**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Nn.Y DENGAN MASALAH UTAMA GANGGUAN KONSEP DIRI: HARGA DIRI RENDAH**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS *SEVERE DEPRESSIVE***

***EPISODE WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS* DI**

**RUANG VI RSPAL Dr.RAMELAN**

**SURABAYA**

****

**Oleh:**

**LAILATUL ANISA**

 **NIM: 172.0039**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Nn.Y DENGAN MASALAH UTAMA GANGGUAN KONSEP DIRI: HARGA DIRI RENDAH**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS *SEVERE DEPRESSIVE***

***EPISODE WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS* DI**

**RUANG VI RSPAL Dr.RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh:**

**LAILATUL ANISA**

 **NIM: 172.0039**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

 **SURABAYA**

**2020**

# G:\2.jpgSURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 27 Januari 2020



Lailatul Anisa

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

 Nama : LAILATUL ANISA

 NIM : 172.00039

 Program Studi : D-III KEPERAWATAN

 Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Nn.Y Dengan Masalah Utama Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Dengan Diagnosa Medis *Severe Depressive Episode With Psychotic Symptoms* di Ruang VI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya**

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)**

 Surabaya, 28 Januari 2020

|  |  |
| --- | --- |
| **Pembimbing****Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes****NIP. 03.021** |  |
|  |  |

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2020

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

 Nama : LAILATUL ANISA

 Nim : 172.0039

 Program Studi : D-III KEPERAWATAN

 Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Nn.Y Dengan Masalah Utama Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Dengan Diagnosa Medis *Severe Depressive Episode With Psychotic Symptoms* di Ruang VI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya**

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

 Hari, tanggal : Jum’at, 21 Februari 2020

 Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN, pada prodi D-III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan hang Tuah Surabaya

Pembimbing 1 : Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes (............................................)

(............................................)

(............................................)

 NIP. 03.021

Penguji Klinik : Shofa Chasani, S.Kep.Ns (............................................)

 NIP. 197005151996031001

**Mengetahui,**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ka. Prodi D-III Keperawatan**

****

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2020

# “MOTTO DAN PERSEMBAHAN”

“ Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap. ( Qs. Al-Insyirah: 6-8) ”

“ kecerdasan bukanlah tolak ukur kesuksesan, tetapi dengan menjadi cerdas adalah ketika kita bisa menggapai kesuksesan”

Ku persembahkan karyaku yang sederhana ini kepada:

1. Kedua orang tuaku tercinta Bapak Suparji dan Ibu Sumiati yang telah membesarkan dan mendidik serta banyak memberikan dukungan juga do’a yang tak pernah padam.
2. Adikku tersayang Choirul Mustofa yang membantu dalam proses pelaksanaan karya tulis ilmiah ini.
3. Keluarga dan saudara-saudara yang telah membantu dan mendoakan kesuksesan penulisan karya tulis ilmiah ini.
4. Teman-teman Angkatan 23 Program Studi DIII Keperawatan, terutama untuk D3-3A yang telah melewati kebersamaan selama hampir 3 tahun ini, saling memberikan motivasi dan dukungan serta telah menjadi teman diskusi jika saya mengalami kesusahan.
5. Sahabat “Pandhawi Limo” yang senantiasa menyemangatiku dalam proses pembuatan karya tulis ilmiah ini.

# KATA PENGANTAR

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

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

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

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp-KL selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah member ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyaningrum S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah mengizinkan kuliah di Stikes Hang Tuah Surabaya sebagai mahasiswa D3 Keperawatan, dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumberdaya manusia.
4. Ibu Lela Nurlela, S.Kp., M.Kep., selaku pembimbing, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak Shofa Chasani, S,Kep.,Ns., selaku penguji klinik, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah membantu menyediakan sumber – sumber untuk menunjang karya tulis ilmiah ini.
8. Keluarga serta saudara – saudara yang selalu memberi dorongan dan do’a tiada henti selama proses pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya
9. Sahabat – sahabat seperjuangan dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan ini tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

|  |
| --- |
| Surabaya, 28 Januari 2020Penulis  |

# DAFTAR ISI

[**SURAT PERNYATAAN ii**](#_Toc33073354)

[**HALAMAN PERSETUJUAN iii**](#_Toc33073355)

[**HALAMAN PENGESAHAN iv**](#_Toc33073356)

[**“MOTTO DAN PERSEMBAHAN” v**](#_Toc33073357)

[**KATA PENGANTAR vi**](#_Toc33073358)

[**DAFTAR ISI ix**](#_Toc33073359)

[**DAFTAR TABEL xi**](#_Toc33073360)

[**DAFTAR GAMBAR xii**](#_Toc33073361)

[**DAFTAR LAMPIRAN xiii**](#_Toc33073362)

[**BAB 1 1**](#_Toc33073363)

[**PENDAHULUAN 1**](#_Toc33073364)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc33073365)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc33073366)

[1.3 Tujuan Penulisan 3](#_Toc33073367)

[1.3.1 Tujuan Umum 3](#_Toc33073368)

[1.3.2 Tujuan Khusus 3](#_Toc33073369)

[1.4 Manfaat 4](#_Toc33073370)

[1.5 Metode Penulisan 5](#_Toc33073371)

[1.6 Sistematika Penulisan 6](#_Toc33073372)

[**BAB 2 7**](#_Toc33073373)

[**TINJAUAN PUSTAKA 7**](#_Toc33073374)

[2.1 Konsep Gangguan Depresif dengan Gejala Psikotik 7](#_Toc33073375)

[2.1.1 Pengertian Gangguan Depresif 7](#_Toc33073376)

[2.1.2 Karakteristik Depresi 8](#_Toc33073377)

[2.1.3 Rentang Depresif 9](#_Toc33073378)

[2.1.4 Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi depresif yaitu : 9](#_Toc33073379)

[2.1.5 Klasifikasi Depresif 10](#_Toc33073380)

[2.1.6 Penyebab Gangguan depresif 12](#_Toc33073381)

[2.1.7 Gejala Depresi 14](#_Toc33073382)

[2.2 Konsep Harga Diri Rendah 16](#_Toc33073383)

[2.2.1 Pengertian 16](#_Toc33073384)

[2.2.2 Proses Terjadinya Harga Diri Rendah 16](#_Toc33073385)

[2.2.3 Rentang Respon Konsep Diri 17](#_Toc33073386)

[2.2.4 Etiologi 19](#_Toc33073387)

[2.2.5 Tanda dan Gejala 21](#_Toc33073388)

[2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah 23](#_Toc33073389)

[2.3.1 Pengkajian 23](#_Toc33073390)

[2.3.2 Diagnosa Keperawatan 29](#_Toc33073391)

[2.3.3 Perencanaan 30](#_Toc33073392)

[2.3.4 Implementasi 31](#_Toc33073393)

[2.3.5 Evaluasi 32](#_Toc33073394)

[**BAB 3 33**](#_Toc33073395)

[**TINJAUAN KASUS 33**](#_Toc33073396)

[3.1 Pengkajian 33](#_Toc33073397)

[3.1.1 Identitas Pasien 33](#_Toc33073398)

[3.1.2 Alasan Masuk 33](#_Toc33073399)

[3.1.3 Faktor Predisposisi 34](#_Toc33073400)

[3.1.4 Pemeriksaan Fisik 34](#_Toc33073401)

[3.1.5 Psikososial 35](#_Toc33073402)

[3.1.6 Status Mental 37](#_Toc33073403)

[3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang 40](#_Toc33073404)

[3.1.8 Mekanisme Koping 42](#_Toc33073405)

[3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan 42](#_Toc33073406)

[3.1.10 Pengertian Kurang Tentang 43](#_Toc33073407)

[3.1.11 Aspek Medik 43](#_Toc33073408)

[3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan 43](#_Toc33073409)

[3.1.13 Daftar Diagnosis Keperawatan 44](#_Toc33073410)

[3.2 Pohon Masalah 45](#_Toc33073411)

[3.3 Analisa Data 46](#_Toc33073412)

[3.4 Rencana Keperawatan 48](#_Toc33073413)

[3.5 Implementasi keperawatan 51](#_Toc33073414)

[**BAB 4 54**](#_Toc33073415)

[**PEMBAHASAN 54**](#_Toc33073416)

[4.1 Pengkajian 54](#_Toc33073417)

[4.2 Diagnosa keperawatan 58](#_Toc33073418)

[4.3 Perencanaan 59](#_Toc33073419)

[4.4 Pelaksanaan 59](#_Toc33073420)

[4.5 Evaluasi 60](#_Toc33073421)

[**BAB 5 62**](#_Toc33073422)

[**PENUTUP 62**](#_Toc33073423)

[5.1 Kesimpulan 62](#_Toc33073424)

[5.2 Saran 63](#_Toc33073425)

[**DAFTAR PUSTAKA 65**](#_Toc33073426)

[**LAMPIRAN 1 66**](#_Toc33073427)

[**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 66**](#_Toc33073428)

[**SP 1 66**](#_Toc33073429)

[**HARGA DIRI RENDAH 66**](#_Toc33073430)

[**LAMPIRAN 2 70**](#_Toc33073431)

[**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 70**](#_Toc33073432)

[**SP 2 70**](#_Toc33073433)

[**HARGA DIRI RENDAH 70**](#_Toc33073434)

# DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 11

Tabel 2.2 11

Tabel 2.3 11

Tabel 2.4 12

Tabel 2.5 30

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 18

Gambar 2.2 28

# DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPTK 1 63

Lampiran 2 SPTK 2 67

# BAB 1

# PENDAHULUAN

## Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut WHO ( *World Health Organization )* adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Gangguan kejiwaan merupakan suatu penyakit psikologis yang terjadi dalam otak manusia yang tidak normal. Orang dengan penyakit psikologis terlihat sehat dari luar namun dalam dirinya terdapat berbagai tekanan dan membuat dirinya tidak dapat menjalani kesehariannya seperti orang pada umumnya (Suhaimi, 2015 dalam (Aprilla, Furqon, & Fauzi, 2018)). Proses yang digunakan untuk menghadapi berbagai tekanan disebut koping. Masalah kejiwaan juga sering disebabkan karena koping indivu tidak efektif.

Koping merupakan tingkah laku kognitif untuk mengurangi tekanan pada individu yang mengalami stres atau masalah.Pada penderita gangguan jiwa, ketidakmampuan dalam mengendalikan koping di percaya sebagai penyebab utama akan relapse dan menurunkan kualitas hidup (Ritsner dkk, 2003; Lysaker dkk, 2005 dalam (Rubbyana, 2012). Beberapa penelitian juga mengatakan bahwa koping yang di gunakan penderita HDR adalah bentuk koping menghindar *( avoidance*) yang merupakan strategi koping maladaptif. Kesulitan yang dialami menyebabkan penderita HDR lebih sering memilih menghindari stresor daripada harus menyelesaikan masalah langsung.

Harga diri rendah merupakan suatu kondisi dimana seorang individu mempunyai perasaan tidak berharga, tidak berarti, rasa bersalah yang berlebihan dan berfikiran hal negatif pada diri sendiri. Harga diri rendah di akibatkan oleh cita – cita yang rendah dan menjadikan tantangan dalam mencapai tujuan berkurang. Sering kali penyebab terjadinya harga diri rendah adalah pada masa

kecil sering disalahkan dan jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Menurut hasil study di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya di dapatkan jumlah pasien yang dirawat di Ruang VI pada 3 bulan terakhir mencakup 75 pasien dengan rincian : pasien halusinasi berjumlah 23 orang, pasien dengan perilaku kekerasan 21 orang, harga diri rendah sebanyak 5 orang, isolasi sosial sebanyak 9 orang, defisit perawatan diri sebanyak 4 orang dan waham sebanyak 13 orang.

Penanganan pada pasien dengan Harga Diri Rendah dapat dilakukan dengan meningkatkan kemungkinan recovery dan keinginan terus menerus belajar, meningkatkan kemampuan dan peran sekaligus penerimaan akan kondisinya. Koping yang efektif adalah strategi atau usaha – usaha dalam mengatasi masalah menggunakan koping adaptif. Strategi koping mengacu pada lima fungsi yaitu mengurangi kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan aspek positif dalam diri pasien, mentoleransi dan menerima kenyataan tentang hal negatif serta mempertahankan gambaran diri yang positif. Dengan adanya penggunaan koping adaptif maka pasien Harga Diri Rendah akan memiliki evaluasi yang lebih positif dalam hidupnya.

## Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas di dapatkan rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Nn.Y Dengan Masalah Utama Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Di Ruang VI Rumkital Dr.Ramelan Surabaya?”

## Tujuan Penulisan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Nn.Y dengan masalah utama gangguan konsep diri: harga diri rendah di ruang VI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan jiwa pada Nn.Y dengan masalah utama gangguan konsep diri: harga diri rendah di ruang VI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa asuhan keperawatan jiwa pada Nn.Y dengan masalah utama gangguan konsep diri: harga diri rendah di ruang VI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada Nn. Y dengan masalah utama ganguan konsep diri: harga diri rendah di ruang VI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Nn. Y dengan masalah utama gangguan konsep diri: harga diri rendah di ruang VI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Nn. Y dengan masalah utama gangguan konsep diri: harga diri rendah di ruang VI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Nn. Y dengan masalah utama gangguan konsep diri: harga diri rendah di ruang VI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

## Manfaat

Terkait dengan tujuan tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat:

* + 1. Dari segi akademik, merupakan sumbangan untuk ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa dengan masalah gangguan konsep diri: harga diri rendah.
		2. Dari segi praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:
1. Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit untuk lebih dekat dan sering berkomunikasi dengan pasien agar dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah gangguan konsep diri: harga diri rendah.

1. Bagi penulis lain

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi para penulis berikutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan harga diri rendah.

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa.

## Metode Penulisan

* + 1. **Metode**

Pada penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif. Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan jiwa.

* + 1. **Teknik Pengumpulan Data**
1. Wawancara

Data diperoleh melalui percakapan baik dengan klien maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

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

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik yang dapat menunjang penegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

* + 1. Sumber data
1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1. Data Sekunder

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

* + 1. Studi Kepustakaan

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

## 1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, yaitu berisi lima bab, yang setiap bab diuraikan dalam sub bab berikut ini :

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

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit yang berisi teori medis dan dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah disertai Kerangka masalah.

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

BAB 4 : Berisi tentang pembahasan yang membandingkan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang kumpulan saran.

1. Bagian akhir, terdiri daftar pustaka dan lampiran.

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tentang konsep teoritis mengenai penyakit severe depressive episode with psychotic symptoms yang meliputi pengertian, tanda dan gejala serta tipe severe depressive episode with psychotic symptoms. Konsep penyakit Harga Diri Rendah meliputi definisi hingga asuhan keperawatan, didalam asuhan keperawatan dapat diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Harga Diri Rendah dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

## 2.1 Konsep Gangguan Depresif dengan Gejala Psikotik

### 2.1.1 Pengertian Gangguan Depresif

Gangguan depresif merupakan gangguan psikiatri yang masalah utamanya adalah mood, dengan berbagai keadaan klinis yang dapat digambarkan salah satunya episode depresif, gangguan depresif mayor, dan gangguan depresif unipolar serta bipolar.

Gangguan depresi adalah gangguan perasaan yang ditandai dengan gejala afek disforik disertai dengan menurunnya pola makan dan juga pola tidur. Depresi ini dialami oleh orang dengan stres berat yang tak kunjung reda, biasanya terjadi setelah mendapatkan peristiwa yang tidak di inginkan menimpa dirinya sendiri (Khoiroh, 2013).

Depresif merupakan gangguan mental yang membuat penderitanya kehilangan semangat dan kebahagiaan dalam menjalani kehidupan sehari – hari (Aprilla et al., 2018).

### 2.1.2 Karakteristik Depresi

Menurut APA (A. K. Townsend et al., 2009; M. C. Townsend, 2013 dalam (Hadi, Wijayanti, Devianti, & Rosyanti, 2017)) dikategorikan dalam dua kategori yaitu:

1. **Gangguan depresif mayor**

Gangguan depresi mayor digambarkan dengan hilangnya ketertarikan atau kesenangan terhadap aktivitas yang biasanya dilakukan. Orang dengan gangguan depresi mayor juga memiliki selera makan yang buruk, memiliki masalah tidur atau tidur terlalu banyak, dan gelisah secara fisik. Gangguan depresi mayor merupakan tipe yang paling umum dari gangguan mood yang dapat di diagnosis, dengan perkiraan frekuensi untuk wanita sekitar 5% sampai 12% untuk pria. Episode depresif ini dapat berlangsung dalam jangka waktu berbulan – bulan bahkan bisa sampai tahunan. Orang dengan gangguan depresif mayor dapat kehilangan minta pada seluruh aktivitas rutin yang biasa mereka lakukan, konsentrasi yang buruk membuat penderita mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan.

1. **Gangguan Distimik**

Gangguan distimik kurang lebih memiliki karakteristik yang sama dengan gangguan depresif mayor, tetapi sifatnya lebih ringan. Pada gangguan distimik ini tidak ditemukan adanya gangguan psikotik, melainkan adanya perasaan tertekan yang berlebih dalam kurun waktu yang panjang yakni selama dua tahun. Seseorang yang mengalami gangguan distimik selalu merasa tidak bersemangat dan tertekan sehingga menimbulkan depresi yang bersifat ringan tetapi mengganggu dan bertahan selama bertahun – tahun.

### 2.1.3 Rentang Depresif

Rentang depresi dimulai dari depresi tidak menetap hingga depresi berat. Pada depresi tidak menetap digambarkan seperti mengalami kekecewaan dalam kehidupan sehari – hari contohnya kehilangan orang yang disayangi atau kekalahan dalam pertandingan. Di depresi ringan di tunjukan dengan respon berduka yang normal seperti respon berduka yang dipicu oleh kehilangan orang yang disayangi atau dapat juga berupa obyek seperti barang atau hewan peliharaan. Pada depresif sedang diartikan dengan gangguan distimik dimana seseorang mengalami proses berduka yang sangat panjang dan dianggap mengganggu. Pada depresif berat di deskripsikan dengan gejala depresif meningkat yakni dengan menunjukkan kehilangan dengan realita yang diakibatkan oleh kurangnya kesenangan dalam melakukan aktivitas sehari – hari. Biasanya juga ditemukan khayalan pada depresif berat untuk bunuh diri (Hadi et al., 2017)

### 2.1.4 Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi depresif yaitu :

1. Usia

Kira – kira gangguan depresif berat terjadi pada usia sekitar 40 sampai 50 tahun.

1. Jenis kelamin

Berdasarkan pengamatan yang universal, frekuensi gangguan depresif berat lebih besar dua kali lipat pada wanita dibandingkan dengan laki – laki. Kemungkinan hal ini terjadi karena dipicu dari kurangnya pendidikan kesehatan maternal.

1. Pendidikan

Ada keterkaitan antara status pendidikan dengan masalah depresif, karena penelitian menyatakan bahwa orang dengan pendidikan yang kurang akan beresiko 2,2 kali lebih tinggi.

1. Status pernikahan

Status pernikahan orang yang berpisah atau bercerai akan memiliki risiko yang lebih tinggi dari pada orang yang menikah atau belum menikah. Gangguan depresif berat banyak terjadi pada orang – orang yang tidak memiliki hubungan erat, misalnya bercerai atau berpisah.

### 2.1.5 Klasifikasi Depresif

 Menurut PPDGJ III, episode depresif dibagi menjadi berikut:

**Gejala utama (pada derajat ringan, sedang, dan berat)**

1. Afek depresif
2. Kehilangan minat kegembiraan
3. Berkurangnya energi yang menunjukkan keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas sehari – hari.

**Gejala lainnya**

1. Perhatian dan konsentrasi menurun
2. Harga diri dan percaya dirinya kurang
3. Perasaan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
4. Pandangan masa depan yang suram
5. Perilaku yang membahayakan dirinya sendiri
6. Tidur terganggu

**Pedoman Diagnostik**

**F32.0 Episode Depresif Ringan**

|  |
| --- |
| **Tabel 2.1** Episode Depresif Ringan |
| 1. Sekurang – kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti diatas tersebut.
2. Ditambah sekurang – kurangnya 2 dari gejala lainnya.
3. Tidak boleh ada gejala berat diantaranya.
4. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang – kurangnya sekitar 2 minggu.
5. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang bisa dilakukan.
 |

**F32.1 Episode Depresif Sedang**

|  |
| --- |
| **Tabel 2.2** Episode Depresif Sedang |
| 1. Sekurang – kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresif ringan.
2. Ditambah 3 ( lebih baik 4 ) dari gejala lainnya.
3. Lamanya seluruh episode berlangsung sekitar 2 minggu.
4. Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.
 |

**F32.2 Episode Depresi Berat tanpa Gejala Psikotik**

|  |
| --- |
| **Tabel 2.3** Episode Depresi Berat tanpa Gejala Psikotik |
| 1. Semua 3 gelaja utama harus ada
2. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat.
3. Bila ada gejala penting ( misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapa dibenarkan.
4. Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang – kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu.
5. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.
 |

**F32.3 Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik**

|  |
| --- |
| **Tabel 2.4** Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik |
| 1. Episode depresif berat yang memenuhi kriteria menurut F32.2 tersebut diatas
2. Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham malapetaka yang mengancam dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina tau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju stupor.
3. Jika diperluka waham dan halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek *(mood-congruet).*
 |

### 2.1.6 Penyebab Gangguan depresif

Pada umumnya gangguan depresif seperti halnya penyakit lain, penyebab yang sesungguhnya belum diketahui pasti tetapi telah ditemukan faktor – faktor yang dapat mempengaruhinya (Khoiroh, 2013)

1. Faktor Fisik
2. Faktor genetik

Seseorang yang memiliki riwayat keluarga memiliki depresi berat akan lebih beresiko tinggi daripada masyarakat pada umumnya. Seseorang tidak akan menjadi depresi hanya karena ayah, ibu atau saudaranya terkena depresi. Hanya saja resiko terkena depresi menjadi lebih meningkat, jika ada depresi dalam keluarga biasanya diperlukan suatu kejadian hidup yang memicu terjadinyadepresi.

1. Faktor usia

Golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi, hal ini dapat terjadi dikarenakan tahap – tahap serta tugas perkembangan yang penting yaitu peralihan dari masa kanak – kanak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas ke masa pernikahan.

1. Gender

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi dari pada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi, bisa jadi karena perempuan lebih bisa mengakui adanya depresi dari pada pria, dan dokter lebih mudah mengenali depresi wanita.

1. Gaya hidup

Kebiasaan pada gaya hidup yang tidak sehat akan berdampak pada penyakit, misalnya penyakit jantung juga dapat memicu kecemasan dan depresi. Tingginya tingkat stres dan kecemasan digabung dengan makanan yang tidak sehat dan kebiasaan kebiasaan tidur serta tidak olahraga dalam waktu yang lama bisa menjadi penyebab beberapa orang mengalami depresi.

1. Faktor Psikologis
2. Kepribadian

Pola kepribadian individu mempengaruhi tingggi rendahnya depresi. Ada individu dengan konsep diri serta pola fikir yang negatif, pesimis, juga tipe introvert, kerentanannya jauh lebih tinggi.

1. Pola pikir

Pada umumnya orang normal akan lebih cenderung memperhatikan kesuksesan dari pada harus memperdulikan kegagalan mereka. Orang dengan keadaan depresif berbanding terbalik dengan orang pada biasanya. Kebanyakan dari penderita gangguan depresif ini mereka tidak mau mengakui kesuksesan atau kelebihan yang dimiliki dan lebih berfokus pada kegagalan dan kekurangan mereka

1. Harga diri

Setiap individu menginginkan penghargaaan yang positif terhadap dirinya sehingga seseorang akan merasa berguna dan berarti bagi orang lain. Rendahnya harga diri yang dimiliki seseorang dapat memicu kelemahan baik fisik maupun mental. Ketidakmampuan untuk menghadapi masalah secara positif dapat mengakibatkan rendahnya *self-esteem* yang mengakibatkan depresi. Depresi ini membuat ketidakmampuan untuk berhubungan dengan orang lain dan diterima dalam kelompok sosial.

1. Lingkungan keluarga

Kehilangan orang tua ketika masih kanak – kanak juga mempengaruhi terjadinya depresi. Anak yang dibesarkan dalam keadaan keluarga yang tidak harmonis juga akan beresiko tinggi akan depresi. Peristiwa seperti ini akan membekas secara psikologis dan membuat seseorang lebih mudah terserang depresi, tetapi di satu sisi bisa saja menjadikan seorang anak jadi lebih tabah dan lebih mandiri

### 2.1.7 Gejala Depresi

Gejala depresi adalah kumpulan perilaku dan perasaan seseorang yang spesifik sehingga dikelompokkan sebagai depresi. Gejala – gejala depresi di golongkan menjadi tiga segi, yaitu dari segi fisik, psikis, dan sosial.

1. Gejala Fisik
2. Gangguan pola tidur
3. Menurunnya tingkat aktivitas
4. Menurunnya efisiensi kerja
5. Menurunnya produktifitas kerja
6. Mudah merasa letih dan sakit
7. Gejala Psikis
8. Kehilangan rasa percaya diri
9. Sensitif
10. Merasa diri tidak berguna
11. Perasaan bersalah
12. Perasaan terbebani
13. Gejala Sosial

Perilaku orang yang depresif akan mudah terpengaruh oleh suasana lingkungannya misalnya seperti : mudah marah, tersinggung, menyendiri, sensitif, dan mudah sakit. Kebanyakan problem yang terjadi adalah masalah pada interaksi rekan kerja, atasan, atau bawahan. Masalah ini tidak harus tentang konflik, pada gangguan depresif juga didapatkan masalah lain contohnya rasa malu, minder,cemas bila berada dalam suatu kelompok yang tidak nyaman untuk berkomunikasi. Mereka sering kali merasa tidak bisa bersikap terbuka dan menjalin hubungan pada lingkungan sekitar sekalipun ada kesempatan.

Orang yang menderita gangguan depresif akan kehilangan energi – energi dan minatnya, perasaan bersalah, sulit berkonsentrasi sampai fikiran negatif tentang khayalan bunuh diri.

## 2.2 Konsep Harga Diri Rendah

### 2.2.1 Pengertian

Harga diri rendah merupakan evaluasi diri tentang perasaan negatif berupa mengkritik diri sendiri, dimana seseorang memiliki fikiran negatif bahwa mereka akan ditakdirkan untuk gagal (Windarti, 2016 dalam (Rahayu & Daulima, 2019)). Berhubungan dengan perasaan yang lemah, tidak berdaya, putus asa, ketakutan, rentan, rapuh, tidak lengkap, tidak berharga, dan tidak memadai merupakan bentuk evaluasi diri yang negatif dari Harga diri rendah (Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2018 dalam (Keliat budi anna, Panjaitan R, 2019)).

### 2.2.2 Proses Terjadinya Harga Diri Rendah

Harga diri rendah adalah suatu penilaian individu terhadap nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal diri. Masalah pada harga diri rendah menurut (Azizah, L.M., Zainuri, Imam & Akbar, 2016) dapat terbagi secara berikut ini:

1. Situasional

Suatu kejadian trauma yang secara tiba-tiba, contohnya seperti harus dioprerasi, kecelakaan, dicerai suami, putus sekolah, putus hubungan kerja. Alat yang dipasang secara tidak sopan,pemeriksaan fisik yang tidak sesuai, kurangnya memperhatikan privasi pasien serta fungsi tubuh yang tidak tercapai karena dirawat/sakit/penyakit, perlakuan petugas yang tidak menghargai bisa menjadi salah satu penyebab pasien mengalami harga diri rendah

1. Maturasional

Beberapa faktor yang berhubungan dengan maturasi adalah: (1) Bayi/Usia bermain/Pra sekolah: berawal dari kurang stimulai atau kedekatan, perpisahan dengan orang tua, evaluasi negatif dari orang tua, tidak adekuat dukungan orang tua, ketidakmampuan mempercayai orang terdekat. (2) Usia sekolah: berkaitan dengan kegagalan mencapai tingkat atau peringkat obyektif, kehilangan kelompok sebaya, umpan balik negatif berulang. (3) Remaja: di usia remaja penyebab harga diri rendah yaitu jenis kelamin, gangguan hubungan teman sebagai perubahan dalam penampilan, masalah-masalah pelajaran, kehilangan orang terdekat. (4) Usia sebaya: berhubungan dengan perubahan yang berkaitan dengan penuaan. (5) Lansia: berhubungan dengan kehilangan (orang, finansial,pensiun).

1. Kronik

Adalah perasaan negatif terhadap diri sendiri yang berlangsung lama, yaitu sebelum sakit/dirawat. Pasien mempunyai cara berfikir yang negatif. Keadaan sakit dan dirawat dapat menambah pemahaman negatif terhadap dirinya. Kondisi ini dapat ditemukan pada pasien ganggguan fisikyang kronis atau pada pasien gangguan jiwa.

### 2.2.3 Rentang Respon Konsep Diri

Individu dengan kepribadian sehat akan terdapat citra tubuh yang positif/sesuai, ideal diri yang realistik, konsep diri positif, harga diri tinggi, penampilan peran yang memuaskan dan identitas yang jelas. Respon konsep diri terhadap rentang sehat - sakit beralih dari status aktualisasi diri (paling adaptif) hingga pada kerancuan identitas/depersonalisasi (maladaptif) yang digambarkan sebagai berikut:

**Gambar 2.1 Rentang Respon** (**Yosep, 2011)**

|  |  |
| --- | --- |
| Respon Adaptif | Respon Maladaptif |
| Aktualisasi Diri | Konsep Diri Positif | Harga Diri Rendah | Depersonalisasi |

Keterangan :

1. Respon adaptif adalah respon yang dihadapi klien bila klien menghadapi suatu masalah dapat menyelesaikannya secara baik antara lain:
2. Aktualisasi diri

Kesadran akan diri berdasarkan konservasi mandiri termasuk persepsi masalalu akan diri dan perasaannya.

1. Konsep diri positif

Menunjukkan individu akan sukses dalam menghadapi masalah.

1. Respon mal-adaptif adalah respon individu dalam menghadapi masalah dimana individu tidak mampu memecahkan masalah tersebut. Respon maladaptif gangguan konsep diri adalah:
2. Harga diri rendah

Peralihan masa respon konsep diri positif dan mal-adaptif

1. Kekacauan identitas

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

1. Depersonalisasi diri (tidak mengenal diri)

Tidak bisa mengenali diri sendiri yaitu mempunyai kepribadian yang kurang sehat, tidak mampu berhubungan dengan orang lain secara intim. Rasa percaya diri dan membina hubungan baik dengan orang lain kurang. Aktualisasi diri yaitu perryataan konsep diri yang positif dengan melatar belakangi pengalaman nyata yang sukses diterima, dengan tanda citra tubuh yang positif dan sesuai, realistis terhadap ideal diri, positif pada konsep diri, dan mempunyai rasa identitas yang jelas.

Konsep diri positif yaitu individu yang memiliki pengalaman positif dalam aktivitas dirinya, tanda dan gejala yang diungkapkan dengan menggunakan keputusan hasil penyakitnya dan mengucapkan keinginan yang tinggi. Tanda individu yang mempunyai konsep diri positif adalah yakin akan kemampuan dalam mengatasi masalah. Mampu menerima pujian tanpa adanya rasa malu.

Ditandai dengan masalah sosial dan tidak mampu untuk melakukan penyesuaian diri (*maladjustment*) adalah konsep diri yang negatif. Jika individu sering gagal, maka mengarah ke harga diri rendah. Harga diri didapatkan dari diri sendiri dan orang lain, bergantung pada kasih sayang dan penerimaan.

### 2.2.4 Etiologi

Ketidakefektifan koping individu menjadi salah satu penyebab harga diri rendah, akibat kurangnya umpan balik yang positif, kurangnya sistem pendukung kemunduran perkembangan ego, pengulangan umpan balik negatf, disfungsi sistem keluarga serta terfiksasi pada tahap perkembangan awal (Townsend, M.C. 1998: 366 dalam (Azizah, L.M., Zainuri, Imam & Akbar, 2016)).

1. Faktor Predisposisi
2. Faktor biologis
3. Kerusakan lobus frontal
4. Kerusakan hipotalamus
5. Kerusakan sistem limbic
6. Kerusakan neurotransmitter
7. Faktor psikologis
8. Penolakan orang tua
9. Harapan orang tua tidak reatistis
10. Orang tua yang tidak percaya pada anak
11. Tekanan teman sebaya
12. Kurang reward sistem
13. Dampak penyakit kronis
14. Faktor social
15. Kemiskinan
16. Terisolasi dari lingkungan
17. Interaksi kurang baik dalam keluarga
18. Faktor cultural
19. Tuntutan peran
20. Perubahan kultur
21. Faktor Presipitasi

Adalah kehilangan bagian tubuhnya, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas menurun. Penyebab lainnya adalah harapan fungsi tubuh yang tidak tercapai serta perilaku petuga kesehatan yang kurang menghargai klien dan keluarga.

### 2.2.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala menurut (Keliat budi anna, Panjaitan R, 2019).

**Mayor**

Subjektif :

1. Menilai diri sendiri/mengkritik diri secara negatif
2. Merasa tidak berarti/tidak berharga
3. Merasa malu/minder
4. Merasa tidak mampu melakukan apapun
5. Meremehkan kemampuan yang dimiliki
6. Merasa tidak memiliki kelebihan

Objektif

1. Berjalan dan postur tubuh menunduk
2. Kontak mata kurang
3. Lesu dan tidak bergairah
4. Berbicara pelan dan lirih
5. Ekspresi muka datar
6. Pasif

**Minor**

Subjektif

1. Merasa sulit konsentrasi
2. Mengatakan sulit tidur
3. Mengucapkan keputusasaan
4. Enggan mencoba hal baru
5. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri
6. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri

Objektif

1. Bergantung pada pendapat orang lain
2. Sulit membuat keputusan
3. Seringkali mencari penegasan
4. Menghindari orang lain
5. Lebih senang menyendiri

### 2.2.6 Penatalaksanaan Harga Diri Rendah

Menurut (Azizah, L.M., Zainuri, Imam & Akbar, 2016) dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa berikut penatalaksanaannya:

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK)

SP 1 Pasien

1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
2. Menilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini
3. Memilih kemampuan yang akan dilatih
4. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien

SP 2 Pasien

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1)
2. Melatih kemampuan kedua yang dipilih klien
3. Melatih kemampuan yang dipilih
4. Memasukkan kedalam jadwal harian klien

### 2.2.7 Obat- obatan anti depresan

1. Abilify

 Obat yang digunakan untuk mengobati gangguan mental/suasana hati tertentu (seperti gangguan bipolar, skizofrenia, gangguan tourette dan lekas marah). Obat ini dikenal sebagai obat antipsikotik (tipe atipikal). Ia bekerja dengan membantu untuk mengembalikan keseimbangan kimia alami tertentu dalam otak (neurotransmitter).

2. Heximer

 Obat ini memiliki manfaat yaitu dapat mengobati atau mengurangi gejala parkinson yang diinduksi oleh obat antipsikotik. Hexymer juga bekerja dengan cara mengurangi efek kolinergik sentral yang berlebihan akibat adanya kekurangan dopamin.

1. Clozapin

Obat ini digunakan untk mengurangi halusinasi dan membantu mencegah keinginan bunuh diri pada orang – orang yang mencoba menyakiti diri mereka sendiri.

## 2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah yang dipakai dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien sebelummya perawat sudah menyiapkan metode yang akan digunakan (Rohmah, N dan Walid, S. 2009 dalam (Simamora, 2019)). Metode akan berdasarkan prinsip-prinsip yang ilmiah dan rasional. Proses keperawatan terdiri dari 5 tahap yaitu: pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses keperawatan memiliki beberapa sifat yaitu dinamis, siklus, interdependent (saling ketergantungan) dan fleksibel.

### 2.3.1 Pengkajian

Dasar utama dari proses keperawatan adalah pengkajian. Tahapannya terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Berikut adalah isi dari pengkajian (Azizah, L.M., Zainuri, Imam & Akbar, 2016) :

1. **Pengumpulan Data**
2. **Identitas klien**

Melaksanakan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama, tujuan, waktu, tempat pertemuan,topik yang akan dibahas. Tanyakan dan catat usia klien dan no RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

1. **Alasan masuk**

Yang menjadi penyebab klien atau keluarga dirawat dirumah sakit biasanya klien tidak mampu mengatasi masalah sendiri, tidak dapat menatap lawan bicara, merasa bersalah yang berlebihan

1. **Faktor predisposisi**

Menanyakan apakah ada riwayat gangguan jiwa dimasa lalu, apakah ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Pada klien dengan harga diri rendah biasanya mendapat penolakan yang tidak realistis dari orang tua, pernah mengalami aniaya fisik, seksual, penolakan lingkungan, mengalami kegagalan berulang, tanggung jawab personal terhadap dirinya kurang, bergantung pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis.

1. **Pemeriksaan fisik**

Memeriksa tanda-tanda vital meliputi: tekanan darah, nadi, pernafasan,suhu, tinggi badan dan berat badan.

1. **Psikososial**
2. Genogram

Menggambarkan kondisi klien dan keluarga berdasarkan 3 generasi ke atas yang dapat dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

1. Konsep diri
2. Gambaran diri: Tanya tanggapan pasien tentang tubuhnya, bagian apa yang disukai dan tidak disukai. Terhadap klien harga diri rendah biasanya lebih condong merendahkan dirinya sendiri, merasa tidak mampu dan mempunyai perasaan bersalah yang berlebih.
3. Identitas diri: Kepuasan klien terhadap status dan posisinya, penerimaan atas diri ditakdirkan sebagai laki-laki atau perempuan kurang. Pada klien dengan harga diri rendah memiliki kepercayaan diri yang kurang, lebih banyak menunduk, dan tidak berani menatap lawan bicara
4. Fungsi peran: Pada klien HDR biasanya tidak mampu melaksanakan peran secara maksimal karena terhalang oleh sakitnya yang ditandai dengan tidak percaya diri serta kurang motivasi diri sendiri.
5. Ideal diri: Merupakan harapan klien tentang keadaan yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah. Klien dengan HDR cenderung kurang percaya diri serta menolak akan kemampuan yang dimiliki.
6. Harga diri: Penilaian terhadap dirinya sendiri dengan menganalisa seberapa baik perilaku orang tersebut. Pda klien HDR merasa bersalah terhadap diri sendiri, rasa malu yang berlebih, pandangan hidup yang pesimis dan percaya diri kurang.
7. Hubungan sosial

Menanyakan orang yang paling berarti dalam hidup klien, upaya apa saja yang dilakukan jika menghadapi masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam kegiatan masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain. Pada masalah ini klien dengan HDR lebih cenderung menarik diri dari lingkungan sekitar karena rasa malu.

1. Spiritual

Nilai dan keyakinan dalam beribadah, kepuasan akan keyakinan yang dimiliki.

1. **Status mental**
2. Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapi, kemampuan klien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan dengan baik terhadap status psikologi klien. Pada klien harga diri rendah, klien biasanya kurang memperhatikan perawatan pada diri, kuku panjang dan hitam, kulit kotor dan gigi kuning.

1. Pembicaraan

Klien dengan harga diri rendah biasanya cenderung gagap, sering terhenti/bloking, lambat, membisu, menghindar, dan tidak mampu memulai pembicaraan.

1. Aktivitas motorik

Biasanya klien dengan harga diri rendah tidak berani menatap lawan bicara, lebih sering menunduk, dan merasa malu.

1. Afek dan emosi

Saat diberikan rangsangan tentang perasaan sedih atau senang ekspresi wajah klien lebih cenderung datar.

1. Interaksi selama wawancara

Pada saat berinteraksi klien dengan harga diri rendah lebih condong menundukkan kepala dan tidak menatap lawan bicara.

1. Proses fikir
2. Arus fikir

Klien dengan harga diri rendah lebih cenderung blocking (pembicaran terhenti tiba – tiba tanpa gangguan dari luar kemudian dilanjutkan kembali)

1. Bentuk fikir

Berupa bentuk fikiran atau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya.

1. Isi fikir
2. Pikiran rendah diri : selalu merasa bersalah pada dirinya dan penolakan terhadap kemampuan diri.
3. Rasa bersalah : mengungkapkan diri yang negatif
4. Pesimis : memiliki pandangan yang buruk akan masa depan dirinya.
5. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadarannya biasanya composmentis namun ada gangguan orientasi terhadap orang lain.

1. Memori

Klien HDR mampu mengingat memori jangka panjang maupun jangka pendek.

1. Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi yang dimiliki menurun karena mempunyai perasaan tidak mampu.

1. Kemampuan penilaian

Biasanya klien sulit menentukan tujuan atau mengambil keputusan karena percaya akan dirinya kurang dan fikiran negatif tentang ketidakmampuan diri.

1. Daya tilik

Mengingkari penyakit yang di derita, klien tidak menyadari gejala penyakit pada dirinya.

1. **Kebutuhan perencanaan pulang**

Kemampuan klien memenuhi kebutuhan kegiatan hidup sehari – hari seperti : makan dan minum, kebutuhan bersih diri dan keamanan.

1. **Mekanisme koping**

Bagaimana dan jelaskan reaksi klien apabila menghadapi suatu permasalahan. Menggunakan cara adaptif seperti bicara dengan orang

lain, teknik relaksasi, olahraga dll atau dengan cara maladaptif seperti minum – minuman beralkohol, merokok, mencederai diri/orang lain.

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu tahapan dalam proses keperawatan yang menjelaskan status kesehatan secara aktual. Data yang valid juga menjadi salah satu bukti penegakan diagnosa (Lingga, 2019).

Pohon masalah pada masalah dengan Harga Diri Rendah :

Akibat

Isolasi sosial : Menarik Diri

Core Problem

 Gangguan Konsep diri

 Causa

 Tidak Efektifnya Koping Individu

**Gambar 2.2** Pohon masalah HDR (Azizah, L.M., Zainuri, Imam & Akbar, 2016).

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

1. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah
2. Isolasi sosial : menarik diri
3. Koping individu tidak efektif

### 2.3.3 Perencanaan

Rencana tindakan keperawatan adalah rangkaian segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai *outcome* yang diharapkan (DPP PPNI, 2018).

**Tabel 2.5 Strategi Pelaksanaan HDR (Damaiyanti & Iskandar, 2012)**

|  |
| --- |
| STRATEGI PELAKSANAAN |
| SP 1P | SP 1K |
| 1. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
2. Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan
3. Membantu pasien memilih dan menetapkan kemampuan yang akan dilatih
4. Melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian
 | 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
2. Menjelaskan pengertian, tanda gejala harga diri rendah beserta dengan proses terjadinya.
3. Menjelaskan cara merawat klien dengan harga diri rendah
4. Bermain peran dalam merawat klien HDR dan menyusun RTL keluerga/jadwal keluarga untuk merawat klien.
 |
| SP 2P | SP 2K |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (sp 1)
2. Melatih kemampuan kedua yang dipilih klien
3. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.
 | 1. Evaluasi kemampuan keluarga (sp 1)
2. Melatih keluarga merawat langsung klien dengan harga diri rendah
3. Menyusun RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien.
 |
| SP 3P | SP 3 K |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (sp 1 dan 2)
2. Melatih kemampuan ketiga yang dipilih klien
3. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.
 | 1. Evaluasi kemampuan keluarga (sp 1 dan 2)
2. Evaluasi kemampuan klien
3. Rencana tindak lanjut keluarga dengan follow up dan rujukan.
 |

### 2.3.4 Implementasi

**Sp 1 mendiskusikan, menilai, memilih dan melatih kemampuan yang dimiliki klien**

1. Membantu klien mendiskusikan kemampuan positif

Menanyakan kepada klien hal positif apa yang masih bisa dilakukan oleh klien.

1. Membantu klien menilai kemampuan klien

Setelah diskusi kemudian membantu klien menilai kemampuannya

1. Membantu memilih kemampuan klien

Setelah klien menyebutkan beberapa kegiatan, perawat membantu memilih satu kegiatan yang akan dilatih.

1. Melatih kemampuan klien

Perawat menjelaskan serta memberi contoh latihan yang akan dilakukan oleh klien.

**Sp 2 melatih kemampuan kedua klien**

Untuk meningkatkan rasa percaya diri klien dapat dilakukan latihan kemampuan yang ke 2 yang telah ditentukan sendiri oleh klien. Selain itu perawat juga menganjurkan klien memasukkan kegiatan tersebut kedalan jadwal harian klien.

**Sp 3 melatih kemampuan ketiga klien**

Setelah dilakukan beberapa kegiatan, perawat mengevaluasi kemampuan klien pada sp 1 dan 2 kemudian mendiskusikan kemampuan klien yang lain untuk dilatih.

### 2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindak lanjut serta tahap akhir dari sebuah tindakan keperawatan, penerapan evaluasi keperawatan biasanya dalam bentuk pendekatan SOAP.

**- S:** Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telahdilakukan. bisa diukur dengan pertanyaan “Bagaimana perasaan ibu setelah melatih kemampuan ibu?”

* **O:** Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telahdilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.
* **A:** Analis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakahmasalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.
* **P:** Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klienyang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat.

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Bab ini menyajikan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawattan jiwa dengan Harga Diri Rendah maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 sampai 30 Januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 28 Januari 2020 jam 09.00 WIB diruang Ruang VI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya, Anamnesa diperoleh dari pasien dengan file No. Register 640xxx dengan data sebagai berikut:

## 3.1 Pengkajian

### 3.1.1 Identitas Pasien

Pasien bernama Nn. Y, pasien berusia 33 tahun, pasien berjenis kelamin perempuan, status perkawinan pasien belum menikah, saat ini pasien tidak berkerja, pasien beragama Kristen dan pasien berpendidikan SMA. Pasien mengatakan tinggal bersama dengan kedua orang tua dan kakaknya di Surabaya, pasien dirawat di ruang Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, tanggal pengkajian 28 Januari 2020 pada pukul 09.00 WIB dengan No RM. 640xxx.

### 3.1.2 Alasan Masuk

Pasien datang ke IGD diantar oleh kakaknya pada tanggal 20 Januari 2020 pukul 19.00 karena pada tanggal 17 Januari 2020 pukul 21.00 pasien tidak pulang kerumah sampai 2 hari karena merasa motornya hilang, kemudian pasien ditemukan dengan kondisi sedang depresi berat, pasien gelisah, bingung dan mondar-mandir. Pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak tau kemana selama 2 hari menghilang dan pasien merasa seperti mendapat bisikan dari luar

bahwa dia harus mencari motornya yang hilang.

### 3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat dirumah sakit jiwa. Melalui data yang ada di RM pasien, pasien merupakan pasien baru yang pertama kali dirawat di rumah sakit jiwa.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Riwayat pengobatan sebelumnya

Pasien tidak pernah menjalani pengobatan sebelumnya karena pasien baru pertama kali dirawat.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien pernah menjadi korban pelecehan seksual oleh pekerja bangunan di tempat pasien bekerja.

**Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma**

1. Riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Pasien mengatakan tidak ada keluarganya yang mengalami gangguan jiwa.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital : 28 Januari 2020

TD : 130/80 mmHg N : 80 x/menit

S : 36,8 °C RR : 20 x/menit

1. Ukur :

TB : 155 cm

BB : 52 kg

1. Keluhan Fisik :

Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.5 Psikososial

1. Genogram

**Gambar 3.1 Genogram Nn.Y**

Keterangan :

 = Laki-laki

 = Perempuan

 = Ada hubungan darah

 = Pasien

 = Tinggal serumah

Data tersebut didapatkan dari keterangan pasien, pasien mampu menjelaskan genogram keluarga mulai dari ayah dan ibunya kemudian kakek, nenek, dan kakaknya. Pasien dapat menjelaskan bahwa pasien sekarang tinggal dengan kedua orang tua dan kakak kandungnya.

1. Konsep Diri
2. Gambaran Diri : Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya.
3. Identitas : Pasien mengatakan seorang anak perempuan yang tinggal bersama orang tuanya, pasien berusia 33 tahun dan belum menikah.
4. Peran : Pasien mengatakan berperan sebagai anak dan adik perempuan.
5. Ideal Diri : Pasien mengatakan ingin mempunyai pasangan dan bekerja dipabrik lagi jika sudah sembuh dan keluar dari rumah sakit nanti.
6. Harga Diri : Pasien merasa malu dan merasa bersalah atas kesalahan di masa lalu yang pernah dilakukan, ia menjadi korban pelecehan dan merasa tidak berharga.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri: HDR**

1. Hubungan sosial
2. Orang yang berarti : Pasien mengatakan orang yang berarti bagi pasien adalah kedua orang tuanya.
3. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan kelompok di rumah sakit karena pasien malas dan capek. Pasien lebih suka membaca buku dikamar.
4. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : pasien mengatakan lupa beberapa nama temannya yang ada di rumah sakit.

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

1. Spiritual
2. Nilai dari keyakinan

Pasien mengatakan ia beragama Kristen, saat ditanya “ bagaimana perasaan ibu tentang keyakinan ibu ” pasien menjawab “ keadaan pasien jauh lebih tenang dan tidak gelisah seperti kemarin karena pasien sering membaca Al-Kitab ”

1. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan setiap hari melakukan ibadah di kamarnya karena di rumah sakit tidak ada gereja.

 **Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Penampilan pasien tampak rapi, rambut pasien tidak berantakan, kuku pasien bersih selalu dipotong, baju pasien terlihat rapi dan bersih, pasien selalu ganti baju dan mencuci pakaiannya setelah mandi lalu di jemur di halaman depan.

 **Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Pembicaraan

Saat dilakukan pengkajian dengan teknik wawancara pembicaraan pasien agak terlambat, pasien tidak mampu memulai pembicaraan.

**Masalah Keperawatan : Hambatan Komunikasi**

1. Aktivitas Motorik

Pasien tampak lebih sering duduk dan tidur-tiduran dikamarnya. Pasien terlihat gelisah. Posisi tidur pasien membentuk huruf C, saat pasien duduk posisinya juga membungkuk. Kontak mata kurang.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Aktifitas Motorik**

1. Alam Perasaan

Pasien mengatakan perasaannya sekarang sedih, pasien juga takut dan khawatir akan dosa-dosa yang pernah dilakukan dahulu jika dia meninggal nanti.

**Masalah Keperawatan : Ansietas dan Ketakutan**

1. Afek

Saat dilakukan wawancara/pengkajian respon kontak mata kurang. Ketika diberi stimulus perasaan senang atau sedih respon pasien tampak datar.

**Masalah Keperawatan : Hambatan Komunikasi**

1. Interaksi Selama Wawancara

Saat diajak berbicara pasien beberapa kali tampak menghindari kontak mata.

**Masalah Keperawatan : Hambatan Interaksi sosial**

1. Persepsi Halusinasi

Pasien pernah mengalami Halusinasi Pendengaran, yaitu pasien mengatakan kadang-kadang mendengar suara orang-orang yang sedang disiksa, sehingga pasien merasa ketakutan saat suara itu muncul. Pasien mengatakan suara itu muncul pukul 10 pagi dan saat pasien sedang sendiri.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran**

1. Proses Pikir

Saat dilakukan pengkajian pasien diberikan pertanyaan dan pasien menjawab secara berbelit-belit dan antara satu topik dengan topik yang lain masih ada kesinambungan tetapi tetap sampai pada tujuan yang disampaikan.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Fikir**

1. Isi Pikir

Waham curiga, pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan jika pasien sendiri pasien merasa akan ada orang/kelompok yang akan merugikan atau mencederai dirinya.

**Masalah Keperawatan : Waham Curiga**

1. Tingkat Kesadaran

Pasien mengerti bahwa saat ini dirinya sedang di rawat di rumah sakit sejak 8 hari yang lalu.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan**

1. Memori

Saat pasien di berikan pertanyaan “ apa yang terjadi pada ibu sehingga dirawat disini?” “ apakah ibu ingat kejadian 3 bulan yang lalu? ” “ apakah ibu ingat kejadian dalam 1 minggu terakhir?” pasien dapat menjawab semua pertanyaan sesuai kondisi pasien sekarang saat ditanya oleh petugas.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Ketika pengkajian pasien diberikan pertanyaan berapakah usianya sekarang jika ditambah 6 tahun yang akan datang, dan dimana alamat rumah pasien, pasien dapat menjawabnya dengan benar.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Kemampuan Penilaian

Ketika pasien diberikan pertanyaan “ ibu ingin melakukan kegiatan olahraga atau makan dulu? ” pasien dapat menjawab “ saya makan dulu mbak ”

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Daya Tilik Diri

Saat diberikan pertanyaan “ apa yang terjadi sehingga ibu bisa dirawat disini? ” pasien dapat menjawab “ saya tidak mengerti mbak, saya tidak bisa tidur 2 hari kemudian dibawa kesini”

**Masalah Keperawatan : Daya Tilik Diri Kurang**

### 3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Pasien mampu melakukan makan dan minum secara mandiri, pasien menyukai semua jenis makanan termasuk jajanan ringan, saat sakit pasien makan 3x sehari dengan porsi 1 porsi habis, pasien tidak memiliki alergi makanan dan pantangan untuk makan, biasanya pasien melakukan makan di meja makan bersama dengan teman-temannya.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Berpakaian / Berhias

Pasien mampu memilih dan memakai baju sendiri tanpa dibantu oleh orang lain. Pasien tampak ganti pakaian 1x dalam sehari dan pasien selalu mencuci baju saat mandi.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Defekasi / berkemih

Pasien dapat melakukan aktivitas berkemih atau defekasi secara mandiri tanpa dibantu oleh orang lain dan teman-temannya.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Mandi

Pasien setiap hari mandi 2x sehari dan menggosok gigi 2x sehari.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan jika siang kadang-kadang bisa tidur dan juga kadang tidak tidur, tidur malam biasanya setelah minum obat dan membaca buku, pasien tidur sekitar pukul 20.00 WIB dan bangun pagi pukul 05.00 WIB. Kegiatan yang dilakukan sebelum tidur biasanya adalah berdoa dan membaca buku atau kitab suci.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Penggunaan Obat

Pasien mendapatkan obat Hexymer 2 mg, Abilify 5 mg untuk pagi dan malam, sedangkan obat Clozapin 25 mg untuk malam saja. pasien mengatakan selalu meminum obatnya tepat waktu.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Aktivitas dalam rumah

Pasien mengatakan aktivitasnya didalam rumah yaitu membantu pekerjaan kedua orang tuanya

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Aktivitas luar rumah

Pasien mengatakan pada waktu sebelum masuk rumah sakit pasien bekerja di salah satu pabrik gula dan dapat mengatur keuangan secara mandiri. Jika pasien tidak bekerja pasien hanya berdiam diri saja dirumah.

**Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan Koping Individual**

### 3.1.8 Mekanisme Koping

Saat ditanya bagaimana ibu menghadapi masalah saat ini pada diri ibu? pasien pun menjawab “ saya tidak tau mbak, biasanya paling saya hanya

diam dan memendam sendiri masalah saya karena saya tidak mau kalau orang lain tau masalah saya”

**Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan Koping Individual**

### 3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik :

Pasien mengatakan tidak pernah ada masalah saat bergaul dengan teman-temannya diruangan.

1. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik :

pasien mengatakan sudah mengenal teman-temannya yg ada di rumah sakit tetapi ada juga beberapa yang lupa.

1. Masalah dengan pendidikan, spesifik :

Pasien mengatakan tamatan SMA.

1. Masalah dengan pekerjaaan, spesifik :

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada saat bekerja dahulu

1. Masalah dengan perumahan, spesifik :

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan keluarganya dan lebih nyaman ketika dirumah.

1. Masalah ekonomi, spesifik :

Pasien termasuk ke dalam keluarga yang berkecukupan

1. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik :

Pasien mendapat pelayanan yang baik dari perawat dan dokter

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.10 Pengertian Kurang Tentang

Pasien tidak tahu dan sadar tentang penyakit yang dialaminya saat ini,

karena pasien hanya mengira bila dirinya tidak bisa tidur dan gelisah saja.

**Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan**

### 3.1.11 Aspek Medik

Terapi medik

1. Abilify 5mg 1-0-1
2. Heximer 2mg 1-0-1
3. Clozapin 25mg 0-0-½

### 3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan

1. Gangguan Konsep diri : Harga Diri Rendah
2. Respon Pasca Trauma
3. Isolasi Sosial : Menarik Diri
4. Hambatan Komunikasi
5. Hambatan Interaksi Sosial
6. Gangguan Aktivitas Motorik
7. Ansietas
8. Ketakutan
9. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
10. Gangguan Proses Fikir
11. Daya Tilik Diri Kurang
12. Waham Curiga
13. Ketidakefektifan Koping Individu
14. Defisit Pengetahuan

### 3.1.13 Daftar Diagnosis Keperawatan

Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

## 3.2 Pohon Masalah

Akibat

Isolasi sosial : Menarik Diri

 Core Problem

 Gangguan Konsep diri

 Causa

 Tidak Efektifnya Koping Individu

**Gambar 3.2 Pohon Masalah HDR**

## 3.3 Analisa Data

Nama : Nn.Y

Ruangan : Ruang VI RSPAL

NIRM : 640XXX

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tgl  | Data | Masalah |
| 28-01-2020 | **Ds :**1. Pasien mengatakan merasa malu dan merasa bersalah atas kesalahan di masa lalu yang pernah dilakukan
2. Pasien mengatakan ia menjadi korban pelecehan dan merasa tidak berharga.

**Do :**1. Pasien tampak kontak mata kurang.
2. Ekspresi muka pasien nampak datar.
3. Pasien terlihat pasif.
* Pasien sering terlihat duduk sendiri
* Pasien selalu melamung/termenung
* Pasien tampak tidak pernah mengikuti kegiatan di ruangan
 | Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah |
| 28-01-2020 | **Ds :**1. Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan kelompok karena pasien malas dan capek.
2. Pasien mengatakan lebih suka membaca buku dikamar.
3. Pasien mengatakan lupa beberapa nama temannya yang ada di rumah sakit.

**Do :**1. Pasien terlihat lebih sering diam.
2. Pasien tampak suka menyendiri di kamar.
 | Isolasi sosial : menarik diri |
| 28-01-2020 | **Ds :**1. Pasien mengatakan tidak mau menceritakan masalahnya
2. Pasien diam

**Do :**1. Pasien tidak bisa memulai pembicaraan.
2. Pasien saat berbicara kontak mata kurang.
 | Koping individu tidak efektif |

## 3.4 Rencana Keperawatan

Nama : Nn.Y Nama Mahasiswa : Lailatul Anisa

No Rm : 640xxx Institusi : Stikes Hang Tuah Sby

Ruangan : Ruang VI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tgl | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | Intervensi | Rasional |
| Tujuan | Kriteria Hasil |
| 1 | 28-02-2020 | Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah. | Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek yang dimiliki | **Sp 1**1 pasien menunjukan ekspresi wajah bersahabat, ada kontak mata, px mau berjabat tangan, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, px mau menceritakan masalah yg dihadapi2 pasien dapat mempertahankan aspek positif yangdimiliki.3 pasien mampu menilai kemampuan yang dimiliki4 pasien dapat me-milih dan menetapkan kemampuan yang akan dilatih.5 menetapkan dalam jadwal harian. | **Sp 1**1 bina hubungan salingpercaya dengan men-gunakan komuni-kasi terapeutik. Sapa px dengan ramah, tanya-kan nama leng-kap px dan nama pang-gilan. Jelaskan tujuan pertemuan, tunjukan sikap empati dan beri perhatian.2 diskusikan kemam-puan & aspek positifyang dimiliki px dan beri pujian reinforcement.3 ajarkan kepada px cara menilai kemampuan yang masih dimiliki.4.diskusikan dengan px untuk memilih dan menetapkan kemampuan sendiri.5 membantu px untuk membuat jadwal kegiatan harian | Hubungan saling percaya akan menimbulkan kepercayaan antara pasien dengan perawat sehingga perawat mudah untuk melakukan tindakan selanjutnyaPujian akan meningkatkan harga diri pasienPeningkatan kemampuan mendorong pasien untuk mandiriMemilih kegiatan sendiri agar sesuai dengan keinginan pasienDengan aktivitas terjadwal akan meningkatkan harga diri pasien  |
|  | 29-01-2020 |  | Pasien dapat melatih aspek positif di hari kedua | **Sp 2**1. pasien mampu melaksanakan kegiatan latihan kedua
2. memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
 | **Sp 2**1. mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien pada sp 1
2. melatih kemampuan kedua
 | Evaluasi harian dapat memantau perkembangan pasien.Latihan kegiatan dapat meningkatkan kemampuan pasien. |
|  | 30-01-2020 |  | Pasien bisa melatih kegiatan ke tiga dan memasukkan kedalam jadwal harian | **Sp 3**1. pasien mampu melaksanakan kegiatan latihan ketiga
2. memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
 | **Sp 3**1. mengevaluasi jadwal kegiatan pasien pada sp 1 dan sp 2
2. melatih kemampuan ketiga
 | Evaluasi harian dapat memantau perkembangan pasien.Latihan kegiatan dapat meningkatkan kemampuan pasien. |

## 3.5 Implementasi keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tgl** | **Masalah Keperawatan** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **TTD** |
| 28-01-202009.0029-01-202009.15 | Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah | **Sp 1**1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki px
2. Membantu px menilai kemampuan pasien yang dapat digunakan
3. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih
4. Melatih kemampuan px yang sudah dipilih.
5. Menyusun jadwal pelaksanaan kedalam rencana harian px.

**Sp 2**1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Melatih kemampuan kedua
3. Memasukkan kedalam kegiatan harian.
 | **S :** pasien mengatakan “nama saya Y dan saya senang di panggil Y” “kalau dirumah saya bisa melakukan kegiatan memasak, menyapu, mengepel , merapikan tempat tidur dan mencuci baju” “ yang masih bisa dilakukan adalah menyapu dan merapikan tempat tidur mbak” “dan sekarang saya ingin belajar merapikan tempat tidur saja mbak”**O :** pasien mampu menggali aspek positif yang masih dimiliki contohnya1. Memasak
2. Merapikan tempat tidur
3. Menyapu
4. Mengepel
5. Mencuci baju

pasien kurang kooperatif karena pasien lebih sering diam dan kontak mata kurang. Tetapi pasien masih bisa memilih salah satu kemampuan yang akan dilatih. Untuk pertama kali latihan pasien memilih latihan merapikan tempat tidur. Pasien mampu mempraktekkan cara merapikan tempat tidur.**A :** secara kognitif, afektif, dan psikomotor pasien mampu melaksanakan latihan merapikan tempat tidur**P :** Perawat : mengevaluasi sp 1 dan melanjutkan sp 2 melatih kemampuan pasien yang lain.Px :setiap jam 09.00 pagi berlatih merapikan tempat tidur dan memasukkan ke dalam jadwal harian dan melakukan kontrak pada hari Rabu 29-01-2020**S :** pasien mengatakan “perasaan saya baik mbak, iya mbak tadi saya sudah latihan merapikan tempat tidur lagi, sekarang saya sudah siap untuk latihan ke dua” “baik mbak untuk latihan kedua saya menyapu ya”**O :** pasien mampu melakukan latihan pada hari pertama dan pasien mau memasukkan kedalam jadwal harian. Pasien mau dan mampu untuk melatih kegiatan kedua.**A :** dari evaluasi secara kognitif afektif dan psikomotor pasien mampu melakukan kegiatan latihan ke 2**P :** Perawat: evaluasi sp 1 dan sp 2 kemudian dilanjutkan untuk melatih pasien sesuai kemampuannya.Px : motivasi klien untuk melakukan kegiatan terjadwal dan melatih kegiatan menyapu setiap jam 09.15 | **Anisa****Anisa****Anisa** |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada klien Nn.Y dengan Diagnosa *Severe Depressive Episode With Psychotic Symptoms* di ruang VI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

## 4.1 Pengkajian

Dalam pengkajian terdapat beberapa tahap yang terdiri atas pengumpulan data, analisis data atau pengumpulan masalah. Data yang diambil adalah data pasien secara menyeluruh yang meliputi biologis, psikologis, sosial dan spiritualnya. Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah memperkenalkan diri kepada pasien dan menjelaskan tujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan sehingga pasien menjadi lebih terbuka dan kooperatif. Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada pasien dan melihat data yang ada di rekam medis.

1. Alasan Masuk

Pada tinjauan teori yang menjadikan alasan masuk pasien biasanya lebih sering menyendiri kemudian ketika diajak berbicara kontak mata kurang dan selalu merasa bersalah atau menyalahkan dirinya sendiri (Keliat budi anna, Panjaitan R, 2019). Sedangkan pada tinjauan kasus menurut hasil pengkajian dari pasien Nn.Y yang dirawat di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan Diagnosa Medis *Severe Depressive Episode With Psychotic Symptoms*. Pasien datang ke IGD diantar oleh kakaknya pada tanggal 20 Januari 2020 pukul 19.00 karena pada tanggal 17 Januari 2020 pukul 21.00 pasien tidak pulang kerumah sampai 2 hari karena merasa motornya hilang, kemudian pasien ditemukan dengan kondisi sedang depresi berat, pasien gelisah, bingung dan mondar-mandir. Pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak tau kemana selama 2 hari menghilang dan pasien merasa seperti mendapat bisikan dari luar bahwa dia harus mencari motornya yang hilang. Ini membuktikan bahwa antara tinjauan teori dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan.

 Pada tinjauan teori ada faktor-faktor yang dapat menyebabkan harga diri rendah yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Mendapat penolakan yang tidak realistis dari orang tua, pernah mengalami aniaya fisik, seksual, penolakan lingkungan, mengalami kegagalan berulang, tanggung jawab personal terhadap dirinya kurang, bergantung pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis dapat mengganggu rasa percaya diri pasien sehingga menyebabkan harga diri rendah. Pasien tertekan dan tidak diterima di masyarakat sehingga menjadikan dirinya sulit berinteraksi dengan orang lain.

 Pada tinjauan kasus ditemukan bahwa pasien tidak pernah dirawat dirumah sakit dengan penyakit tersebut, tetapi pada pengalaman masa lalu pasien pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan. Saat ditanya apakah pasien pernah memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan, pasien mengatakan pernah mengalami pelecehan seksusal. Itu yang menyebabkan pasien trauma karena dari pengalaman yang buruk pasien menjadi tidak percaya diri dan harga diri rendah.

Menurut pengamatan penulis alasan pasien dirawat disebabkan karena pasien depresi dan tertekan karena merasa kehilangan motornya pasien ingin mencarinya tetapi yang terjadi malah pasien tidak pulang dan sempat hilang. Selain itu juga bisa dipicu dari riwayat pengalaman masa lalu yang buruk yang membuat pasien menjadi harga diri rendah. Pada dasarnya antara tinjauan teori dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan karena pada pasien harga diri rendah menurut (Azizah, L.M., Zainuri, Imam & Akbar, 2016) biasanya tidak bisa menghadapi masalahnya sendiri, merasa bersalah yang belebihan dan tidak mampu menatap lawan bicara. Dengan hilangnya pasien dan ditemukan sedang depresi menandakan pasien tidak bisa menyelesaikan masalahnya sendiri.

1. Mengenai tanda dan gejala pasien harga diri rendah menurut (Keliat budi anna, Panjaitan R, 2019) yaitu:

**Mayor**

Subjektif :

1. Menilai diri sendiri/mengkritik diri secara negatif
2. Merasa tidak berarti/tidak berharga
3. Merasa malu/minder
4. Merasa tidak mampu melakukan apapun
5. Meremehkan kemampuan yang dimiliki
6. Merasa tidak memiliki kelebihan

Objektif

1. Berjalan dan postur tubuh menunduk
2. Kontak mata kurang
3. Lesu dan tidak bergairah
4. Berbicara pelan dan lirih
5. Ekspresi muka datar
6. Pasif

**Minor**

Subjektif

1. Merasa sulit konsentrasi
2. Mengatakan sulit tidur
3. Mengucapkan keputusasaan
4. Enggan mencoba hal baru
5. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri
6. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri

Objektif

1. Bergantung pada pendapat orang lain
2. Sulit membuat keputusan
3. Seringkali mencari penegasan
4. Menghindari orang lain
5. Lebih senang menyendiri

Ditemukan pada saat pengkajian pasien mengatakan bahwa dirinya merasa malu dan bersalah, ketika di ajak berbicara pasien lebih sering menunduk, tidak menatap lawan bicara dan pasien juga sulit membuat keputusan.. Dari hasil pengamatan tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak di dapatkan kesenjangan tetapi tidak semua tanda-tanda yada pada tinjauan teori muncul karena pada tinjauan kasus harus di sesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

1. Konsep Diri

Pada teori konsep diri pada pasien harga diri rendah biasanya lebih condong merendahkan dirinya sendiri, merasa tidak mampu dan mempunyai perasaan bersalah yang berlebih, penerimaan atas diri ditakdirkan sebagai laki-laki atau perempuan kurang, tidak mampu melaksanakan peran secara maksimal karena terhalang oleh sakitnya yang ditandai dengan tidak percaya diri serta kurang motivasi diri sendiri, merasa bersalah terhadap diri sendiri, rasa malu yang berlebih, pandangan hidup yang pesimis dan percaya diri kurang.

Sedangkan pada tinjauan kasus yang sebenarnya ditemukan bahwa pasien tidak percaya diri , malu dan merasa bersalah terhadap diri sendiri karena pengalaman buruk yang dimiliki. Namun pada diri pasien tidak ditemukan adanya penolakan terhadap dirinya sebgai laki-laki atau perempuan.

Menurut penulis data yang di dapatkan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena terbukti pada konsep diri pasien saat ditanya pasien mempunyai rasa malu berlebih dan merasa bersalah pada dirinya sendiri. Hal ini sesuai dengan tanda-tanda orang dengan harga diri rendah yang ada pada tinjauan teori

## 4.2 Diagnosa keperawatan

Untuk pengambilan diagnosa dari tinjauan teori yang dikemukakan oleh (Azizah, L.M., Zainuri, Imam & Akbar, 2016) didapatkan hasil diagnosa keperawatan sebagai berikut: Harga Diri Rendah sebagai masalah utama atau core problem, Isolasi sosial menjadi efek dari harga diri rendah, kemudian koping individu tidak efektif menjadi causa dari diagnosa keperawatan ini. Pada tinjauan kasus juga didapatkan data masalah Harga Diri Rendah sebagai masalah utama, Isolasi Sosial sebagai efek atau akibat dan koping individu tidak efektif menjadi causa.

Menurut penulis hasil pengamatan diatas tidak didapatkan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus karena yang menjadi penyebab pasien mengalami harga diri rendah adalah pasien tidak bisa mnghadapi masalahnya sehingga pasien depresi dan koping yang diambil tidak efektif. Kemudian efek dari harga diri rendah sendiri yaitu isolasi sosial : menarik diri. Hal ini sesuai dengan teori dan juga apa yang dialami oleh pasien langsung.

## 4.3 Perencanaan

Untuk rencana tindakan keperawatan hanya berfokus pada satu masalah yaitu pada masalah utama harga diri rendah. Pada tinjaun teori perencanaan menggunakan SP dan pada tinjauan kasus perencanaan juga menggunakan SP tetapi disertai tujuan dan juga kriteria hasil, dalam intervensinya yang ingin dicapai penulis kepada pasiennya. Kesenjangan ini sesuai dengan teori dalam buku (Damaiyanti & Iskandar, 2012)

Pada perencanaan atau intervensi penulis merencanakan strategi dalam melakukan tindakan kepada pasien. Salah satunya pada SP 1 penulis harus membina hubungan saling percaya kepada pasien, kemudian menjelaskan tujuan pertemuan tersebut. Pada SP 1 ini yang harus dicapai oleh pasien adalah pasien menunjukkan ekspresi wajah yang bersahabat, kemudian kontak mata yang baik, mau menceritakan masalahnya. Pasien dapat menyebutkan kemampuan positif yang dimiliki, mampu menilai kemampuannya, pasien juga dapat memilih dan menetapkan kegiatan yang akan dilatih dan menetapkan jadwal hariannya.

Kemudian pada SP 2 pasien mampu melatih kegiatan positif yang ke 2 yang sudah disebutkan pada SP 1. Pasien mampu melaksanakaan kegiatan tersebut lalu memasukkan kedalam jadwal kegiataan harian pasien.

Menurut penulis dalam tinjauan kasus harus lebih spesifik lagi dalam melakukan perencanaan karena menyesuaikan dengan situasi dan kondisi yang pasien alami. Seperti penulis memberikan pujian untuk setiap kemampuan yang dimiliki oleh pasien, dalam perencanaan teori tidak di tuliskan karena dalam tinjauan teori hanya menyebutkan strategi pelaksanaannya tanpa kriteria yang harus dicapai. Pada perencanaan di tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan karena ketika merumuskan perencanaan pada tinjauan kasus harus merujuk pada teori yang ada supaya ketika berhadapan dengan pasien kita sudah ada persiapan yang lebih matang.

## 4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan atau tindakan keperawatan telah disesuaikan dengan rencana tindakan pada kasus yang nyata. Pada tinjauan teori pelaksaan belum dapat dilakukan karena merupakan teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus sudah bisa disusun dan dilakukan dalam pelaksanaannya. Sesuai dengan teori sebelum melakukan tindakan perawat harus melakukan kontrak terlebih dahulu kepada pasien dan menjelaskan apa isi dan tujuan dari pertemuan tersebut. Kemudian setelah selesai perawat mendokumentasikan semua hasil tindakan serta respon yang dialami oleh pasien setelah melakukan kegiatan.

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan mulai tanggal 28 – 30 Januari 2020. Yaitu dengan respon pasien “selamat pagi mbak, nama saya Y mbak dan saya senang di panggil Y” “keadaan saya hari ini baik mbak”, kalau dirumah saya bisa melakukan kegiatan memasak, menyapu, mengepel , merapikan tempat tidur dan mencuci baju” “ yang masih bisa dilakukan adalah menyapu dan merapikan tempat tidur mbak” “dan sekarang saya ingin belajar merapikan tempat tidur saja mbak”.

Saat bercakap-cakap tentang kemampuannya, respon pasien adalah mau menjawab tetapi dengan kontak mata yang kurang. Selain itu pasien juga sulit menjelaskan apa yang ia maksud, pembericaraan pasien cenderung lambat dan berbelit – belit. Sehingga mahasiswa sedikit kesulitan untuk menggali informasi sebanyak – banyaknya dari pasien. Pasien juga tidak bisa memulai pembicaraan sehingga mahasiswa harus mencari topik pembicaraan untuk bertanya agar pasien mau bercerita dan pembicaraan tidak terputus. Saat ditanya mengenai perasaan sedih atau gembira pasien merasa biasa saja, ekspresi wajah pasien tampak datar.

Kemudian pada tanggal 29 januari 2020 pasien mulai melakukan kegiatan yang sudah terjadwal dihari pertama dan menambahkan latihan kegiatan yang lain. Respon pasien pada saat itu adalah “perasaan saya baik mbak, iya mbak tadi saya sudah latihan merapikan tempat tidur lagi, sekarang saya sudah siap untuk latihan ke dua” “baik mbak untuk latihan kedua saya menyapu ya”. Pada saat latihan kemampuan kedua, ditengah latihan tersebut tiba – tiba saja pasien menghentikan kegiatannya, dengan alasan pasien merasa lelah dan capek. Mahasiswa berusaha membujuk pasien agar menyelesaikan kegiatannya tetapi tidak berhasil karena pasien sudah tidak mau dan capek. Kemudian perawat menyampaikan agar melanjutkan kegiatan di ke esokan harinya pada pukul 9 ditempat yang sama, lalu pasien bersedia melanjutkan kegiatan pada besok pagi.

Menurut penulis dalam hal ini merupakan suatu kendala, mahasiswa sudah berusaha membujuk dengan berbagai cara. Namun ada saat dimana mood pasien tidak bagus sehingga pasien kurang kooperatif untuk melakukan kegiatan penuh karena disebabkan oleh kondisi pasien yang lelah pada SP 1 dan kemudian meminta untuk melanjutkan di esok harinya.

Pada tanggal 30 Januari 2020 kegiatan dilanjutkan sesuai dengan kontrak kemarin, dengan respon pasien “ pagi juga mbak, iya hari ini saya merasa lebih segar”, “saya masih ingat mbak latihan kemarin adalah menyapu”, “ baik mbak hari ini saya melanjutkan kegiatan menyapunya ya?” , pada latihan hari ke tiga ini pasien mampu melaksanakan seluruh kegiatan sampai selesai dan pasien mau memasukkan kedalam jadwal kegiatan hariannya. Tetapi ada sedikit masalah yaitu pasien melakukan latihan dengan lambat, hal ini terjadi karena selama proses interaksi penulis kurang maksimal dalam memberikan motivasi dan menggali kemampuan pasien, kemudian keterlambatan pasien juga di dukung dalam melakukan kegiatan adalah akibat dari harga diri rendah yang di deritanya, pasien kurang percaya diri dan takut salah melakukan kegiatannya, karena pada pasien dengan gangguan harga diri rendah lebih cenderung merasa malu dan merasa bersalah berlebihan. Untuk mengangkat harga diri pasien kembali penulis mencoba memberikan motivasi kepada pasien dan menggali kemampuan apa saja yang masih bisa dilakukan oleh pasien.

## 4.5 Evaluasi

Evaluasi pada tinjauan teori belum dapat di evaluasi karena masih merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus sudah bisa di ketahui karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang nyata dan secara langsung.

Pada saat evaluasi SP 1 pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki, pasien dapat menyebutkan kemampuan yang dimiliki, dan pasien dapat melakukan kemampuan yang dilatih. Dengan percakapan berikut: dimulai dengan salam terapeutik “ selamat pagi bu perkenalkan saya lailatul anisa, senang dipanggil anisa, saya mahasiswa dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Nama ibu siapa, suka dipanggil apa?” “nama saya Y mbak dan saya senang di panggil Y”. Kemudian dilanjutkan dengan validasi “ bagaimana keadaan ibu hari ini, apakah tidurnya semalam nyenyak?” “keadaan saya hari ini baik mbak”. Kemudian kontrak waktu topik dan tempat “ bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah ibu lakukan? Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat ibu lakukan di rumah sakit. Setelah kita nilai kita, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih” “ baik mbak”. “ berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?” “yasudah mbak 15 menit saja”. dimana kita duduk? ”“diruang tengah saja mbak ”. Evaluasi dari kegiatan tersebut yaitu “ bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapikan tempat tidur? “ perasaan saya senang mbak dan ternyata cukup mudah latihannya”. “ Ya ternyata ibu banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan dirumah sakit ini, salah satunya merapikan tempat tidur, yang sudah ibu praktekan dengan baik sekali. Nah kemampuan ini dapat dilakukan juga dirumah setelah pulang ”. Dari evaluasi ini dapat disimpulkan bahwa pasien dapat mengikuti kegiatan dengan baik. Tetapi di beberapa perbincangan dimana kontak mata pasien kurang dan berbicara agak lambat sehingga memakan waktu yang cukup lama dari yang diperkirakan.

Begitu juga pada SP 2 di hari berikutnya perawat melakukan evaluasi pada SP 1 kemudian melatih kemampuan pasien yang kedua, dengan hasilnya pasien sudah mampu menggali aspek positif dalam dirinya dan melakukan hal – hal positif di lingkungan. Dengan respon pasien pada saat itu adalah “perasaan saya baik mbak, iya mbak tadi saya sudah latihan merapikan tempat tidur lagi, sekarang saya sudah siap untuk latihan ke dua” “baik mbak untuk latihan kedua saya menyapu ya”. Namun pada latihan di hari kedua pasien tidak dapat menyelesaikan kegiatannya sampai selesai. Di pertengahan kegiatan tiba – tiba pasien mengeluh lelah dan capek. Mahasiswa sudah mencoba membujuk pasien agar melanjutkan kegiatan namun tidak berhasil. Mungkin karena kegiatan yang dilakukan pukul 9 pagi dan pada jam itu adalah jam setelah makan dan juga minum obat. Kemungkinan besar rasa lelah dan capek itu didapatkan dari efek samping mengkonsumsi obat yang isi dari obat tersebut adalah salah satunya penenang supaya tidak gelisah. Tidak sampai disitu meskipun kegiatan pada hari itu tidak selesai, mahasiswa membuat kontrak untuk kegiatan di hari berikutnya dengan pasien dan pasien mengiyakan ajakan tersebut.

Dari keseluruhan evaluasi yang didapat memang dari pasiennya sendiri kurang kooperatif, pada saat dilakukan kegiatan bercakap – cakap respon kontak mata pasien sangat kurang dan juga pasien kurang memahami apa yang dimaksud karena pasien terlihat bingung. Pembicaraan pasien juga terbelit – belit dan sangat lama meskipun pembicaraannya tetap sampai pada tujuannya tetapi itu cukup memakan waktu yang lama. Kesimpulan pada evaluasi ini yaitu pasien mampu mengikuti dan melakukan kegiatan yang diajarkan oleh mahasiswa.

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien Nn. Y denngan kasus Harga Diri Rendah di Ruang VI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka dapat diambil beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien dengan Harga Diri Rendah.

## 5.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien Harga Diri Rendah, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut

1. Pengkajian keperawatan pada Nn. Y didapatkan bahwa Harga Diri Rendah klien berawal dari klien tidak bisa mengambil keputusan dalam menghadapi masalah, selain itu koping individu yang diambil oleh paien tidak tepat yaitu dengan mempunyai masalah yang berat, klien tidak mau menceritakan masalahnya kepada orang lain. Klien lebih memilih memendam masalahnya sendiri sehingga pada saat pasien sudah tidak mampu menanggung bebannya pasien depresi, merasa bersalah dan harga diri paaien menurun. Melihat kondisi klien tersebut, klien harus ditangani oleh tenaga medis yang profesional untuk memulihkan keadaan klien seperti semula
2. Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Harga Diri Rendah pada Nn. Y dengan diagnosa medis *severe depressive epidode with psychotic symptoms* di Rumkital Dr Ramelan

Surabaya didapatkan 3 masalah keperawatan yaitu: harga diri rendah, isolasi sosial dan tidak efektifnya koping individu.

1. Rencana keperawatan yang diberikan hanya kepada klien. Strategi yang diberikan kepada klien ada 2 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 bertujuan untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, SP 2 yaitu melatih klien melakukan kegiatan positif yang masih bisa dilatih.
2. Implementasi dilakukan mulai tanggal 28-30 Januari 2020 dengan menggunakan rencana yang telah dibuat, selama tiga hari klien mampu untuk melatih kemampuan aspek positif yang dimiliki.
3. Evaluasi diadapatkan hasil bahwa klien sudah mampu untuk mengidentifikasi kemampuannya dan memasukkan dalam jadwal harian.
4. Dokumentasi kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksaan, yang didokumentasikan adalah pendapat klien atau data subjektif yang dikatakan klien, data objektif yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assessment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

## 5.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil studi ini dapat menambah pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus yang ada secara nyata.

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien gangguan jiwa secara serentak. Kemudian meningkatkan pelayanan seperti mengajak pasien bersosialisasi dan bercakap – cakap supaya pasien merasa di perhatikan dan membantu dalam proses kesembuhan pasien.

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa mampu meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan tentang ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa

# DAFTAR PUSTAKA

Aprilla, S., Furqon, M. T., & Fauzi, M. A. (2018). Klasifikasi Penyakit Skizofrenia dan Episode Depresi Pada Gangguan Kejiwaan Dengan Menggunakan Metode Support Vector Machine ( SVM ). *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, *2*(11), 5611–5618.

Azizah, L.M., Zainuri, Imam & Akbar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. In *Indomedia Pustaka* (Pertama). Yogyakarta: Indomedia Pustaka.

Damaiyanti, M., & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (A. Gunarsa, ed.). Bandung: Refika Aditama.

DPP PPNI, T. P. S. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (2nd ed.). Jakarta: DPP PPNI.

Hadi, I., Wijayanti, F., Devianti, R., & Rosyanti, L. (2017). Gangguan Depresi Mayor (Mayor Depressive Disorder) Mini Review. *Health Information : Jurnal Penelitian*, *9*(1), 25–40. https://doi.org/10.36990/hijp.v9i1.102

Keliat budi anna, Panjaitan R, H. S. et al. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (H. S. et al keliat, budi anna, Panjaitan R, ed.). Jakarta: EGC.

Khoiroh, Q. (2013). Hubungan koping dengan tingkat premenstrual syndrome pada mahasiswi fakultas psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang. *Repositori UIN Malang*, 9–39. Retrieved from http://etheses.uin-malang.ac.id/id/eprint/1854

Lingga, B. (2019). *Keberhasilan Diagnosa Keperawatan Menentukan Potensi Dan Kompetensi Perawat*. 1–2.

Rahayu, S., & Daulima, N. H. C. (2019). *Perubahan Tanda Gejala dan Kemampuan Pasien Harga Diri Rendah Kronis Setelah Latihan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga*. *2*(1), 39–51.

Rubbyana, U. (2012). *Hubungan antara Strategi Koping dengan Kualitas Hidup pada Penderita Skizofrenia Remisi Simptom*. *1*(02), 59–66.

Simamora, N. (2019). *SIFAT DAN TAHAP-TAHAP DALAM PROSES KEPERAWATAN*.

Yosep, I. (2011). *Keperawatan Jiwa* (4th ed.; A. Gunarsa, ed.). Bandung: Refika Aditama.

# LAMPIRAN 1

# STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

# SP 1

# HARGA DIRI RENDAH

1. **PROSES KEPERAWATAN**
2. Kondisi klien gelisah bingung dan ketakutan akan sesuatu
3. Diagnosa keperawatan gangguan konsep diri: harga diri rendah
4. Tujuan sp 1 :

Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.

1. Tindakan keperawatan :
2. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
3. Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan
4. Membantu pasien memilih dan menetapkan kemampuan yang akan dilatih
5. Melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian
6. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN ORIENTASI**
7. Salam Terapeutik: “ selamat pagi bu perkenalkan saya lailatul anisa, senang dipanggil anisa, saya mahasiswa dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Nama ibu siapa, suka dipanggil apa?

“nama saya Y mbak dan saya senang di panggil Y”

1. Evaluasi / Validasi: “ bagaimana keadaan ibu hari ini, apakah tidurnya semalam nyenyak?

“keadaan saya hari ini baik mbak”

1. Kontrak
* Topik : “ bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah ibu lakukan? Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat ibu lakukan di rumah sakit. Setelah kita nilai kita, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih”

“ baik mbak”

* Waktu : “ berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?

“yasudah mbak 15 menit saja”

1. Tempat : “ dimana kita duduk? ”“diruang tengah saja mbak ”
2. **FASE KERJA**
3. “ ibu, apa saja kemampuan yang ibu miliki?”

“kalau dirumah saya biasanya memasak untuk keluarga saya mbak”

Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya? Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa ibu lakukan? Bagaimana dengan merapikan kamar?

“Saya bisa menyapu, mengepel , merapikan tempat tidur dan mencuci baju”

 “Wah bagus sekali ada lima kemampuan dan kegiatan yang ibu miliki”.

1. “ dari kelima kegiatan/kemampuan ini apa yang masih dapat dilakukan dirumah sakit ini? Bagus ada tiga kegiatan yang bisa dikerjakan
2. “ sekarang coba ibu pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan dirumah sakit”.

“Merapikan tempat tidur mbak”

Baik, nomer satu, merapikan tempat tidur? Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan merapikan tempat tidur ibu. Mari kita lihat tempat tidur ibu? Coba lihat, sudah rapikah tempat tidurnya?”

1. “ nah kalau kita mau merapikan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus! Sekarang kita angkat seprainya, dan kasurnya kita balik. “ nah, sekarang kita pasang lagi sepreinya, kita mulai dari atas, ya bagus! Sekarang sebelah kaki, tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan dan letakkan disebelah atas/kepala. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah, bagus!”

“ ibu sudah bisa merapikan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan bedakah dengan sebelum dirapikan? Bagus!

“ coba ibu lakukan dan jangan lupa memberi tanda M (mandiri) kalau ibu lakukan tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T (tidak) melakukan.”

1. **FASE TERMINASI**
2. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

“ bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapikan tempat tidur?

“ perasaan saya senang mbak dan ternyata cukup mudah latihannya”

“ Ya ternyata ibu banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan dirumah sakit ini, salah satunya merapikan tempat tidur, yang sudah ibu praktekan dengan baik sekali. Nah kemampuan ini dapat dilakukan juga dirumah setelah pulang. ”

1. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan)

“ sekarang, mari kita masukkan pada jadwal harian. Ibu mau berapa kali sehari merapikan tempat tidur?” “ 2x mbak”

“Bagus, dua kali yaitu pagi-pagi jam berapa? Lalu sehabis istirahat sore jam berapa?” “ jam 08.00 dan jam 16.00 saja mbak”

1. Kontrak yang akan datang
* Topik : “ kita akan latihan kemampuan yang kedua, ibu masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di rumah sakit selain merapikan tempat tidur?” “ kalau menyapu bagaimana mbak”

“Ya, bagus menyapu”

* Waktu : “ bagaimana kalau latihan menyapunya besok jam 09.15 pagi?” “ baik mbak”
* Tempat : “ dimana kita bisa latihan menyapunya? Bagaimana jika menyapu dapur? ”

# LAMPIRAN 2

# STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

# SP 2

# HARGA DIRI RENDAH

1. **PROSES KEPERAWATAN**
2. Kondisi klien gelisah bingung dan ketakutan akan sesuatu
3. Diagnosa keperawatan gangguan konsep diri: harga diri rendah
4. Tujuan sp 2 :

Pasien mampu melatih melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien

1. Tindakan keperawatan
2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (sp 1)
3. Melatih kemampuan kedua yang dipilih klien
4. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.
5. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN ORIENTASI**
6. Salam terapeutik : “ selamat pagi, bagaimana perasaan ibu pagi ini?”

“perasaan saya baik mbak”

“Wah tampak cerah.”

1. Evaluasi / validasi: “ bagaimana ibu, sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin/tadi pagi?” “iya mbak tadi saya sudah latihan merapikan tempat tidur lagi”

Bagus kalau sudah dilakukan, sekarang kita akan latihan kemampuan kedua. Masih ingat apa kagiatan itu ibu?”

“baik mbak untuk latihan kedua saya menyapu ya”

1. Kontrak
* Topik : “ ya benar, kita akan latihan menyapu di dapur ruangan ini? ”
* Waktu : “ waktunya adalah 15 menit “
* Tempat : “ mari kita ke dapur sekarang ”
1. **FASE KERJA**
2. “ ibu, sebelum kita menyapu kita perlu siapkan dulu perlengkapannya, yaitu sapu dan juga cikrak untuk menyapu. Jangan lupa juga sediakan tempat sampah untuk membuang kotoran dan debu.”
3. “ sekarang saya perlihatkan dulu ya caranya ”

“baik mbak”

1. “ setelah semuanya perlengkapan tersedia, ibu ambil sapunya dan mulai menyapu dari sudut samping kemudian kedepan hingga semuanya tersapu dengan bersih, lalu kumpulkan debu dan kotoran kecil ke cikrak untuk membuangnya di tempat sampah. Nah selesai...”

“ oh begitu ya mbak”

1. “ sekarang coba ibu yang lakukan...”
2. “ bagus sekali, ibu dapat mempraktekkan menyapu dengan baik. ”
3. **FASE TERMINASI**
4. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

“ bagaimana perasaan ibu setelah latihan menyapu?”

“perasaan saya senang mbak, bisa membersihkan tempat yang kotor”

1. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan)

“ bagaimana jika kegiatan menyapu ini dimasukkan menjadi kegiatan sehari-hari ibu, mau berapa kali? Bagus sekali menyapu lantai dua kali sehari pagi dan sore. ”

1. Kontrak yang akan datang
* Topik : “ kita akan latihan untuk kemampuan ketiga, setelah merapikan tempat tidur dan menyapu. Masih ingat kegiatan apakah itu? Ya benar kita akan latihan mencuci piring.”
* Waktu : “ bagaimana kalau latihan mencuci piringnya besok siang jam 12? ”
* Tempat : “ dimana kita bisa latihan mencuci piring? Di dapur? ”