. Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

b) Tahap Perkembangan keluarga yang belum tercapai :

Identifikasi tahap perkembangan keluarga yang sudah terpenuhi dan yang belum terpenuhi. Pengkajian ini juga menjelaskan kendala-kendala yang membuat tugas perkembangan keluarga tersebut belum terpenuhi.

c) Riwayat keluarga inti :

Pengkajian dilakukan mengenai riwayat kesehatan keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga meliputi penyakit yang pernah diderita oleh keluarga, terutama gangguan jiwa.

d) Riwayat keluarga sebelumnya :

Pengkajian mengenai riwayat kesehatan orang tua dari suami dan istri, serta penyakit keturunan dari nenek dan kakek mereka. Berisi tentang penyakit yang pernah diderita oleh keluarga klien, baik berhubungan dengan panyakit yang diderita oleh klien, maupun penyakit keturunan dan menular lainnya.

9. Data Lingkungan

a) Karakteristik rumah :

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septic tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah.

b) Karakteristik tetangga dan komunitas RW :

Identifikasi mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat serta budaya setempat yang memengaruhi kesehatan.

c) Mobilitas geografis keluarga :

Mobilitas geografis keluarga dapat diketahui melalui kebiasaan keluarga berpindah tempat.

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat :

Identifikasi mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.

10. Struktur Keluarga

a) Sistem pendukung keluarga

Hal yang perlu dalam identifikasi sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas – fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

b) Pola komunikasi keluarga

Identifikasi cara berkomunikasi antar anggota keluarga, respon anggota keluarga dalam komunikasi, peran anggota keluarga, pola komunikasi yang digunakan, dan kemungkinan terjadinya komunikasi disfungsional.

c) Struktur kekuatan keluarga

Mengenai kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

d) Struktur peran

Mengetahui peran masing – masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal

e) Nilai dan norma keluarga

Mengetahui nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berkaitan dengan kesehatannya.

11. Fungsi Keluarga

a) Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

b) Fungsi sosialisasi :

Kaji mengenai interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, serta perilaku.

c) Fungsi perawatan kesehatan :

Mengetahui sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan, serta perawatan anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan anggota keluarga dalam melaksanakan perawatan kesehatan dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu

- Mengetahui masalah kesehatan;
- Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan;
- Melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit
- Menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan tempat tinggal.

d) Fungsi reproduksi

Fungsi Reproduksi perlu dikaji mengenai jumlah anak, rencana mengenai jumlah anggota keluarga, dan upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga.

e) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi ekonomi keluarga adalah sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan, sejauh mana keluarga memanfaatkan sumberdaya dimasyarakat untuk meningkatkan status kesehatannya

12. Faktor Predisposisi

a) Riwayat gangguan jiwa

Biasanya pasien dengan harga diri rendah memiliki riwayat gangguan jiwa dan pernah dirawat sebelumnya.

b) Pengobatan

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

c) Aniaya

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

d) Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

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

e) Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan

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

13. Pengkajian Fisik

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

14. Pengkajian Psikososial

1. Genogram

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

2. Konsep Diri

a) Gambaran diri

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

b) Identitas diri

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

c) Peran

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

d) Ideal diri

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

e) Harga diri

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

3. Hubungan Sosial

a) Pasien tidak mempunyai orang yang berarti untuk mengadu atau meminta dukungan

b) Pasien merasa berada di lingkungan yang mengancam

c) Keluarga kurang memberikan penghargaan kepada klien

d) Pasien sulit berinteraksi karena berperilaku kejam dan mengeksploitasi orang lain

4. Spiritual

a) Falsafah hidup

Biasanya pasien merasa perjalanan hidupnya penuh dengan ancaman, tujuan hidup biasanya jelas, kepercayaannya terhadap sakit serta dengan penyembuhannya.

b) Konsep kebutuhan dan praktek keagamaan

Pasien mengakui adanya tuhan, putus asa karena tuhan tidak memberikan sesuatu yang diharapkan dan tidak mau menjalankan kegiatan keagamaan.

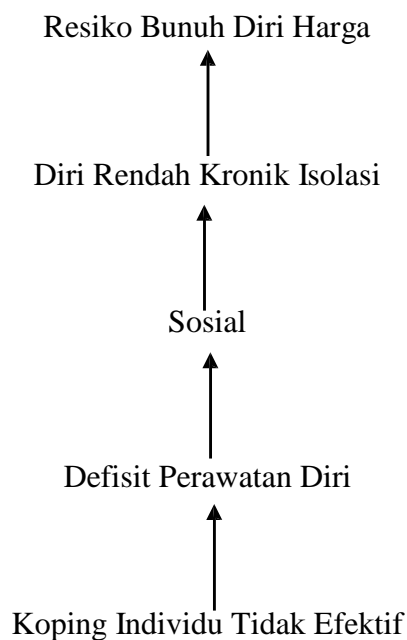
5. Mekanisme Koping

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

6. Masalah Psikososial dan Lingkungan

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

2.3.1 Pohon Masalah Harga Diri Rendah Kronik



2.3.2 Diagnosa Keperawatan yang Muncul

1. Harga Diri Rendah Kronik
2. Isolasi Sosial

2.3.3 Perencanaan Tindakan Keperawatan

Strategi tindakan keperawatan untuk pasien :

SP 1 : Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

SP 2 : Menilai kemampuan yang dapat digunakan

Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan

Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih

SP 3 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih nomor 2

SP 4 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih nomor 3

Strategi tindakan keperawatan untuk keluarga :

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien harga diri rendah
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya harga diri rendah
3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah
4. Memberikan pujian terhadap semua hal positif yang dimiliki pasien
5. Melatih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan yang dipilih pasien
6. Mengajukan kepada keluarga untuk membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

2.3.4 Evaluasi

Kemampuan yang diharapkan dari pasien menurut (Potter&Perry, 2013) yaitu :

1. Pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
2. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat dikerjakan
3. Pasien dapat melatih kemampuan yang dapat dikerjakan
4. Pasien dapat membuat jadwal kegiatan harian
5. Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal harian

2.3.5 Rencana Tindak Lanjut

1. Rujuk pasien dan keluarga ke fasilitas praktik mandiri perawat spesialis keperawatan jiwa.
2. Rujuk pasien dan keluarga di fasilitas pelayanan kesehatan primer puskesmas, pelayanan kesehatan sekunder dan tersier di rumah sakit.
3. Rujuk pasien dan keluarga ke kelompok pendukung, kadar kesehatan jiwa dan fasilitas rehabilitasi psikososial yang bersedia di masyarakat.

2.3.6 SPTK

1. Salam Terapeutik

“Selamat pagi kak, perkenalkan saya putri aprilia rifah, mahasiswa profesi keperawatan stikes hang tuah Surabaya. Ini dengan kakak siapa? Lebih sering dipanggil siapa kak? Nah, tujuan saya disini mau melakukan pengkajian kepada kakak untuk memenuhi tugas kuliah saya. Apakah kakak berkenan? Kira-kira saya membutuhkan waktu sekitar 20 menit untuk bertanya-tanya. Apakah kakak bersedia?”

2. Evaluasi

“Bagaimana keadaan kakak hari ini?”

“Apa yang kakak rasakan hari ini?”

3. Kontrak

Topik : Membahas tentang yang membuat pasien harga diri rendah

Tempat : Di Ruang Tamu

Waktu : Pukul 10.00 – 10.20 WIB

4. Kerja

Sebelumnya saya ingin menanyakan tentang penilaian terhadap diri kakak. Apa yang menyebabkan kakak merasa demikian? Jadi mas merasa telah dijauhi teman. Apakah ada hal lain yang tidak menyenangkan yang kakak rasakan? Bagaimana hubungan kakak dengan keluarga dan teman – teman setelah kakak merasakan hidup mas yang sekarang? Sebenarnya apa saja harapan dan cita – citanya? Yang mana saja harapan mas yang sudah tercapai? Bagaimana usaha untuk mencapai harapan yang terpenuhi? Coba sebutkan kemampuan apa saja yang pernah miliki? Apalagi? Saya buat kan daftarnya

ya, apapula kegiatan dirumah yang pernah kakak lakukan sebelumnya?
 Bagaimana dengan merapikan tempat tidur? Membantu menyapu rumah?
 Wah sekali ada 3 kemampuan dan kegiatan yang mas miliki.

5. Terminasi

a) Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan kakak setelah kita diskusi bersama terkait kemampuan yang pernah dilakukan?”

b) Evaluasi Objektif

“Coba kakak sebutkan kembali bagaimana langkah – langkah menggali kemampuan?”

c) Kontrak

“Baiklah, besok saya akan kembali lagi untuk melatih kemampuan kakak yang kedua. Kakak mau jam berapa? Tempatnya dimana? Terima kasih sampai ketemu besok ya”

d) Rencana Tindakan Lanjut

“Sekarang mari kita masukkan jadwal harian kakak, mau berapa kali untuk mencoba melakukan kemampuan yang dimiliki?”

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Defini Komunikasi Terapeutik

Manusia merupakan makhluk social yang menggunakan komunikasi secara verbal dan nonverbal dalam berinteraksi, menunjukkan keinginan dan perasaan sehingga dapat mempertahankan hubungan antara satu dengan orang lain. Komunikasi menjadi hal dasar dalam menjalin hubungan antar manusia, termasuk salah satunya adalah profesi perawat. Komunikasi dalam ilmu keperawatan

merupakan hal yang penting dilakukan untuk menjalin hubungan yang terapeutik antara perawat dan pasien guna menggali informasi yang mendalam dari pasien dan memiliki peran penting untuk mengetahui apa yang diharapkan oleh pasien serta mengevaluasi hasil tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan (Dora dkk., 2019).

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan secara sadar dan terencana, memiliki tujuan yang difokuskan untuk penyembuhan pasien. Komunikasi terapeutik memiliki fungsi untuk menjalin kerjasama antara perawat dengan klien melalui bina hubungan saling percaya (BHSP). Komunikasi terapeutik perawat mengidentifikasi dan mengkaji masalah klien, pertukaran pikiran dan mengungkapkan perasaan serta mengevaluasi komunikasi yang baik. Komunikasi terapeutik dapat dilakukan untuk semua klien dengan semua diagnose keperawatan (Haryanto & Sariwating, 2019).

2.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik dilakukan untuk mendorong dan membentuk Kerjasama antara perawat dan pasien melalui hubungan perawat-klien. Prabowo (2014) Komunikasi terapeutik mempunyai tujuan untuk memotivasi dan mengembangkan pribadi klien kearah yang lebih baik, tujuan hubungan komunikasi terapeutik antara lain:

1. Penerimaan diri dan peningkatan terhadap penghormatan diri.

Klien yang sebelumnya tidak menerima diri apa adanya atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya. Diharapkan perawat dapat mengubah cara pandang klien tentang dirinya dan masa depannya sehingga klien dapat menghargai dan menerima diri apa adanya.

2. Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superficial dan saling bergantung dengan orang lain. Klien belajar bagaimana menerima dan diterima oleh orang lain. Dengan komunikasi yang terbuka, jujur, dan menerima klien apa adanya, perawat akan dapat meningkatkan kemampuan klien dalam membina hubungan saling percaya (BHSP).

3. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis. Tugas perawat dengan kondisi seperti itu adalah membimbing klien dalam membuat tujuan yang realistis serta meningkatkan kemampuan klien memenuhi kebutuhan dirinya.

4. Rasa identitas personal yang jelas dan meningkatkan integritas diri.

Identitas personal yang dimaksud adalah status, peran, dan jenis kelamin klien. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tujuan dari komunikasi terapeutik adalah suatu cara yang dilakukan perawat agar termotivasi dan mengembangkan diri klien ke arah yang lebih baik.

2.4.3 Tahapan Komunikasi Terapeutik

Menurut (Kusumo, 2017) Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang digunakan oleh tenaga kesehatan dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien. (Prabowo, 2014) mengatakan dalam komunikasi terdapat beberapa tahapan yang dilakukan oleh seorang perawat kepada pasien yaitu :

1. Tahapan Pra Interaksi

Tahapan pra interaksi merupakan tahapan seorang perawat mengenali kemampuan komunikasi yang dimiliki sebelum kontak dengan pasien, tahapan ini juga menyiapkan psikis tenaga kesehatan seperti rasa cemas. Terdapat dua unsur yang dipersiapkan yaitu unsur dalam diri perawat dan unsur dari pasien.

2. Tahapan Orientasi

Tahapan Orientasi merupakan tahapan mengevaluasi kebenaran data dan rencana tindakan yang disusun sesuai keadaan pasien serta tindakan yang sebelumnya telah dilakukan. Pada tahap orientasi perawat harus memiliki kemampuan untuk menstimulasi pasien supaya bisa mengungkapkan keluhannya secara lengkap. Dalam tahap ini yang dilakukan perawat adalah pengenalan, membuat kontrak tindakan dengan pasien, mengidentifikasi masalah keperawatan pada pasien dan menetapkan tujuan yang harus dicapai.

3. Tahapan Kerja

Tahapan kerja merupakan tahapan melakukan tindakan implementasi rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan harus dilakukan persamaan persepsi dan pikiran antara perawat dan pasien, pada tahap kerja perawat wajib menyampaikan gambaran prosedur tindakan kepada pasien sebelum dilakukan tindakan kerja (Purwanto,2014).

4. Tahapan Terminasi

Tahapan terminasi merupakan tahap dimana seorang perawat mengakhiri sesi tindakan atau implementasi yang telah dilaksanakan terhadap pasien. Pada tahap ini juga sebagai evaluasi hasil kegiatan yang telah dilakukan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dan tindak lanjut yang akan datang. Tahap terminasi dibagi menjadi dua yaitu tahap terminasi sementara, dimana perawat mengakhiri tindakan yang dilakukan dan di berikan kepada petugas berikutnya. Sedangkan terminasi akhir, dimana perawat mengakhiri tindakan terhadap pasien yang akan meninggalkan rumah sakit karena sembuh atau alasan lainnya. Dalam kegiatan terminasi yang dilakukan, antara lain evaluasi subjektif yaitu evaluasi yang dilakukan perawat

untuk mengetahui suasana hati pasien setelah dilakukan tindakan atau komunikasi, dan evaluasi objektif yaitu evaluasi yang dilakukan perawat untuk mengetahui respon objektif pasien terhadap harapan dari keluhan yang dirasakan klien, seperti adanya perubahan atau kemajuan serta menyampaikan kepada pasien tentang kelanjutan tindakan yang akan dilakukan.

2.4.4 Prinsip Komunikasi Terapeutik

Pelayanan keperawatan akan tercapai apabila seorang perawat menerapkan “*helping relationship*” serta mempunyai prinsip dan karakteristik dalam melaksanakan komunikasi terapeutik. Berikut prinsip-prinsip komunikasi terapeutik menurut Keliat, 1996:

1. Perawat harus mengenal, menilai dan memahami nilai yang dianut oleh dirinya sendiri.
2. Komunikasi ditandai dengan sikap saling menerima, percaya dan saling menghargai.
3. Perawat juga harus bisa memahami dan menghormati nilai yang dianut oleh pasien.
4. Dalam komunikasi kejujuran dan keterbukaan merupakan dasar dari terciptanya hubungan terapeutik.
5. Perawat harus bisa menciptakan suasana yang bisa membangkitkan motivasi untuk mengubah baik sikap ataupun tingkah laku pasien sehingga bisa memecahkan masalah yang dihadapi pasien.
6. Perawat harus bisa menguasai perasaan dirinya secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan dalam kondisi apapun.

7. Perawat mampu memahami arti empati sehingga tercipta pelayanan yang terapeutik, sebaliknya jika rasa simpati yang tercipta maka pelayanan tidak bisa dikatakan terapeutik.
8. Perawat mampu menjadi *role model* supaya bisa menunjukkan dan meyakinkan orang lain terkait kesehatan, oleh karena itu sebagai seorang perawat perlu mempertahankan keadaan sehat fisik, mental, sosial serta spiritual.
9. Perawat harus memiliki rasa tanggung jawab dalam dua dimensi, yaitu tanggung jawab terhadap dirinya sendiri dan tanggung jawab terhadap orang lain.

2.4.5 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

1. Rasa ikhlas (*Genuiness*)

Perawat harus bisa menyadari terhadap nilai, sikap, dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan pasien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlas kepada pasien memiliki kesadaran mengenai sikap yang dimiliki terhadap pasien sehingga mampu belajar untuk mengkomunikasikan secara tepat.

2. Rasa empati (*Empathy*)

Rasa empati merupakan perasaan “paham” dan “menerima” perawat terhadap perasaan yang dirasakan oleh pasien dan kemampuan merasakan dunia pribadi pasien. Rasa empati merupakan sesuatu yang sensitive, jujur serta tidak bisa dibuat-buat didasarkan oleh apa yang dialami oleh orang lain.

3. Rasa Hangat (*Warmth*)

Rasa hangat sebagai seorang perawat harus bisa mendorong pasien untuk mengungkapkan ide dan menuangkan dalam bentuk tindakan tanpa rasa takut ataupun ragu. Suasana komunikasi yang hangat, permissive, dan tanpa ada rasa ancaman menunjukkan adanya rasa penerimaan seorang perawat kepada

pasien, sehingga pasien akan mudah mengekspresikan perasaannya secara mendalam.

2.5 Konsep Keluarga

2.5.1 Definisi Keluarga

Menurut Stuart (1991) dalam (Ayu, 2012) keluarga memiliki lima sifat yaitu keluarga merupakan unit suatu sistem, setiap anggota keluarga dapat atau tidak dapat saling berhubungan atau dapat dan tidak selalu tinggal dalam satu atap, keluarga dapat mempunyai anak ataupun tidak mempunyai anak dan terdapat komitmen yang saling melengkapi antar anggota keluarga serta keluarga mempertahankan fungsinya secara konsisten terhadap perlindungan, kebutuhan hidup dan sosialisasi antar anggota keluarga. Karakteristik keluarga yang sehat, bila anggota keluarganya berinteraksi satu dengan yang lainnya, anggota keluarga terlibat dalam peran masing-masing secara fleksibel, anggota keluarga selalu termotivasi untuk berkomunikasi dengan keluarga lainnya dan juga dengan masyarakat sekitar serta setiap anggota keluarga menguasai salah satu tugas keluarga seperti pengambilan keputusan atau upaya pencarian informasi.

Keluarga merupakan support sistem yang sangat berpengaruh terhadap kesembuhan pasien. Apabila dukungan dari keluarga tidak diperoleh pasien, maka sangat berpengaruh terhadap proses penyembuhan dan pemulihan spiritual (Firdaus, 2018)

2.5.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga menurut Friedman (1998) dalam Ayu (2012):

1. Fungsi Afektif

Fungsi Afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

2. Fungsi Sosialisasi

Fungsi Sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak. Membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga, serta memberikan peran pengambilan keputusan terkait pembinaan.

3. Fungsi Psikologis

Fungsi Psikologis terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

4. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental, dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

5. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, papan, dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga.

Mecari penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

6. Fungsi Biologis

Fungsi biologis bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

7. Fungsi Pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya.

2.5.3 Peran Keluarga

Menurut (Harmoko, 2012) Peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Salah satu peran informal keluarga diantaranya adalah perawatan keluarga. Perawatan keluarga yaitu peran yang dijalankan untuk merawat anggota keluarga jika terdapat masalah terhadap kesehatan.

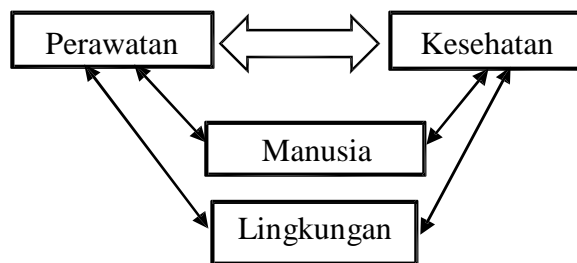
Peran keluarga didukung dalam penelitian Amerika, bahwa keluarga berperan sebagai fasilitator dan sumber informasi mengenai riwayat kesehatan pasien, sebagai penyemangat, pemberi harapan, serta memberikan rasa aman dan nyaman bagi anggota keluarganya (Firdaus, 2018)

Menurut Holly C dalam (Ningsih, 2017) menyebutkan bahwa lingkungan area keluarga dalam keperawatan kritis memiliki beberapa peran, diantaranya:

1. *Active Presence*, yaitu keluarga hadir disisi pasien.
2. *Protector*, keluarga memastikan bahwa perawatan yang terbaik telah diberikan.
3. *Facilitator*, keluarga memfasilitasi setiap kebutuhan pasien kepada perawat.
4. *Historian*, keluarga menerima sumber informasi dari petugas kesehatan mengenai kondisi pasien.
5. *Coaching*, keluarga sebagai pendorong serta mendukung pasien.

2.5.4 Paradigma Keperawatan Keluarga

Paradigma keperawatan keluarga merupakan pandangan fundamental terhadap berbagai macam persoalan dalam suatu cabang ilmu pengetahuan atau cara melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi serta memilih tindakan berdasarkan fenomena yang ada di dalam keperawatan (Padila, 2012).



Gambar 2.2 Komponen Paradigma Keperawatan Keluarga (Padila, 2012)

1. Konsep Manusia

Manusia merupakan makhluk bio-psiko-sosial-spiritual, dan memiliki berbagai macam karakter yang unik.

- a. Manusia sebagai individu, dimana sasaran dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia diantaranya kebutuhan fisiologis, keamanan, kenyamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri. Keperawatan keluarga dipandang sebagai

dasar dalam membantu dalam kebutuhan kesehatan individu dan merawat penyakit (Wiruh, 2016)

b. Klien sebagai keluarga

Dalam memberikan asuhan keperawatan, harus memandang aspek keluarga. Keluarga dipandang sebagai klien diperlakukan sebagai individu, sehingga keluarga termasuk dalam penilaian kesehatan dan intervensi. Alasan tersebut dikarenakan sehat-sakit individu dapat mempengaruhi anggota keluarga yang lain (Wiruh, 2016).

c. Klien bersifat masyarakat

Keluarga merupakan unit dasar dari masyarakat dan membentuk bagian dari sistem yang luas, dengan demikian keperawatan keluarga berfokus pada penilaian dan intervensi berdasarkan interaksi keluarga dengan lembaga lain di masyarakat (Wiruh, 2016).

d. Klien sebagai sistem

Keluarga dipandang sebagai suatu sistem interaksi antara perawat dengan pasien. Intervensi dan penilaian mengenai kondisi pasien melibatkan keluarga secara keseluruhan, sehingga interaksi antara anggota keluarga menjadi titik fokus pendekatan dalam melakukan intervensi keperawatan (Wiruh, 2016).

1) Sistem terbuka: kondisi atau keadaan klien dapat mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan.

2) Sistem adaptif: seseorang akan merespon terhadap perubahan yang ada di lingkungannya.

- 3) Sistem personal, interpersonal, sosial: memiliki persepsi, pola kepribadian, tumbuh kembang, kemampuan interaksi, peran, komunikasi, dan kemampuan dalam kehidupan masyarakat, diantaranya pengambilan keputusan yang berbeda antara satu individu dengan individu yang lain.

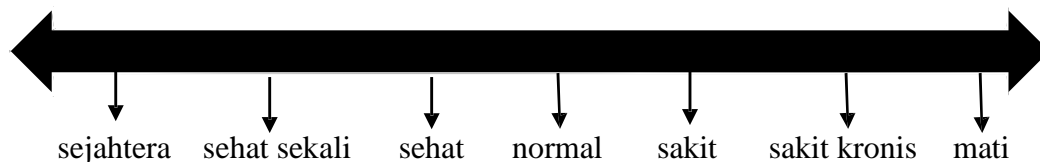
2. Konsep Keperawatan

Menurut Lokakarya 1983, dalam (Padila, 2012) menjelaskan bahwa keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan secara profesional yang merupakan bagian integral, meliputi pelayanan baik secara bio-psiko-sosial-spiritual dan bersifat komprehensif yang ditujukan kepada individu, keluarga, serta masyarakat baik yang sehat ataupun yang sakit. Bentuk asuhan keperawatan yang diberikan meliputi:

- a) Askep pada manusia yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar manusia (KDM), maka diberikan tindakan untuk memulihkan kemampuan fisiologisnya supaya kebutuhan KDM terpenuhi.
- b) Askep pada klien yang tidak mau memenuhi KDM, maka diberikan motivasi melalui pelayanan keperawatan.
- c) Askep pada klien yang tidak tahu dalam pemenuhan KDM, maka perawat memberikan pendidikan kesehatan, melalui individu, keluarga, dan masyarakat.

3. Konsep Kesehatan

Konsep sehat sakit dapat digunakan sebagai alat ukur dalam penilaian status kesehatan yang dinamis serta dapat dijadikan batasan oleh seorang perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang jelas.



Gambar 2.3 Rentang Sehat Sakit, Sumber WHO 1947 dalam (Padila, 2012)

4. Rentang Sakit

Menurut Patricia 2005, dalam (Padila, 2012) sakit merupakan kegagalan atau gangguan fungsi tubuh dan penyesuaian diri dengan lingkungan, sehingga menimbulkan ketidakseimbangan antara host, agent, dan lingkungan.

Sakit merupakan suatu respon karena terdapat gangguan di dalam fungsi tubuh, sehingga mengakibatkan berkurangnya kapasitas dan kemampuan tubuh.

5. Dampak sakit

Menurut Padila (2012) dampak yang ditimbulkan seseorang akibat sakit, meliputi:

1) Perubahan peran yang terjadi dalam keluarga

Misalnya, seorang ayah menderita sakit maka otomatis peran mereka sebagai ayah mengalami perubahan, dari yang bisa mencari nafkah untuk keluarga karena menderita sakit, maka otomatis ayah tidak dapat mencari nafkah.

2) Gangguan psikologis berupa cemas, takut, stres

Gangguan psikologis tidak hanya dirasakan oleh pasien yang mengalami sakit, akan tetapi juga keluarga.

3) Masalah finansial

Keluarga yang sedang menjalani hospitalisasi di rumah sakit, sangat membutuhkan finansial untuk menjalani pengobatan, hal tersebut juga dapat menjadi stresor bagi keluarga.

4) Kesepihan karena perpisahan

Pasien yang menjalani hospitalisasi di ICU akan mengalami kesepihan dikarenakan jam kunjungan keluarga yang dibatasi.

5) Terganggunya privasi seseorang

Pasien maupun keluarga akan kehilangan privasinya karena saat hospitalisasi, mereka akan bertemu dengan berbagai karakteristik seseorang dengan budaya yang tentunya juga berbeda.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Identitas Klien

Seorang laki-laki bernama Tn. A yang bertempat tinggal di Perum Trosobo Kec. Krian Kab. Sidoarjo lahir pada tanggal 12 Desember 1998. Dia adalah seorang sarjana Teknik Desaininterior. Dia tinggal satu rumah dengan kedua orang tua dan adik laki-laki.

3.1.1 Keluhan

Depresi berlebihan, merasa bahwa dirinya tidak ada seseorang yang mau berteman dengannya. Meskipun sudah mencoba tetapi masih merasa tidak punya teman. Dirinya merasa bahwa teman – teman menjauh terhadap dirinya, merasa penolakan.

3.1.2 Faktor Predisposisi

- 1) Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu : Tidak
- 2) Pengobatan sebelumnya : Klien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu.
- 3) Trauma : Sulit adaptasi pada lingkungan (orang baru)

4) Respon Pasca Trauma

Adakah anggota keluarga yang gangguan jiwa ? Tidak ada

Hubungan Keluarga : Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Gejala : Tidak ada gejala gangguan jiwa

Riwayat pengobatan : Tidak ada riwayat pengobatan/perawatan jiwa pada keluarga

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan ?

Merasa bahwa dirinya dijauhi temannya sejak semester 6 dibangku kuliah, dia mencoba untuk bergabung dengan mereka tetapi dirinya merasa secara perlahan temannya menjauhinya.

Masalah Keperawatan : Berduka

3.2 Pemeriksaan Fisik

1) Tanda vital : 120/80 mmHg; N : 82 x/mnt; S : 36°C; RR: 20x/mnt

2) Ukuran : Berat Badan : 43 Kg; Tinggi Badan : 155cm

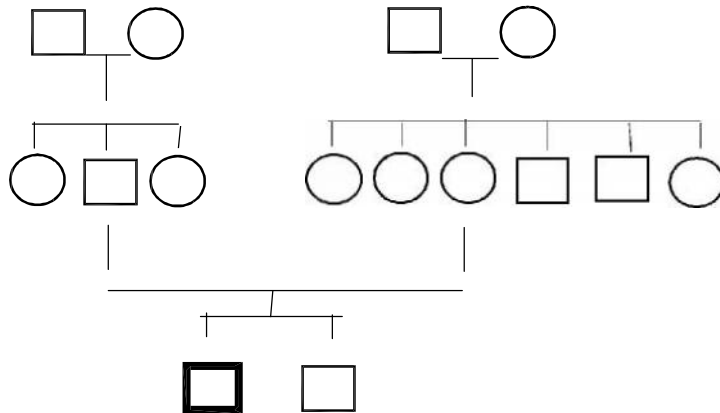
3) Keluhan fisik : Tidak ada

Jelaskan : Klien mengatakan tidak mengalami keluhan fisik.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.3 Psikososial

3.3.1 Genogram :



Keterangan :



3.3.2 Konsep Diri

- 1) Citra tubuh : Klien merasa tidak ada bentuk tubuhnya yang salah dalam dirinya.
- 2) Identitas diri : Klien sebagai seorang laki-laki, berusia 22 tahun, sarjana Desaininterior, bertempat tinggal di Perum Trosobo.
- 3) Peran : Klien mengatakan peran dalam keluarga adalah sebagai anak laki-laki yang pertama.
- 4) Ideal diri : Klien mengatakan ingin menjadi Desaininterior yang sukses, membuka usaha kerja didepan tempat tinggalnya tetapi, ia masih minder dengan kemampuan diri terhadap orang lain.
- 5) Harga diri : Klien mengatakan malu belum bisa menjadi Desainer yang sukses.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

3.3.3 Hubungan Sosial :

- 1) Orang yang berarti : Orangtua
- 2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Organisasi karang taruna
- 3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Tidak merespon atas kehadiran dirinya
- 4) Masalah keperawatan : Kurangnya Interaksi Sosial

3.3.4. Spiritual

- 1) Nilai dan Keyakinan : Keluarga klien bahwa percaya kepada Allah SWT
 - 2) Kegiatan ibadah : Ibadah 5 waktu dan Mengikuti pengajian
- Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.4 Status Mental

3.4.1 Penampilan :

Bagaimana penampilan klien dalam hal **berpakaian**, makan, mandi, toileting dan pemakaian sarana/prasarana atau instrumentasi dalam mendukung penampilan, apakah klien : Penampilan klien tampak terlihat memakai kaos biasa, rambut klien terlihat tidak rapi, muka kusut.

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri

3.4.2. Pembicaraan :

- 1) **Cepat** 2) Keras 3) Gagap 4) Inkoherensi 5) Apatis 4) Lambat 5) Membisu
- 6) Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : Ingin segera mengakhiri pembicaraan / pertanyaan yang disampaikan

Masalah Keperawatan : Gangguan Interaksi Sosial

3.4.3 Psikologi :

- 1) Lesu 2) Tegang **3) Gelisah** 4) Agitasi 5) Tik 6) Grimasen 7) Tremor
8)Kompulsif 9) Lain-lain,

Jelaskan : Klien mengatakan terkadang kesehariannya merasa bahwa dirinya bingung.

Masalah Keperawatan : Kecemasan

3.4.4. Afek dan Emosi

- a. Afek : 1) Datar 2) Tumpul **3) Labil** 4) Tidak sesuai 5) Lain-lain

Jelaskan : Klien tampak ketika dirinya jika akan mengerjakan sesuatu sering labil mana yang akan dilakukan terlebih dahulu.

Masalah Keperawatan : Kecemasan

- b. Alam perasaan (emosi) : **1) Sedih** 2) Ketakutan **3) Putus asa** 4) Kuatir
5) Gembira berlebih

Jelaskan : Klien mengatakan apabila ingin menyampaikan sesuatu merasa takut.

Masalah Keperawatan : Ansietas

3.4.5 Interaksi selama wawancara :

- 1) Bermusuhan 2) Tidak kooperatif 3) Mudah tersinggung 4) Kontak mata kurang 5) Defensif 6) Curiga 7) Lain-lain, Jelaskan : Menjawab kooperatif

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.4.6. Persepsi – sensorik :

Apakah ada gangguan : Tidak ada

- Halusinasi : 1) Pendengaran 2) Penglihatan 3) Perabaan 4) Pengecapan
5) Penghidu

Ilusi : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.4.7. Proses Pikir

- a. Proses pikir (arus dan bentuk pikir) : 1) Sirkumtansial 2) Tangensial 3) Blocking 4) Kehilangan asosiasi 5) **Flight of idea** 6) Pengulangan pembicaraan/perseverasi

Masalah Keperawatan : Perubahan proses pikir

- b. Isi Pikir :

1) Obsesi 2) Phobia 3) Hipokondria 4) Depersonalisasi 5) Pikiran magis

6) Ide terkait

- c. Waham :

1) Agama 2) Somatik 3) Kebesaran 4) Curiga 5) Nihilistik 6) Sisip pikir
7) Siar pikir 8) Kontrol pikir 9) Lain-lain

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

Tingkat Kesadaran : Klien tampak sadar

Adakah gangguan orientasi (disorientasi): 1) Waktu 2) Orang 3) Tempat

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.4.8 Memori :

- 1) Gangguan daya ingat jangka panjang
- 2) Gangguan daya ingat jangka menengah
- 3) Gangguan daya ingat jangka pendek
- 4) Konfabulasi

Masalah Keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**

3.4.9 Tingkat Konsentrasi dan berhitung :

1) Mudah beralih 2) Tidak mampu berkonsentrasi 3) Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : **Klien tidak mengalami gangguan konsentrasi dan berhitung**

Masalah Keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**

3.4.10 Kemampuan Penilaian :

1) Gangguan ringan 2) Gangguan bermakna

Jelaskan : Klien mengalami gangguan penilaian terhadap dirinya

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

3.4.11 Daya Tilik Diri :

1) Mengingkari penyakit yang diderita 2) Menyalahkan hal-hal di luar dirinya

Jelaskan : Klien tidak mengalami gangguan pada daya tilik diri

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.5 Kebutuhan Perencanaan Pulang

3.5.1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan :

Tabel 3.1 Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

Kemampuan Memenuhi Kebutuhan	Ya	Tidak
Makanan	V	
Keamanan	V	
Perawatan Kesehatan	V	
Pakaian	V	
Transportasi		V
Tempat Tingkal	V	
Keuangan	V	
Lain-lain		

Jelaskan : **Klien belum mampu memenuhi kebutuhan transportasi.**

Masalah Keperawatan : **Ketidakberdayaan**

3.5.2. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL) :

Perawatan diri

Tabel 3.2 Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)

Kegiatan hidup sehari – hari	Bantuan Total	Bantuan Minimal
Mandi	-	-
Kebersihan	-	-
Makan	-	-
Buang Air Kecil / BAK	-	-
Buang Air Besar / BAB	-	-
Ganti Pakaian	-	-

Jelaskan : **Klien mampu perawatan diri secara mandiri**

Masalah Keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**

Pola Nutrisi :

- Apakah anda puas dengan pola makan anda? **1) Puas** 2) Tidak puas,

Jelaskan : Klien tidak mengalami kesulitan pada pola makan

- Apakah anda makan memisahkan diri ? 1) Tidak 2) Ya,

Jelaskan : klien makan bersama adiknya

-Frekuensi makan sehari : 3x (kali) dan frekuensi kudapan sehari : 3x (kali)

- Nafsu makan : Meningkatkan Menurun Berlebihan **Sedikit-sedikit**

- Berat badan : Meningkatkan Menurun

BB saat ini : 43Kg BB terendah : 40Kg dan BB tertinggi : 46Kg

Jelaskan : Klien mengatakan pada saat lagi mood makan, BB klien sempat naik.

Namun pada saat klien stress nafsu makan menurun, bahkan sehari klien mengatakan makan hanya 1x dalam sehari.

Masalah Keperawatan : **Perubahan nutrisi : < kebutuhan tubuh**

Pola Tidur :

- Apakah ada masalah tidur? **Ada**, Jelaskan : **Sulit tidur**
- Apakah merasa segar setelah bangun tidur ? **1) Segar** 2) Tidak segar,
Jelaskan : Klien mengatakan cukup lega bisa tidur dalam beberapa jam
- Apakah ada kebiasaan tidur siang ? **1) Ya** , Lamanya **4 Jam**
- Apakah ada yang menolong anda mempermudah untuk tidur ?

Tidak ada, tiba – tiba tidur sendiri

- Tidur malam jam: **01.00** Bangun jam : **09.00**

Rata-rata tidur malam : **6jam**

- Apakah ada gangguan tidur ?

1) Sulit untuk tidur 2) Bangun terlalu pagi 3) Terbangun saat tidur 4) Gelisah saat tidur 5) Berbicara saat tidur 6) Lain-lain

Jelaskan : selalu memikirkan hal negatif dalam diri

Masalah Keperawatan : Gangguan pola tidur

3.6 Kemampuan klien dalam hal-hal berikut ini :

- Mengantisipasi kebutuhan sendiri : **Ya**
- Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri : **Ya**
- Mengatur penggunaan obat : **Tidak**
- Melakukan pemeriksaan kesehatan : **Ya**

Jelaskan : -

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.6.1 Klien memiliki sistem pendukung :

- Keluarga : Ada
- Terapis : Tidak ada

- Teman sejawat : **Ada**

- Kelompok sosial : Tidak ada

Jelaskan : Klien mengatakan ada dukungan teman sejawat yang menurut dia sefrekuensi terhadap dirinya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1) Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi?

Ya/menikmati

Jelaskan : Klien mengatakan sangat menikmati, hobi klien adalah menggambar

Masalah keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**

2) Mekanisme koping : **Mal adaptif**

Masalah keperawatan: **Kegagalan penyesuaian**

3) Masalah psikososial dan lingkungan :

Klien mengatakan bahwa dirinya sulit beradaptasi dengan suasana baru, psikososial klien beranggapan bahwa orang lain sulit berinteraksi dengan dirinya.

4) Pengetahuan kurang tentang :

Klien mengatakan tidak mengetahui apa kekurangan dalam diri sehingga dirinya tidak percaya diri dengan orang baru.

3.7 Aspek medis

Klien dan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

3.8 Daftar diagnosa keperawatan

Harga Diri Rendah Kronik

Sidoarjo, 22 Juli 2021

Perawat yang mengkaji

Putri Aprilia Rifah
203.0088

3.9 Analisa Data

Nama : Putri Aprilia Rifah NIM : 2030088

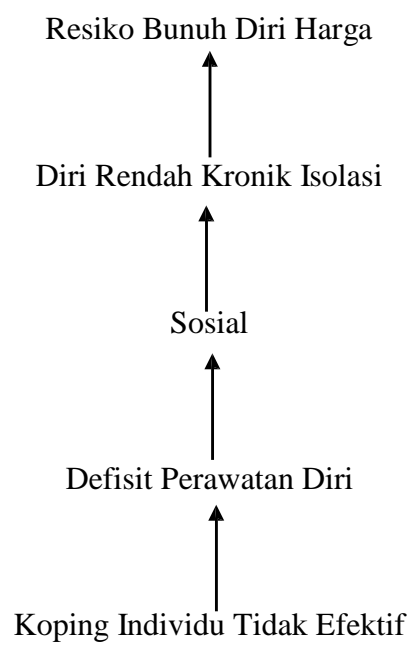
Ruangan : Sidoarjo

Tabel 3.3 Analisa Data

Tgl	Data	Etiologi	Masalah	TTD
28/10/2020	<p>S : Klien mengatakan sulit beradaptasi dengan orang baru.</p> <p>O : Klien tidak mau memulai pembicaraan lebih dulu.</p>	Resiko	Resiko Harga diri rendah situasional	⌘
	<p>S : Klien mengatakan ingin berinteraksi dengan orang baru, tetapi dirinya merasa gagal.</p> <p>O : Klien terlihat mencoba memulai kumpul dengan temannya</p>	Menarik Diri	Resiko Isolasi Sosial	⌘
	<p>S ; Klien mengatakan selalu memikirkan hal negatif.</p> <p>O : Klien tampak bengong.</p>	Hambatan Psikologis	Perubahan proses pikir	⌘
	<p>S : Klien mengatakan terkadang bingung mau mengerjakan</p>	Gangguan Interaksi Sosial		⌘

	<p>sesuatu dimulai dari mana</p> <p>O : Klien tampak bingung , mondar – mandir.</p> <p>S : Klien mengatakan ingin menyampaikan sesuatu tetapi klien takut penolakan</p> <p>O : Klien tampak datar.</p> <p>S : Klien mengatakan malam hari kesulitan tidur, tiap hari tidur diatas pukul 01.00 dini hari</p> <p>O : Mata klien terlihat seperti mata panda</p>	<p>Keputusasaan</p> <p>Gangguan Pola Tidur</p>	<p>Ansietas</p>	<p>§</p> <p>§</p>
--	---	--	-----------------	-------------------

3.10 Pohon Masalah



3.11 Rencana Keperawatan Jiwa

Nama Mahasiswa : Putri Aprilia Rifah

Nama Klien : Tn. A

NIM : 203.0088

Ruang : Sidoarjo

Institusi : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan

No.	Tgl	Dx Kep	Perencanaan		Rasional
			Tujuan (Afektif, Psikomotor, Kognitif)	Tindakan SP	
1.	28/10/2020	Harga Diri Rendah Kronik	Afektif : 1. Merasakan manfaat latihan yang dilakukan 2. Menghargai kemampuan diri (bangga) 3. Meningkatkan harga diri. Psikomotor : 1. Melakukan aspek positif dan	Klien memiliki konsep diri yang positif. SP 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya.	1) Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi.
				SP 2 : klien mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki.	1) Diskusi tingkat kemampuan menilai secara realitas. 2) Memberikan pujian yang realistis yang tidak menyebabkan kegiatan hanya untuk diberi pujian.
				SP 3 : klien dapat menentukan dan memilih aspek positif yang telah dipilih.	Keterbukaan dan pengertian tentang kemampuan yang dimiliki adalah prasad untuk berubah.

			<p>kemampuan yang dipilih.</p> <p>2. Berperilaku aktif</p> <p>3. Menceritakan keberhasilan pada orang lain.</p> <p>Kognitif :</p> <p>1. Mengenal aspek positif dan kemampuan yang dimiliki.</p> <p>2. Menilai aspek positif dan kemampuan yang dapat dilakukan.</p> <p>3. Memilih aspek positif dan kemampuan yang ingin dilakukan.</p>	<p>SP 4 : klien dapat membuat jadwal kegiatan sesuai dengan kemampuan yang telah dimiliki.</p>	<p>Klien adalah individu yang bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri.</p>
2.	28/10/2020	Resiko Isolasi Sosial	<p>Afektif :</p> <p>1. Merasakan manfaat dari latihan bersosialisasi</p> <p>2. Merasa nyaman berinteraksi dengan orang lain.</p>	<p>Klien dapat berinteraksi dengan orang lain</p> <p>SP 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.</p>
				<p>SP 2 : Klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri.</p>	<p>Diketuinya penyebab akan dapat dihubungkan dengan factor resipitasi yang dialami klien.</p>
				<p>SP 3 : Klien mampu</p>	<p>Klien harus dicoba berinteraksi secara bertahap agar terbiasa</p>


			<p>Psikomotor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan interaksi dengan orang lain. 2. Melakukan kegiatan bersama dengan orang lain. 3. Melakukan kegiatan sosial. <p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi keuntungan berinteraksi dengan orang lain. 2. Mengidentifikasi kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain. 3. Memiliki keberanian berinteraksi 4. Memiliki motivasi berinteraksi 5. Memiliki inisiatif berinteraksi. 	<p>Menyebutkan keuntungan berhubungan social dan kerugian menarik diri</p> <p>SP 4 : Klien dapat Melaksanakan hubungan social secara bertahap</p>	<p>membina hubungan yang sehat dengan orang lain.</p> <p>Mengevaluasi manfaat yang dirasakan klien sehingga timbul motivasi untuk berinteraksi.</p>
--	--	--	--	---	---

3.12 Implementasi Dan Evaluasi

Nama : Putri Aprilia Rifah

NIM : 2030088

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

Tgl	No.Dx Kep	Implementasi	Evaluasi	TTD
	Dx 1 SP 1 Point 1-2	1) Mengidentifikasi kemampuan klien dan aspek positif yang dimiliki 2) Membantu klien menilai kemampuan yang dapat dilakukan 3) Membantu klien membuat jadwal kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan	<p>Subjektif :</p> 1) Klien mengatakan saat dirumah klien suka menggambar desain rumah, kapal 2) Klien mengatakan masih mampu menunjukkan hasil gambaran <p>Objektif :</p> 1) Klien tampak mampu menunjukkan kemampuan yang dimiliki seperti “menggambar desain-desain rumah, gedung” 2) Pembicaraan klien cepat <p>Analisa : Point 1 – 3 teratasi</p>	

			<p>Planning :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien diharapkan mampu menyebutkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2) Pasien diharapkan dapat menilai kemampuan yang masih dapat dilakukan sehari – hari 3) Perawat dapat memberikan motivasi kepada pasien dalam menyebutkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 	
	Dx 2 SP 1 Point 2 - 4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dapat membina hubungan saling percaya 2) Klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri. 3) Klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan social dan kerugian menarik diri 4) Klien dapat melaksanakan hubungan social secara bertahap. 	<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan bahwa dirinya menarik diri karena diluar merasa temannya penolakan terhadap kehadiran. 2) Klien mengatakan jika tidak saya latih terus untuk berkumpul saya akan tetap bahwa dirinya saya tidak mampu dan tidak ada teman yang se-frekuensi. 3) Klien mengatakan sanggup bahwa akan terus mencoba mencari teman yang se-frekuensi dengan dirinya. 	8

			<p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Klien tampak ingin cepat memiliki teman yang se-frekuensi dengan dirinya.2) Klien tampak antusias mencoba mencari teman yang se-frekuensi dengannya. <p>Analisa :</p> <p>SP 1 = Point 1 – 3 teratasi</p> <p>Planning :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Pasien diharapkan mampu mencoba mencari teman yang se-frekuensi dengan dirinya.2) Pasien diharapkan dapat bergaul kembali.3) Perawat dapat memberikan motivasi kepada pasien dalam menyebutkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki	
--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Harga Diri Rendah di Sidoarjo yang dilaksanakan mulai tanggal 28 Oktober 2020 sampai dengan 29 Oktober 2020. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dapat terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Data yang didapatkan pasien bernama Tn. A berjenis kelamin laki-laki, berusia 23 tahun. Menurut penulis, dengan melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Menurut penelitian ((Wijayati et al., 2020)) menjelaskan tindakan keperawatan yang dilakukan pertama kali setelah membina hubungan saling percaya dengan pasien adalah membantu dan mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Perawat tak hanya mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang pasien miliki, namun juga mendorong dan membantu pasien untuk mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki oleh lingkungan serta keluarga. Pasien dengan didampingi keluarga dan

bimbig oleh perawat bersama-sama membuat daftar aspek positif dan kemampuan yang dapat dilaksanakan saat itu juga meski dengan dukungan dan stimulus langsung dari keluarga.

Pada pengkajian Tn. A terdapat perasaan cemas dan was-was terhadap dirinya ketika ia berada di lingkungan atau kelompok teman yang baru, ia merasa minder dan tidak percaya diri akan untuk bisa beradaptasi dengan lingkungan dan kelompok orang baru.

Selama dilakukannya pengkajian Tn. A terdapat adanya faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung dari pengkajian tersebut adalah pasien kooperatif dan mau menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh penulis sehingga mempermudah untuk mendapatkan data tentang masalah yang dialami oleh pasien. Pasien bersedia untuk diajak berbicara. Faktor penghambat saat dilakukan pengkajian pasien tidak selalu terbuka dengan keluarga, pasien hanya mau terbuka dan menceritakan semua apa yang terjadi dalam dirinya kepada teman yang sudah dipercaya olehnya.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Budi Anna Keliat (2019) Asuhan keperawatan jiwa diagnosis gangguan konsep diri: harga diri rendah, koping individu tidak efektif, isolasi sosial, dan defisit perawatan diri. Diagnosa fisik yaitu faktor resiko terjadinya diagnosa psikososial yang akan dijadikan sebagai diagnosa resiko. Diagnosa keperawatan resiko: harga diri situasional, ketidakefektifan koping individu, ketidakefektifan performa peran dan distress spiritual.

Diagnosa yang diangkat sebagai core probles adalah harga diri rendah. Penulis mengangkat diagnosa harga diri rendah sebagai core probles adalah

berdasarkan data pengkajian keluhan utama, tanda dan gejala yang paling menonjol adalah data yang menunjukkan pasien dengan harga diri rendah. Harga diri rendah disebabkan oleh coping individu tidak efektif, sehingga mengakibatkan stressor penuh, pasien berusaha menyelesaikan masalah tetapi tidak tuntas sehingga menimbulkan pasien mengalami tidak percaya diri terhadap lingkungan yang baru.

4.3 Rencana Keperawatan

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama, yaitu Harga Diri yang Rendah yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) pasien yang terbagi menjadi dua strategi yang bertuju pada pasien dan keluarga. Pada tinjauan teori terdapat 4 strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien.

SP 1 : Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

SP 2 : Menilai kemampuan yang dapat digunakan

Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan

Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih

SP 3 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih nomor 2

SP 4 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih nomor 3

Strategi tindakan keperawatan untuk keluarga :

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien harga diri rendah
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya harga diri rendah
3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah
4. Memberikan pujian terhadap semua hal positif yang dimiliki pasien
5. Melatih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan yang dipilih pasien

6. Mengajukan kepada keluarga untuk membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

Hal ini selaras dengan penelitian (Wijayati et al., 2020) yang mengatakan bahwa penelitian tindakan keperawatan yang dilakukan pertama kali setelah membina hubungan saling percaya dengan pasien adalah membantu dan mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan aspek positif. Bahkan pasien mampu menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan saat itu juga meski dengan dukungan dan stimulus langsung dari keluarga.

4.4 Tindakan Keperawatan

Pada tinjauan teori implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada tinjauan kasus implementasi sering kali jatuh berbeda dengan rencana. Hal ini terjadi karena perawat menyesuaikan dengan kondisi klien sehingga tidak sesuai dengan strategi pelaksanaan terapi kelompok tetapi bawasannya terapi aktivitas kelompok tetap dilakukan sebagai tujuan terapi klien. Hal ini sangat membahayakan pasien dan perawat jika ada suatu rencana tindakan yang belum tercapai maka perawat akan melanjutkan terapi aktivitas kelompok dihari berikutnya dengan menyesuaikan kondisi klien. Pada saat akan melaksanakan tindakan perawat akan meminta kontrak waktu, meminta persetujuan, dan menyebutkan maksud dan tujuan perawat yang akan dikerjakan pada saat itu, tidak lupa mendokumentasikan semua tindakan yang telah dilakukan beserta respon pasien saat dilakukan tindakan (Nurhalimah, 2016).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien telah di sesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus

perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan klien disebutkan terdapat empat strategi pelaksanaan yang akan dilakukan, diantaranya:

SP 1 : Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

SP 2 : Menilai kemampuan yang dapat digunakan

Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan

Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih

SP 3 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih nomor 2

SP 4 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih nomor 3

Tahap pelaksanaan ini, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien kooperatif dalam pelaksanaan kegiatan pasien menuruti sesuai arahan yang diberikan perawat pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan mulai tanggal 28 Oktober 2020 - 29 Oktober 2020. Melakukan pengkajian (perkenalan "*selamat siang mas, perkenalkan saya Aprilia. Saya adalah mahasiswa keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya. Kalau boleh tau nama mas siapa ya?*") klien : "*selamat siang mbak, nama saya A*"). "*bagaimana perasaan mas A hari ini? Klien : baik mbak. "tujuan saya disini mau menanyakan beberapa hal tentang diri mas A, apakah mas A berkenan?" klien: iya mbak boleh.* Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, melatih dan menilai kemampuan pasien ("*kalau boleh tau apa kegiatan yang selama ini dilakukan mas A, coba ceritakan?*") klien: *saya biasanya menggambar desain desain kapal rumah, terkadang ya bantu orangtua membersihkan rumah. "wah bagus ya mas bisa menggambar desain kapal dan rumah, coba boleh saya contohkan bagaimana gambaran mas A"* klien: *jangan mbak saya malu dengan gambaran saya, jelek mbak, belum sempurna masih bagus gambaran orang lain mbak.* Kegiatan ini dilaksanakan diruang tamu rumah pasien

yaitu pada tanggal 28 Oktober 2020 pukul 10.00 WIB dengan protokol kesehatan yaitu memakai masker, menjaga jarak, mencuci tangan. Pasien kooperatif saat dilakukan pengkajian, pasien mau menyebutkan apa kemampuan yang dimiliki dan mau berlatih. Pasien mengatakan bahwa ketika dirinya merasa tidak percaya diri dan tidak mampu melakukan hal positif, pasien langsung menyendiri dan tidak ingin bertemu orang lain. Untuk mengatasi ini, perawat memotivasi pasien untuk bisa melatih kemampuan, membuat kegiatan setiap harinya sehingga pasien lupa akan dirinya merasa tidak mampu melakukannya.

4.5 Evaluasi

Tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dapat dilaksanakan dengan baik dimana kami dapat mengetahui keadaan pasien dan mengetahui masalahnya secara langsung. Evaluasi pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan dua hari di rumah pasien. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap rencana keperawatan yang telah dilakukan.

Pada tanggal 29 Oktober 2020 penulis melakukan bina hubungan saling percaya, mengkaji tanda dan gejala, mengetahui kemampuan pasien, menjelaskan ciri-ciri harga diri rendah, melatih kegiatan sesuai kemampuan, menilai kemampuan yang telah dilakukan. Hari kedua penulis melakukan kegiatan aspek positif terhadap pasien yaitu menggambar pola yang diinginkan pasien. Pasien mampu dan mau melakukan kegiatan tersebut sehingga pasien tidak lagi percaya diri terhadap dirinya.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Harga Diri Rendah, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Harga Diri Rendah di masyarakat.

5.1 Simpulan

Dari kasus yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pasien dengan kasus Harga Diri Rendah, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

Pengkajian pada pasien dengan Harga Diri Rendah menunjukkan keluhan merasa tidak percaya diri dengan kemampuan yang dimiliki, mengeluh tidak mampu beradaptasi dengan lingkungan yang baru, selalu merasa gagal terhadap apa yang ingin dicapai.

Pada pasien dengan Harga Diri Rendah akan mengalami masalah psikososial. Masalah asuhan keperawatan yang timbul adalah koping individu tidak efektif, harga diri rendah situasional. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan pasien secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa karena banyak tindakan yang memerlukan kesadaran dan kerja sama perawat dengan pasien.

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan Harga Diri Rendah adalah dapat membina hubungan saling percaya, menggali aspek positif yang ada dalam diri pasien, menilai dan mengembangkan aspek positif yang

dimiliki, serta membuat jadwal kegiatan sesuai dengan kemampuan dan kegiatan yang telah dipilih oleh pasien.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan Harga Diri Rendah adalah dapat membina hubungan saling percaya, menggali aspek positif yang ada dalam diri pasien, menilai dan mengembangkan aspek positif yang dimiliki, serta membuat jadwal kegiatan sesuai dengan kemampuan dan kegiatan yang telah dipilih oleh pasien.

Evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan pasien dengan Harga Diri Rendah adalah pasien sudah dapat percaya hubungan saling percaya, pasien sudah dapat mengetahui kemampuan dan dapat menilai kemampuan yang dimiliki selama ini.

Dokumentasi ditulis berdasarkan apa yang sudah direncanakan dan apa yang sudah dilaksanakan, setiap hasil dari tindakan keperawatan langsung didokumentasikan secara bertahap sampai pada proses perawatan selesai.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

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

5.2.2 Bagi Penulis Selanjutnya

Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penulisan selanjutnya dan dilakukan penulisan lebih lanjut mengenai dukungan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi, N. R. (2015). Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa. In *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Dermawan D. (2013). *Keperawatan Jiwa, Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. (Pustaka Bi). Yogyakarta.
- Dinas Kesehatan Surabaya. (2018). *Profil Kesehatan Surabaya 2018*. Surabaya.
- Hani Tuasikal, Moomina Siauta, S. E. (2019). Upaya Peningkatan Harga Diri Rendah Dengan Terapi Aktivitas Kelompok (Stimulasi Persepsi) Di Ruang Asoka (Sub Akut Laki) RSKD Provinsi Maluku. *Jurnal Kesehatan*, 345–351.
- Muhith Abdul. (2015). *Pendidikan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Nurhalimah. (2016). *Keperawatan Jiwa* (Anang, Ed.). Kementerian Kesehatan RI.
- Nurjihan. *Mental Disorder*. , (2018).
- Potter&Perry. (2013). *Fundamentals of Nursing* (8th ed.). Canada: Elsevier.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep&Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. Retrieved from http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_20%0A18/Hasil Riskesdas 2018.pdf
- Stuart, G, W. (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. In *Kesehatan Jiwa* (1st ed.). Jakarta: Elsevier.
- Stuart, G. . (2013). *Buku Keperawatan Jiwa* (4th ed.). Jakarta: EGC.
- Suerni. (2018). Penerapan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga Pada Klien Dengan Harga Diri Rendah di Ruang Yudistira Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi. *Keperawatan Jiwa*.
- Suhron, M. (2017). *Asuhan Keperawatan Jiwa Konsep Self Esteem*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- UU No.18 tahun 2014. (2014). Kesehatan Jiwa. Retrieved from Kementerian Kesehatan website: <http://binfar.kemkes.go.id/?wpdact=process&did=MjAx1%0AmhvdGxpbnms>
- WHO. (2017). Kesehatan Jiwa. Retrieved from http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_20%0A18/Hasil RWEBWHO 2018.pdf.
- WHO. (2019). Mental Disorder. Retrieved from <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/mentaldisorders>
- 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 Gangguan Jiwa 1,3,4. 12.

Yain Rokhimmah, D. A. R. (2020). Penurunan Harga Diri Rendah Dengan Menggunakan Penerapan Terapi Okupasi (Berkebun). *Jurnal Unimus*.

Yusuf, A., Fitriyasari, R., & Endang, H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. (2nd ed.). Retrieved from <https://doi.org/ISBN%0A978-xxx-xxx-xx-x>

Lampiran 1

Curriculum Vitae

Nama : Putri Aprilia Rifah

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 17 April 1998

Alamat : Jl. Sawunggaling Gilang RT 23 RW 07 Taman
Sidoarjo

Agama : Islam

No. Telp : 085748003998

Email : apriliasht16@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Sidoarjo Lulus Tahun 2003
2. SD Negeri Tawang Sari III Sidoarjo Lulus Tahun 2010
3. SMP Negeri 3 Taman Sidoarjo Lulus Tahun 2013
4. SMA Wachid Hasyim 2 Sidoarjo Lulus Tahun 2016
5. S-1 STIKES Hang Tuah Surabaya Lulus Tahun 2020

Lampiran 2**MOTTO DAN PERSEMBAHAN****MOTTO**

“Berjuang itu proses, Allah SWT menyadarkan kita bahwa untuk mencapai hasil akhir harus dengan penuh kesabaran”.

PERSEMBAHAN

1. Terima kasih kepada Allah SWT atas nikmat dan rahmat-Nya untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan baik.
2. Terima kasih kepada kedua orang tua saya, Bapak Hardjito dan Ibu Masripah yang selalu mensupport saya, yang tak ada hentinya mendoakan saya setiap waktu, serta kasih sayang yang telah mereka berikan kepada saya begitu besar hingga saya bisa sampai disini, menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan tepat waktu.
3. Terima kasih kepada Dosen pembimbing Ibu Dyas Sustrami yang telah membimbing saya, memberikan semangat, kritik dan saran dengan penuh kesabaran dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
4. Terima kasih kepada kedua kakak ku Saputri Harlina dan Linda Wahyu selalu memberikan dukungan dan motivasi untuk mengerjakan karya ilmiah akhir ini.
5. Terima kasih kepada sahabatku Liya, Icha, Leny yang selalu memberikan semangat, menghibur, saling menguatkan dan saling membantu satu sama lain.

6. Terima kasih kepada teman-teman satu kelompok proposal Akhirussanah, Afni, Ni Made Wahyu dan Anggi yang saling bertukar pendapat dan saling mengingatkan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Terima kasih kepada teman Akhirusannah, Agung, Hogantara, Pratika, Puspita telah memberikan semangat dan memotivasi untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
8. Terima kasih kepada teman Profesi Ners Angkatan 11 yang telah memberi semangat untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
9. Terima kasih kepada sahabat dan teman-teman Prodi S-1 Kumara 22 yang telah memberikan support dan motivasi untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE 1

Pertemuan : Ke 1

Tgl Pengkajian : 28 Oktober 2020

SP 1 : Tindakan Keperawatan Bina Hubungan Saling Percaya

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

Tenang, mau menceritakan keluhan, menjawab pertanyaan dengan kooperatif

2. Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah

3. Tujuan Khusus

Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

4. Tindakan Keperawatan

- a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien.
- b. Membantu klien menilai kemampuan klien yang masih dapat dilakukan.
- c. Membantu klien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai kemampuan.
- d. Membantu membuat jadwal kegiatan yang akan dilakukan.

ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

Selamat siang? Perkenalkan nama saya Aprilia. Saya adalah mahasiswa keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya. Kalau boleh tau nama mas siapa ya? Senang dipanggil apa?

2. Evaluasi/Validasi

Bagaimana perasaan mas A saat ini? Sepertinya mas A terlihat lebih segar? Apakah hari ini mas A ada keluhan?

3. Kontrak

Apakah mas A tidak keberatan untuk berbicara dengan saya? Kita berbicara untuk lebih saling mengenal. Kita akan bercerita selama 15 menit, apakah mas H bersedia? Apakah mas A senang kita bercerita disini? Atau ditempat lain?

4. Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)

Sebelumnya saya ingin menanyakan tentang penilaian terhadap diri mas. Apa yang menyebabkan mas merasa demikian? Jadi mas merasa telah dijauhi teman. Apakah ada hal lain yang tidak menyenangkan yang mas rasakan? Bagaimana hubungan mas dengan keluarga dan teman – teman setelah mas merasakan hidup mas yang sekarang? Sebenarnya apa saja harapan dan cita – cita mas A? Yang mana saja harapan mas yang sudah tercapai? Bagaimana usaha mas untuk mencapai harapan yang terpenuhi? Coba mas sebutkan kemampuan apa saja yang mas A pernah miliki? Apalagi mas? Saya buat kan daftarnya ya, apalagi kegiatan mas A

Lampiran 4

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE 2

Pertemuan : Ke 2

Tgl Pengkajian : 29 Oktober 2020

SP 2 : Menilai Kemampuan Klien yang dapat Dilakukan

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

Tenang, mau menceritakan keluhan, menjawab pertanyaan dengan kooperatif

2. Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah

3. Tujuan Khusus

Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

4. Tindakan Keperawatan

1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien.
2. Membantu klien menilai kemampuan klien yang masih dapat dilakukan.
3. Membantu klien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai kemampuan.
4. Membantu membuat jadwal kegiatan yang akan dilakukan.

ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

“Selamat siang, masih ingat dengan saya mas? Wah bagus, ternyata mas masih ingat saya”

2. Evaluasi/Validasi

“Bagaimana perasaan mas A saat ini? Sepertinya mas A terlihat lebih segar? Apakah hari ini mas A ada keluhan? Bagaimana mas A tidur semalam?”

3. Kontrak

“Bagaimana kalau kita bercakap – cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah mas lakukan? Setelah ini kita akan menilai kegiatan mana yang masih dapat mas lakukan dirumah. Setelah kita menilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk dilatih. Dimana kita akan bercakap – cakap? Bagaimana kali didepan ruang tamu atau dimana mas? Kita akan bercakap – cakap sekitar 15 menit? Apakah mas A bersedia? Dengan tujuan agar mas A mengetahui kemampuan dan aspek positif dalam diri”

4. Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)

“Mas A, apa saja kemampuan yang mas A miliki? Bagus, apalagi mas? Bu saya akan buat daftarnya ya , apalagi kegiatan mas A dirumah yang pernah mas A lakukan sebelumnya? Bagaimana dengan merapikan tempat tidur? Membantu menyapu rumah? Wah sekali ada 3 kemampuan dan kegiatan yang mas miliki. Oh yang nomer 1 . Apa boleh saya melihat ruang tidur mas A? Apakah sudah rapi atau belum?”

Lampiran 5**ANALISA PROSES INTERAKSI**

Nama Klien : Tn. A

Jenis Kelamin : Laki – laki

Usia : 22 tahun

Interaksi : Fase pertama (perkenalan)

Deskripsi : Penampilan klien sedikit rapi dan wajah kusam

Nama Mahasiswa : Putri Aprilia Rifah

Tgl Pengkajian : 28 Oktober 2020 / Pukul 09.00 WIB

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Klien	Analisa Berfokus Pada Perawat	Rasional
<p>P : Selamat siang Pak</p> <p>K : Selamat siang</p> <p>P : saya perawat Aprilia, saya mahasiswa keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya. Kalo boleh tau nama bapak siapa?</p> <p>K : nama saya Azh</p>	<p>P : tersenyum, berdiri sejena disamping klien</p> <p>K : menatap ke arah Perawat</p> <p>P : tetap tersenyum</p> <p>K : tersenyum</p> <p>P : duduk disamping klien</p>	<p>Merasa terkejut disapa oleh perawat.</p> <p>Duduk dan menatap perawat.</p> <p>Klien duduk disamping perawat dan sedikit menolah ke arah lain.</p> <p>Masih terlihat ragu – ragu.</p>	<p>Merasa ragu apakah klien menerima kehadiran saya.</p> <p>Merasa senang karena klien mau menjawab salam.</p> <p>Berharap dapat berlanjut percakapan.</p> <p>Merasa lega karena klien mau berespon.</p>	<p>Membina hubungan saling percaya terhadap klien.</p> <p>Perkenalan diharapkan meningkatkan hubungan saling percaya.</p> <p>Untuk meninbulkan rasa percaya klien.</p>

<p>P : oh namanya Azh, senang dipanggil siapa?</p> <p>K : panggil mas A mbak</p> <p>P : Mas A, boleh saya cerita sebentar sekitar 10 menit dengan mas Hari?</p> <p>K : iya mbak</p> <p>P : mas A kita bercerita dimana?</p> <p>K : disini saja mbak</p> <p>P : Baiklah, mas hari saya akan membahas masalah apa yang dirasakan oleh mas A. Mudah – mudahan saya bisa membantu mengatasi masalahnya. Untuk itu saya sangat berhadap sama mas A mau menceritakan masalah dan apa yang dirasakan atau yang ada</p>	<p>K : tersenyum dan menatap perawat</p> <p>P : sikap terbuka dan tetap tersenyum</p> <p>K : menjawab dan tetap memperhatikan perawat.</p> <p>P : tetap tersenyum, memperhatikan klien dengan sikap terbuka.</p> <p>K : ekspresi tersenyum pada perawat, terkadang menundukkan kepala</p> <p>P : menggunakan nada suara sedang tapi jelas.</p>	<p>Klien mengangguk dan mau menuruti apa yang diminta perawat.</p> <p>Mengerti maksud yang disampaikan oleh perawat.</p> <p>Tidak merasakan keberatan untuk menceritakan apa yang dirasakan</p>	<p>Berharap klien mau menceritakan masalahnya</p>	<p>Memberikan kontrak waktu dan tujuan interaksi.</p> <p>Topik ringan dapat memudahkan interaksi sebelum pertanyaan lebih lanjut.</p> <p>Pertanyaan terbuka memberi kesempatan pada klien untuk menceritakan keadaannya</p> <p>Pertanyaan ini diajukan</p>
---	--	---	---	--

<p>dipikiran mas A supaya saya tahu dan mengerti. Apakah mas A setuju?</p> <p>K : Iya mbak perawat</p> <p>P : Bagaimana keadaan hari mas A?</p> <p>K : Merasa baik baik saja mbak.</p> <p>P : Bisakah mas A mulai menceritakan?</p> <p>K : Iya mbak, saya merasa teman – teman saya menjauhi saya, padahal saya sudah mencoba berkumpul tapi saya merasa mereke penolakan.</p> <p>P : Kalau mas A merasa seperti itu apa yang dilakukan mas A:</p>	<p>K : menjawab pertanyaan dengan jelas</p> <p>P : tetap tersenyum dan memperharikan klien</p> <p>K : menjawab dengan wajah datar</p> <p>P : mempertahankan suasana percapan</p> <p>K : wajah terlihat sedih</p> <p>P : mempertahankan suasana percapan</p>	<p>Sedih, karena klien merasa dijauhi temannya</p> <p>Klien merasa tidak mampu berbuat apa – apa</p>	<p>Kembali meyakinkan klien.</p> <p>Mencoba menggali lagi keluhan klien saat ini</p>	<p>perawat untuk mengeksplorasi kemampuan personal klien yang masih ada sebagai bahan untuk memberi tanggapan positif terhadap pikiran negatif</p> <p>Respon penguatan atas Jawaban yang diutarakan klien akan memberikan kesan bahwa perawat serius Memperhatikan masalah klien</p>
--	---	--	--	--

<p>K : Ya, saya terkadang pusing memikirkan, kenapa mereka kok seperti itu sama saya?</p> <p>P : apakah sebelumnya mas A pernah membuat kesalahan?</p> <p>K : Tidak pernah mbak, saya ya seperti ini anaknya.</p> <p>P : Nah kalau begitu apakah mas A mau tidak kita melakukan kegiatan agar pusingnya mas A hilang?</p> <p>K : Kegiatan apa mbak?</p> <p>P : Hobi mas A apa?</p> <p>K : Hobi saya ya menyanyi, menggambar</p>	<p>K : menundukkan kepala</p> <p>P : tetap tersenyum, dan menatap wajah klien</p> <p>K : wajah datar</p> <p>P : mempertahankan suasana percakapan</p> <p>K : wajah mulai ceria</p> <p>P : mempertahankan suasana percakapan</p>	<p>Klien sedih dan kepala menunduk</p> <p>Bersedia dengan tawaran perawat</p>	<p>Mencoba memberikan gambaran positif dari kegiatan yang ditawarkan.</p> <p>Membuka topik pembicaraan yang baru, agar bisa menawarkan kegiatan yang lain.</p> <p>Menemukan adanya inkoheren dari pembicaraan awal.</p> <p>Memberi pujian kegiatan yang dilakukan klien</p>	<p>Memotivasi klien memandang dirinya secara positif.</p> <p>Agar klien lebih percaya diri atas kemampuannya</p>
---	---	---	---	--

<p>P : Bagus, sekarang apakah mas A ingin menggambar?</p> <p>K : Iya mbak saya mau</p> <p>P : Mas A mau menggambar apa?</p> <p>K : Ini saja mbak, saya suka menggambar kapal</p> <p>P : Baiklah, Kebetulan saya membawa kertas kosong dan pensil. Coba mas A mulai menggambar kapalnya</p> <p>K : Iya mbak</p> <p>P : Bagus juga ya gambarnya mas A</p> <p>K : Iya seperti ini mbak</p> <p>P : Selain menggambar coba beri warna mas, ini</p>	<p>K : mulai menggambar</p> <p>P : tetap memperhatikan klien</p> <p>K : wajah terlihat datar</p>	<p>Mulai melakukan kegiatan yang disukai dirinya</p> <p>Sudah mengerti dan menerima saran dari perawat</p> <p>Mencoba melakukan kegiatan yang diberikan oleh perawat</p>		<p>Melakukan teknik fokusing agar pembicaraan tetap fokus.</p>
---	--	--	--	--

<p>saya juga ada spidol warna</p> <p>K : Iya mbak</p> <p>P : Wah bagus gambarnya diberi warna.</p> <p>K : Iya mbak</p> <p>P : Bagaimana perasaan mas A setelah menggambar?</p> <p>K : senang tetapi agak capek</p> <p>P : Baiklah kalau begitu mas A boleh istirahat, besok saya akan latih kemampuan mas A</p> <p>K : Iya mbak boleh</p> <p>P : Mas A bisanya jam berapa? Dimana?</p>	<p>P : mempertahankan suasana percakapan</p> <p>K : wajah tersenyum dan menatap perawat</p> <p>P : tetap tersenyum</p> <p>K : wajah tersenyum dan menatap perawat</p>			
--	---	--	--	--

K : seperti ini saja mbak				
P : Baiklah, sampai ketemu besok ya mas A				

Lampiran 6

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

Ruang rawat :.....

Tanggal dirawat/MRS :.....

I. IDENTITAS KLIEN

Nama :.....

Tanggal pengkajian :.....

Umur :.....RM No. :.....

II. ALASAN MASUK

.....
.....

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu : 1) Ya 2) Tidak
2. Pengobatan sebelumnya:Berhasil/Kurang berhasil/Tidak berhasil
3. Trauma :

Jenis Trauma Usia Pelaku Korban Saksi

Aniaya Fisik : Tahun

Aniaya Seksual : Tahun

Penolakan : Tahun

Kekerasan dalam keluarga : Tahun

Tindakan criminal : Tahun

Lain-lain : Tahun

Jelaskan No. 1,2,3 :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- 1) Perubahan pertumbuhan dan perkembangan
- 2) Sindroma trauma perkosaan
- 3) Berduka antisipasi
- 4) Resiko tinggi kekerasan

5) Berduka disfungsional, Lain-lain, jelaskan.....

Respon Pasca Trauma

Adakah anggota keluarga yang gangguan jiwa ? 1) Ada 2) Tidak ada

Bila ada :

Hubungan Keluarga:.....

Gejala :

Riwayat pengobatan:.....

Masalah Keperawatan :

- 1) Koping Keluarga tidak efektif : ketidakmampuan
- 2) Resiko tinggi kekerasan
- 3) Koping keluarga tidak efektif : Kompromi
- 4) Lain-lain, jelaskan.....
- 5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan ?

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- 1) Perubahan pertumbuhan dan perkembangan
- 2) Respon paska trauma
- 3) Berdukaantisipasi
- 4) Sindroma trauma perkosaan
- 5) Berduka disfungsional
- 6) Lain-lain,jelaskan.....

IV. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda vital :.....mmHg; N :....x/mnt; S :...°C; P : ...x/mnt

2. Ukuran : Berat Badan :.....Kg; Tinggi Badan:.....cm

3. Keluhan fisik : 1) Ada 2) Tidak ada

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- 1) Resiko tinggi perubahan suhu tubuh
- 2) Perubahan Perlindungan

- 3) Defisit volume cairan
- 4) Kerusakan integritas jaringan
- 5) Perubahan volume cairan
- 6) Perubahan membran mukosa oral
- 7) Resiko terhadap infeksi
- 8) Kerusakan integritas kulit
- 9) Perubahan nutrisi : < kebutuhan tubuh
- 10) Perubahan eliminasi urin
- 11) Perubahan nutrisi : > kebutuhan tubuh
- 12) Perubahan eliminasi feses
- 13) Perubahan nutrisi : Potensial > kebutuhantubuh
- 14) Lain-lain, jelaskan.....

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram :

Masalah Keperawatan :

- 1) Koping keluarga tidak efektif ketidakmampuan:
- 2) Koping keluarga tidak efektif : kompromi
- 3) Koping keluarga ; potensial untuk pertumbuhan
- 4) Lain – lain. Jelaskan.....

2. Konsep Diri

a. Citra tubuh :

.....

b. Identitas diri :

.....

c. Peran :

- d. Ideal diri :
- e. Harga diri :

Masalah Keperawatan :

- 1) Pengabaian unilateral
- 2) Harga diri rendah kronik
- 3) Gangguan citra tubuh
- 4) Harga diri rendah situasional
- 5) Gangguan identitas pribadi
- 6) Lain-lain, Jelaskan.....

3. Hubungan Sosial :

- a. Orang yang berarti :
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :
.....
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :
.....

Masalah keperawatan :

- 1) Kerusakan komunikasi
- 2) Isolasi sosial
- 3) Kerusakan komunikasi verbal
- 4) Kerusakan interaksi social
- 5) Lain-lain, jelaskan.....

4. Spiritual

- a. Nilai dan Keyakinan :
- b. Kegiatan ibadah :

Masalah keperawatan :

- 1) Distres spiritual
- 2) Lain-lain, jelaskan.....

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan :

Bagaimana penampilan klien dalam hal berpakaian, makan, mandi, toileting dan pemakaian sarana/prasarana atau instrumentasi dalam mendukung penampilan, apakah klien :

- 1) Tidak rapi
- 2) Penggunaan pakaian tidak sesuai
- 3) Cara berpakaian tidak seperti biasa
- 4) Lain-lain jelaskan.....

Masalah Keperawatan :

Sindroma deficit perawatan diri (makan,mandi,berpakaian,toileting, instrumentasi)

Lain-lain,jelaskan.....

2. Pembicaraan :

- 1) Cepat 2) Keras 3) Gagap 4) Inkoherensi 5) Apatis 4) Lambat 5) Membisu
- 6)Tidak mampu memulai pembicaraan Lain-lain, jelaskan.....

Jelaskan:.....

Masalah Keperawatan :

- 1) Kerusakan komunikasi
- 2) Kerusakan Komunikasi verbal
- 3) Lain-lain, jelaskan.....

3. Aktivitas motorik :

- 1) Lesu 2) Tegang 3) Gelisah 4) Agitasi 5) Tik 6) Grimasen 7) Tremor 8)Kompulsif
- 9) Lain-lain, jelaskan.....

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

1. Resiko tinggi cedera
2. Defisit aktivitas deversional/hiburan
3. Intoleransi aktivitas
4. Kerusakan mobilitas fisik

Lain-lain, jelaskan

4. Afek dan Emosi

- a. Afek : 1) Datar 2) Tumpul 3) Labil 4) Tidak sesuai

Lain-lain,jelaskan.....

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

- 1) Resiko tinggi cedera 3) Kerusakan komunikasai verbal 2) Kerusakan komunikasi

4) Kerusakan interaksi social . Lain-lain,jelaskan.....

b. Alam perasaan (emosi) : 1) Sedih 2) Ketakutan 3) Putus asa 4) Kuatir 5) Gembira
berlebih 6) Lain-lain, jelaskan.....

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

1) Resiko tinggi cedera 2) Resiko diri membahayakan diri 3) Ansietas 4) Resiko diri
menganiaya diri 5) Ketakutan 6) Resiko tinggi mutilasi diri 7) Keputusan
8) Ketidakberdayaan 9) Lain-lain, jelaskan.....

5. Interaksi selama wawancara :

1) Bermusuhan 2) Tidak kooperatif 3) Mudah tersinggung 4) Kontak mata kurang
5) Defensif 6) Curiga 7) Lain-lain, Jelaskan.....

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

1) Kerusakan komunikasi 2) Resiko tinggi penganiayaan diri 3) Kerusakan interaksi sosial
4) Resiko tinggi mutilasi diri 5) Isolasi sosial 6) Resiko tinggi kekerasan 7) Resiko tinggi
membahayakan diri 8) Lain-lain,jelaskan.....

6. Persepsi – sensorik :

Apakah ada gangguan : 1) Ada 2) Tidak ada

Halusinasi : 1) Pendengaran 2) Penglihatan 3) Perabaan 4) Pengecapan 5) Penghidu

Ilusi : 1) Ada 2) Tidak ada 3) Lain-lain,jelaskan.....

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

1) Perubahan persepsi perseptual (pendengaran,penglihatan,perabaan,pengecapan,penghidu)
2) Lain-lain,jelaskan.....

7. Proses Pikir

a. Proses pikir (arus dan bentuk pikir) : 1) Sirkumtansial 2) Tangensial 3) Blocking
4) Kehilangan asosiasi 5) Flight of idea 6) Pengulangan pembicaraan/perseverasi
7) Lain-lain,jelaskan.....

Jelaskan

Masalah Keperawatan : Perubahan proses pikir

b. Isi Pikir :

- 1) Obsesi 2) Phobia 3) Hipokondria 4) Depersonalisasi 5) Pikiran magis 6) Ide terkait

Waham :

- 1) Agama 2) Somatik 3) Kebesaran 4) Curiga 5) Nihilistik 6) Sisip pikir 7) Siar pikir
- 8) Kontrol pikir 9) Lain-lain,jelaskan.....

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

Perubahan proses pikir,jelaskan.....

8. Tingkat Kesadaran :

- 1) Bingung 2) Sedasi 3) Stupor

Lain-lain,jelaskan.....

Adakah gangguan orientasi (disorientasi): 1) Waktu 2) Orang 3) Tempat

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- 1) Resiko tinggi cedera, Lain-lain,jelaskan.....
- 2) Perubahan proses pikir,jelaskan.....

9. Memori :

- 1) Gangguan daya ingat jangka panjang
- 2) Gangguan daya ingat jangka menengah
- 3) Gangguan daya ingat jangka pendek
- 4) Konfabulasi
- 5) Lain-lain,jelaskan.....

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

Perubahan proses pikir,jelaskan.....

10. Tingkat Konsentrasi dan berhitung :

- 1) Mudah beralih
- 2) Tidak mampu berkonsentrasi
- 3) Tidak mampu berhitung sederhana
- 4) Lain-lain, jelaskan.....

Jelaskan

.....

Masalah Keperawatan :

Perubahan proses pikir, jelaskan.....

Isolasi sosial

Lain-lain, jelaskan.....

11. Kemampuan Penilaian :

- 1) Gangguan ringan
- 2) Gangguan bermakna
- 3) Lain-lain, jelaskan.....

Jelaskan:

.....

Masalah Keperawatan :

Perubahan proses pikir, jelaskan.....

12. Daya Tilik Diri :

- 1) Mengingkari penyakit yang diderita
- 2) Menyalahkan hal-hal di luar dirinya
- 3) Lain-lain, jelaskan.....

Masalah Keperawatan :

Ketidakefektifan/ penatalaksanaan regimen terapeutik

Ketidakpatuhan

Perubahan proses pikir, jelaskan.....

Lain-lain, jelaskan.....

VII. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan :

Kemampuan Memenuhi Kebutuhan	Ya	Tidak
Makanan		
Keamanan		

Perawatan Kesehatan		
Pakaian		
Transportasi		
Tempat Tingkal		
Keuangan		
Lain-lain		

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

- 1) Perubahan Pemeliharaan kesehatan 2) Perilaku mencari bantuan kesehatan

Lain-lain, Jelaskan.....

2. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL) :

a. Perawatan diri

Kegiatan hidup sehari – hari	Bantuan Total	Bantuan Minimal
Mandi		
Kebersihan		
Makan		
Buang Air Kecil / BAK		
Buang Air Besar / BAB		
Ganti Pakaian		

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

- 1) Perubahan pemeliharaan 2) Sindroma defisit perawatan diri 3) Perubahan eliminasi
4) Perubahan pola eliminasi urin 5) Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah

Lain-lain,jelaskan.....

b. Nutrisi :

- Apakah anda puas dengan pola makan anda? 1) Puas 2) Tidak puas,
jelaskan.....

- Apakah anda makan memisahkan diri ? 1) Tidak 2) Ya,
Bila ya, jelaskan.....

-Frekuensi makan sehari : x (kali) dan frekuensi kudapan sehari : x (kali)

- Nafsu makan : Meningkat Menurun Berlebihan Sedikit-sedikit

- Berat badan : Meningkat Menurun
BB saat ini :Kg BB terendah :Kg dan BB tertinggi :Kg
Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

- 1) Perubahan nutrisi : < kebutuhan tubuh
- 2) Perubahan nutrisi : > kebutuhan tubuh
- 3) Perubahan nutrisi : potensial > kebutuhan tubuh
- 4) Lain-lain, jelaskan.....

c. Tidur :

- Apakah ada masalah tidur? 1) Tidak ada 2) Ada, jelaskan.....

- Apakah merasa segar setelah bangun tidur ? 1) Segar 2) Tidak segar,
Jelaskan.....

- Apakah ada kebiasaan tidur siang ? 1) Ya, lamanya.....Jam, 2) Tidak.....

- Apakah ada yang menolong anda mempermudah untuk tidur ?

1) Tidak Ada 2) Ada, jelaskan.....

- Tidur malam jam:1) Bangun jam :.....

Rata-rata tidur malam : jam

- Apakah ada gangguan tidur ? 1) Sulit untuk tidur 2) Bangun terlalu pagi

3) Terbangun saat tidur 4) Gelisah saat tidur 5) Berbicara saat tidur

6) Lain-lain, jelaskan.....

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

Gangguan pola tidur, spesifiknya.....

3. Kemampuan klien dalam hal-hal berikut ini :

- Mengantisipasi kebutuhan sendiri : 1) Ya 2) Tidak

- Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri : 1) Ya 2) Tidak

- Mengatur penggunaan obat : 1) Ya 2) Tidak

- Melakukan pemeriksaan kesehatan : 1) Ya 2) Tidak

Jelaskan:.....
.....

Masalah Keperawatan :

1. Konflik pengambilan keputusan
2. Ketidakpatuhan
3. Ketidakefektifan penatalaksanaan regimen terapeutik
4. Lain-lain, jelaskan.....

4. Klien memiliki sistem pendukung :

- Keluarga : 1) Ada 2) Tidak ada

- Terapis : 1) Ada 2) Tidak ada

- Teman sejawat : 1) Ada 2) Tidak ada
- Kelompok sosial : 1) Ada 2) Tidak ada

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

Perilaku mencari bantuan kesehatan

5. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi?

- 1) Ya/nikmati 2) tidak menikmati

Jelaskan.....

Masalah keperawatan:

- 1) Defisit aktivitas diversional/hiburan 2) Lain-lain.....

6. Mekanisme koping : 1) Adaptif 2) Mal adaptif

Masalah keperawatan:

- 1) Kegagalan penyesuaian
- 2) Koping individu tidak efektif (menyangkal)
- 3) Koping individual tak efektif (koping defensif)
- 4) Lain-lain.....

7. Masalah psikososial dan lingkungan

8. Pengetahuan kurang tentang

9. Aspek medis

10. Daftar masalah keperawatan

11. Daftar diagnosa keperawatan

Surabaya,
Perawat yang mengkaji

.....

ANALISA DATA

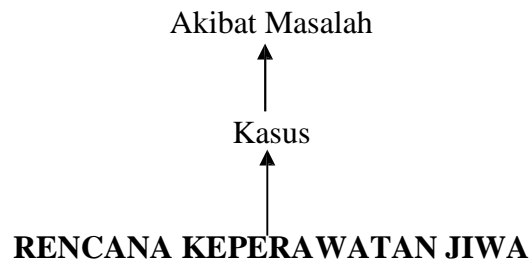
Nama :

NIM :

Ruangan :

Tgl	Data	Etiologi	Masalah	TTD
	S :			
	O :			

Pohon Masalah



Nama Mahasiswa :

Nama Klien :

NIM :

Ruang :

Institusi :

No.	Tgl	Dx Kep	Perencanaan			Rasional
			Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan	

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama :

NIM :

Ruangan :

Tgl	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi	TTD