

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. R DENGAN GANGGUAN
SKIZOFRENIA KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH DI Kp. JATI INDAH RT
01 RW 07 DESA JATI KECAMATAN TAROGONG KALER KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

RIDHA HAYATI MUSLIMAH

KHGA 19080



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. R DENGAN GANGGUAN
SKIZOFRENIA KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS TAROGONG

NAMA : RIDHA HAYATI MUSLIMAH

NIM : KHGA 19080

Garut, Juli 2022

Menyetujui,
Pembimbing

H. Aceng Ali, S.Kep., Ners., M.H.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN TN.R DENGAN
GANGUAN SKIZOFRENIA KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH

NAMA : RIDHA HAYATI MUSLIMAH

NIM : KHGA 19080

Karya Tulis Ilmiah
ini telah disidangkan dihadapan
Tim Penguji Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada
Garut, Juli 2022
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Tantri Puspita, M.Ns.

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII
Keperawatan STIKes Karsa Husada
Garut

Dede Suharta, S.Kep., M.Pd.

Mengetahui,

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

H. Aceng Ali, S.Kep., Ners., M.H.Kes.

ABSTRAK

IV BAB, 60 Halaman, 7 tabel, 2 gambar, 1 lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia. Dilatar belakangi dengan banyaknya klien dibawah naungan Wilayah Kerja Pusat Tarogong pada bulan Juli 2020 sampai dengan bulan Desember 2021 tercatat sebanyak 7 orang. Salahsatu gejala yang sering ditemukan pada pasien skizofrenia adalah harga diri rendah. Tujuannya untuk mendapatkan pengalaman yang nyata dan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif melalui proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Metode yang di gunakan yaitu metode deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, observasi, wawancara dan studi pustaka. Harga diri rendah merupakan individu yang cenderung menuduh dirinya negatif dan merasa diri lebih rendah daripada orang lain. Namun yang menjadi tujuan utama klien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien. Penulis mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga mendapat data bahwa klien masih tidak bisa interaksi dan bersosialisasi walaupun dengan dukungan perawat, kesimpulan yang dapat diambil yaitu perlunya mendapat dukungan dari berbagai pihak, terutama keluarga yang merupakan faktor pendukung utama serta motivasi.

Kata Kunci : Harga Diri Rendah, *Skizofrenia*

Daftar Pustaka 13 buah (Tahun 2012-2019)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.R Harga Diri Rendah Pada Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut” ini tepat pada waktunya.

Penulis menyadari bahwa tanpa adanya bantuan dan peran serta dari semua pihak, karya tulis ini tidak dapat terwujud sesuai dengan yang di harapkan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih terhadap semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, khususnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. D. Saefudin, S.Sos., M.Mkes selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut
5. Bapak Aceng Ali, S.Kep., Ners., M.H.Kes selaku pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh Staf Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Staf Administrasi dan Perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penulis selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
8. Kedua orang tua sebagai sumber inspirasi bagi penulis, yang senantiasa memberikan dorongan baik moril maupun material serta seluruh do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Tn.R dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Sahabat terbaik Yulia Margareta yang selalu memberi semangat dan menemani hari-hariku dan selalu ada disaat suka maupun duka.

11. Kelas 3B D3 Keperawatan terimakasih atas semua bantuan dan dukungannya kepada penulis dan juga menemani selama kurang lebih tiga tahun
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu yang memberikan dukungan dan do'anya selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini jauh dari kata sempurna, untuk itu saya mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk kelengkapan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, saya ucapkan semoga karya tulis ilmiah ini bisa bermanfaat bagi kita semua.

Garut, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	5
C. Metode Telaahan	6
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. Konsep Dasar	9
1. Harga Diri Rendah	9
B. Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan	13
1. Pengkajian	13
2. Analisa Data	22
3. Rencana Asuhan Keperawatan	23
4. Implementasi	27
5. Evaluasi	28
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	35
A. Tinjauan Kasus	35
1. Pengkajian	35
2. Analisa Data	42
3. Diagnosa Keperawatan	44
4. Rencana Asuhan Keperawatan	44
5. Implementasi dan Evaluasi	47
6. Catatan Perkembangan	48
B. Pembahasan	53
1. Pengkajian	53
2. Diagnosa Keperawatan	54
3. Perencanaan	54
4. Implementasi	54
5. Evaluasi	56
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	58
A. Kesimpulan	58
B. Rekomendasi	59

DAFTAR PUSTAKA	61
-----------------------------	-----------

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jumlah penderita penyakit jiwa di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Periode Bulan Juli 2020 s.d Desember 2021	3
Tabel 2.1 Rentang Respon Harga Diri Rendah	11
Tabel 2.3 Intervensi	24
Tabel 3.1 Analisa Data.....	42
Tabel 3.2 Perencanaan Keperawatan	44
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi	47
Tabel 3.4 Catatan Perkembangan	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pohon Masalah	22
Gambar 3.1 Genogram.....	37

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah kondisi psikologis individu dimana mengalami penurunan fungsi tubuh, merasa tertekan, tidak nyaman, dan penurunan fungsi peran individu di masyarakat (Stuart, 2016). Gangguan jiwa termasuk ke dalam empat kategori masalah kesehatan utama yang terdiri dari penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa dan kecelakaan. Gangguan jiwa cenderung mengalami peningkatan seiring dengan dinamisnya kehidupan masyarakat, sebagai dampak kemampuan individu beradaptasi pada perubahan sosial yang berubah-ubah. Individu yang mengalami gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan pada bio-psiko-sosial (Madalise, 2015)

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sehat dimana kondisi emosional, psikologi, dan sosial dapat terlihat dari interaksi dengan orang lain atau hubungan interpersonal yang mampu memberikan kepuasan dalam melakukan interaksi dengan orang lain. Seorang di katakan sehat jiwa apabila mampu mengendalikan diri dengan selalu berpikir positif dalam menghadapi stresor lingkungan tanpa adanya tekanan baik fisik, dan psikologi sehingga mampu bekerja secara produktif dan

mampu berperilaku adaptif. Sebaliknya seseorang dikatakan gangguan jiwa apabila mampu menjalankan peran dalam melakukan hubungan interpersonal yang memuaskan atau dapat dilakukan adanya keterbatasan hubungan antara individu dan lingkungan sekitarnya. (Purwasih 2016)

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO, (*World Health Organization*) pada tahun 2019, terdapat 264 juta orang mengalami depresi, 45 juta orang menderita gangguan bipolar 50 juta orang mengalami demensia, dan 20 juta orang jiwa mengalami skizofrenia, . Meskipun prevalensi skizofrenia tercatat dalam jumlah yang *relative* lebih rendah dibandingkan prevalensi jenis gangguan jiwa lainnya berdasarkan *National Institute of Mental Health* (NIMH), Skizofrenia merupakan salah satu dari 15 penyebab besar kecacatan di seluruh dunia, orang dengan skizofrenia memiliki kecenderungan lebih besar peningkatan resiko bunuh diri (NIMH, 2019)

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada 2018 menunjukkan gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 6.1% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1.7 per 1000

penduduk. Kemudian pada tahun 2013 Riset Kesehatan Dasar di Provinsi Jawa Barat mengemukakan bahwa analisa pada 40 juta jiwa penduduk Jawa Barat didapatkan sekitar 64 ribu jiwa pernah mengalami gangguan jiwa berat (Depkes, 2013)

Dinas kesehatan Kabupaten Garut melaporkan terdapat 2.292 orang dengan gangguan jiwa, yang paling banyak terjadi di Garut sebelah utara. Beberapa faktor yang menjadi penyebab dari gangguan jiwa ini diakibatkan oleh salah satunya ekonomi yang rendah, keturunan, tingkat stres yang tinggi, dan kekerasan pada rumah tangga maupun pada anak.

Berikut ini hasil dari rekam medik di Puskesmas Tarogong, jumlah persoalan gangguan jiwa pada bulan Juli 2020 sampai dengan bulan Desember 2021 dapat dilihat dari tabel berikut ini :

Tabel 1.1

**Jumlah masalah keperawatan jiwa di wilayah kerja
Puskesmas Tarogong Periode Bulan Juli 2022**

No	Diagnosa Penyakit	Frekuensi
1	Halusinasi	17
2	Harga Diri Rendah	7
3	Defisit Perawatan Diri	5
4	Resiko Perilaku Kekerasan	2

(Sumber : Puskesmas Tarogong)

Berdasarkan tabel di atas, di hasilkan data pada bulan Juli 2022 tercatat jumlah pasien Harga Diri Rendah 7 orang. Hal ini terjadi karena kurangnya dukungan serta perhatian dari keluarga dan masyarakat penderita yang di perlukan demi tercapainya upaya peningkatan kesehatan jiwa, yang apabila tidak segera diatasi maka akan menimbulkan gejala atau permasalahan baru.

Skizofrenia merupakan salahsatu gangguan jiwa yang ada di indonesia. Menurut (Videbeck, 2015) Skizofrenia merupakan gangguan psikiatrik yang ditandai dengan disorganisasi pola pikir dimanifestasikan dengan masalah komunikasi. Gejala skizofrenia meliputi gejala positif dan negatif. Gejala positif mencakup delusi, halusinasi, sedangkan gejala negatif seperti apatis, afek datar, hilangnya minat atau ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas rutin, kemiskinan isi pembicaraan, gangguan dalam hubungan sosial, ditemukan pada pasien dengan harga diri rendah (Rahayu & Daulima, 2019)

Harga Diri Rendah adalah suatu kondisi dimana individu menilai dirinya atau kemampuan dirinya negatif atau suatu perasaan menganggap dirinya sebagai seseorang yang tidak berharga dan tidak dapat bertanggung jawab atas kehidupannya sendiri (Nurhalimah, 2016)

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan jiwa harga diri rendah merupakan masalah yang serius. Berdasarkan masalah yang ada, maka penulis menganggap penting untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul

“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Tn.R dengan Gangguan Skizofrenia Konsep Diri : Harga Diri Rendah Di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut”

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.R dengan gangguan skizofreni konsep diri : harga diri rendah di wilayah puskesmas Tarogong kecamatan Kabupaten Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melaksanakan Pengkajian keperawatan pada pasien Tn. R dengan Gangguan Skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Tarogong kabupaten Garut
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. R dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Tarogong kabupaten Garut.

- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah di tentukan pada pasien Tn. R dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.
- d. Melakukan tindakan asuhan keperawatan yang direncanakan untuk membantu memecahkan masalah yang dihadapi pasien Tn. R dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Tarogong kabupaten Garut.
- e. Mengevaluasi hasil tindakan yang sudah di lakukan terhadap Tn. R dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Tarogong kabupaten Garut.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada Tn. R dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Tarogong kabupaten Garut.

C. Metode Telaahan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan Tn. R yang terdiri dari pengkajian, perencanaan,

implementasi, dan evaluasi. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut :

1. Wawancara

Data yang penulis dapatkan salah satunya dengan teknik wawancara yang dilakukan langsung pada klien, perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang mengetahui tentang riwayat kesehatan lain.

2. Observasi

Teknik pengumpulan data melalui pengamatan langsung terhadap klien selama melakukan asuhan keperawatan.

3. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data yang di dapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi yang berkaitan dengan penyakit klien.

4. Studi Kepustakaan

Pengumpulan data yang di dapat melalui referensi buku-buku untuk memperoleh dasar-dasar teori yang berhubungan dengan kasus yang di hadapi.

5. Partisipasi Aktif

Penulis langsung melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Harga Diri Rendah dengan melakukan tindakan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah terdiri 4 BAB yaitu :

Bab I Pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan penulis, metode dan teknik penulisan serta sistematika penulisan

Bab II Tinjauan Teori yang berisi tentang tinjauan teoritis yang menguraikan mengenai landasan teoritis terhadap penyakit dan konsep dasar asuhan keperawatan yang mendukung serta berkaitan dengan judul yang di ambil.

Bab III (Tinjauan Kasus) yang berisi tentang pembahasan, penulis menguraikan proses keperawatan pada pasien Tn. R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia serta menjelaskan tentang pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dan fakta yang ada dengan kasus yang di temukan di Puskesmas Tarogong

Bab IV Kesimpulan yang berisi penutup dan penyusun karya tulis ilmiah ini meliputi kesimpulan dan rekomendasi dari berbagai pihak yang terkait.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia adalah gangguan yang psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran emosi, dan perilaku pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis: persepsi dan perhatian yang keliru: efek datar atau tidak sesuai dan berbagai gangguan aktivitas bizarre (Davidson 2012).

Skizofrenia adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak, atau penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya. Skizofrenia termasuk jenis psikosis yang menempati urutan atas dari seluruh gangguan jiwa yang ada. Skizofrenia juga salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu (Nuraenah, 2014).

Skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikosis yang ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya titik diri (insight). Skizofrenia dapat diartikan gangguan psikosis dan dapat ditemukan gejala gangguan jiwa berat seperti halusinasi, waham, perilaku yang kacau, dan pembicaraan yang kacau, serta gejala negatif (Stahl, 2014).

Skizofrenia adalah sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan perubahan genetik, fisik dan sosial budaya. Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang dirandai dengan gangguan utama pikiran, emosi dan perilaku (Davidson, 2016).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan jiwa proses berpikir, emosi, perilaku sosial, perasaan dan perilaku individu yang tidak sesuai.

b. Jenis-Jenis Skizofrenia

1) Skizofrenia Paranoid

Gejala yang akan ditunjukkan oleh penderita skizofrenia jenis paranoid adalah delusi, halusinasi dan ketidakakuratan bicara. Penderitanya juga akan sulit berkonsentrasi, mengalami penurunan kemampuan berperilaku serta memiliki ekspresi yang datar. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri dan kurang percaya pada orang lain, Jenis Skizofrenia ini sering di mulai pada usia 30 tahun. Permulaannya mungkin sub akut, tetapi mungkin juga akut.

2) Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik adalah jenis skizofrenia yang menyebabkan penderitanya tidak teratur dalam berperilaku dan berbicara. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality, Gangguan seperti mannerism, neologisme atau

perilaku kekanak-kanakan, waham dan halusinasi. Terjadi pada masa remaja atau antara 15 - 25 tahun.

3) Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negative yang lebih menonjol. Gejala negative terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

4) Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik menunjukkan gangguan pergerakan (katatonik). Selain itu kerap meniru perilaku orang lain, tidak mau berbicara dan menunjukan kondisi seperti pingsan. Biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Terjadi antara usia 15 sampai 30 tahun.

5) Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

c. Etiologi

Beberapa faktor penyebab Skizofrenia dalam Nanda NIC NOC 2015:

1) Keturunan

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

2) Metabolisme

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

3) Susunan saraf pusat

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

d. Tanda dan Gejala

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 bagian yaitu gejala negatif dan positif

1) Gejala Negatif

Klien dengan skizoprenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup membuat klien menjadi orang malas. Karena klien skizoprenia hanya memiliki

energy yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizoprenia menjadi datar. Klien skizoprenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa klien skizoprenia tidak bisa merasakan perasaan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Depresi tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagiandari hidup klien skizoprenia. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta. Perasaan depresi adalah sesuatu yang sangat menyakitkan. Disamping itu, perubahan otak secara biologis juga memberi andil dalam depresi. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien skizofrenia menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus, skizofrenia menyerang manusia usia muda antara 15-30 tahun, tetapi serangan kebanyakan terjadi pada usia 40 tahun keatas. Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras maupun tingkat social ekonomi. Diperkirakan penderita skizofrenia sebanyak 1% dari jumlah manusia yang ada di bumi.

2) Gejala Positif

Penyesatan pikiran atau delusi adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya pada penderita skizoprenia. Lampu tartik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamat-amati, diintai atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Karena klien dengan skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara dan serampangan tidak secara bisa dianggap logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidak mampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau bahkan berbicara sendiri dengan keras tanpa memperdulikan sekelilingnya.

Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siap dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia. Dia juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada, dan sebagainya.

2. Harga Diri Rendah

a. Definisi

Harga diri rendah adalah perasaan negatif terhadap diri sendiri termasuk kehilangan rasa percaya diri, tidak berharga, tidak berguna, tidak berdaya, pesimis, tidak ada harapan dan putus asa (Nurarif & Kusuma, 2015)

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri (Yosep & Sutini, 2014)

Harga diri rendah adalah suatu kondisi dimana individu menilai dirinya atau kemampuan dirinya negatif atau suatu perasaan menganggap dirinya sebagai seseorang yang tidak berharga dan tidak dapat bertanggung jawab atas kehidupannya sendiri (Nurhalimah, 2016)

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Harga Diri Rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif

terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan.

b. Etiologi

Menurut NANDA (2015) faktor yang mempengaruhi harga diri rendah meliputi faktor Predisposisi dan faktor Presipitasi yaitu:

1) Faktor Predisposisi

- a) Faktor yang mempengaruhi harga diri rendah meliputi penolakan dari orang tua, seperti tidak dikasih pujian, dan sikap orang tua yang terlalu mengekang, sehingga anak menjadi prustasi dan merasa tidak berguna lagi serta merasa rendah diri.
- b) Faktor yang mempengaruhi harga diri rendah juga meliputi ideal diri seperti dituntut untuk selalu berhasil dan tidak boleh berbuat salah, sehingga anak kehilangan rasa percaya diri.

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi ditimbulkan dari sumber internal dan eksternal misalnya ada salah satu anggota yang mengalami gangguan mental sehingga keluarga meras malu dan rendah diri. Pengalaman traumatik juga dapat menimbulkan harga diri rendah seperti penganiayaan seksual, kecelakaan yang

menyebabkan seseorang dirawat di rumah sakit dengan pemasangan alat bantu yang tidak nyaman baginya.

c. Rentang Respon

Tabel 2.1

Rentang Respon Harga Diri Rendah

Rentang Adaftif			Respon Maladaftif	
Aktualisasi diri	Konsep Diri positif	Harga diri rendah	Keracunan identitas	Depersonalisasi

Keterangan :

- 1) Aktualisasi diri : Pernyataan konsep diri positif dengan pengalaman sukses.
- 2) Konsep diri positif : Mempunyai pengalaman positif dalam perwujudan dirinya.
- 3) Harga diri rendah : Perasaan yang negatif pada diri sendiri, hilangnya percaya diri, tidak berharga lagi, tidak berdaya, dan pesimis.
- 4) Keracunan identitas : Kegagalan seseorang untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa anak-anak.
- 5) Dipersonalisasi : Perasaan sulit membedakan diri sendiri dan merasa tidak nyata dan asing.

d. Tanda dan Gejala

- 1) Mengejek dan mengkritik orang lain
- 2) Sulit bergaul

- 3) Tidak menerima pujian
- 4) Penolakan terhadap kemampuan sendiri
- 5) Lebih banyak menunduk
- 6) Tidak berani menatap lawan bicara
- 7) Bicara lambat dengan nada suara lemah (Yosep, 2016)

e. Penatalaksanaan

Menurut NANDA 2015 terapi yang dapat diberikan pada penderita Harga Diri Rendah yaitu:

1) Psikoterapi

Terapi ini digunakan untuk mendorong klien bersosialisasi lagi dengan orang lain. Tujuannya agar klien tidak menyendiri lagi karena jika klien menarik diri, klien dapat membentuk kebiasaan buruk lagi.

2) Therapy Aktivitas Kelompok

Terapi ini sangat relevan untuk dilakukan pada klien harga diri rendah. Tetapi aktivitas kelompok ini dilakukan dengan menggunakan stimulasi atau diskusi untuk mengetahui pengalaman atau perasaan yang dirasakan saat ini dan untuk membentuk kesepakatan persepsi atau penyelesaian masalah.

3. Tahapan-tahapan Proses Keperawatan

1) Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan, pada tahap ini semua data informasi tentang klien yang dibutuhkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari keluhan utama, pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien, data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual, data pada pengkajian keperawatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki pasien (Stuart dan Laria dalam Prabowo, 2014)

a. Identitas Klien

Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, pendidikan, status mental, suku atau bangsa, tanggal pengkajian.

b. Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

c. Alasan Terjadinya Gangguan Jiwa

Mengkaji tentang alasan terjadinya gangguan jiwa, pada umumnya klien sakit dengan gejala-gejala pada tahap awal, yaitu : tidak bisa mengontrol emosi, klien mulai mengamuk, mencederai diri sendiri, orang lain atau lingkungan.

Umumnya faktor pencetus pasien dengan harga diri rendah adalah sebagai berikut :

1) Faktor Presipitasi

- a) Faktor presipitasi dapat disebabkan oleh faktor ketegangan peran, konflik peran, peran yang tidak jelas, peran berlebihan, perkembangan transisi.
- b) Situasi transisi peran.
- c) Transisi peran sehat-sakit, disebabkan oleh : kehilangan bagian tubuh, perubahan ukuran dan bentuk, perubahan fisik, proses pengobatan dan perawatan.
- d) Ancaman fisik.

2) Faktor Predisposisi

- a) Faktor yang mempengaruhi harga diri, termasuk penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis.
- b) Faktor yang mempengaruhi penampilan peran.
- c) Faktor yang mempengaruhi identitas diri.

d. Pemeriksaan Fisik

- a) Ukur dan observasi tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan klien.
- b) Ukur tinggi badan dan berat badan klien.
- c) Tanyakan apakah berat badan klien naik atau turun

- d) Tanyakan kepada klien apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien atau tidak.

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh.

2) Konsep Diri

Konsep diri terdiri dari 6 komponen yaitu :

a) Citra diri/ tubuh

Mengkaji tentang sikap, persepsi, keyakinan dan pengetahuan individu secara sadar atau tidak sadar terhadap tubuhnya yaitu ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang kontak secara terus menerus (anting, make up, kontak lensa, pakaian, kursi roda) dengan tubuh.

b) Ideal diri

Persepsi individual tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan atau nilai pribadi tertentu pada pasien dengan gangguan ideal diri yaitu terlalu tinggi, sukar dicapai dan tidak realistis, ideal diri yang samar dan tidak jelas dan cenderung menuntut.

c) Harga diri

Penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. Pada pasien gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai pemasan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan.

d) Peran diri

Seperangkat perilaku yang di harapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok sosial. Pada pasien gngguan pertampilan peran adalah berubah atau terhenti fungsi peran yang disebabkan oleh penyakit proses menua, putus sekolah, putus hubungan kerja.

e) Identitas diri

Kekaburan atau ketidakpastian memandang diri sendiri. Penuh dengan keraguan, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan.

f. Status Mental

1) Penampilan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah penampilannya tidak rapi, tidak sesuai karena kurang minta untuk melakukan perawatan diri. Kemudian dalam tingkat

kebersihan dan kerapian dapat merupakan tanpa adanya depresi atau skizofrenia.

2) Alam perasaan

Pasien biasanya merasa tidak mampu dan pandangan hidup yang pesimis.

3) Afek

Afek pasien biasanya tumpul yaitu klien tidak mampu berespon bila ada stimulus emosi yang beraksi.

4) Proses pikir

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

5) Tingkat kesadaran

Biasanya tingkat kesadaran pasien stupor (gangguan motorik seperti ketakutan, gerakan yang di ulang-ulang, anggota tubuh klien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama tetapi klien menyadari semua yang terjadi di lingkungannya).

6) Memori

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

7) Tingkat Konsentrasi Berhitung

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

8) Isi Pikir

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

g. Hubungan Sosial

1) Orang yang berarti

Kaji siapa yang berarti dalam kehidupan klien, tempat, menceritakan masalah, meminta bantuan dan dorongan.

2) Lingkungan

Kaji lingkungan bagaimana yang membuat klien merasa lebih tenang.

3) Arti keluarga

Kaji apakah klien memiliki arti bagi keluarga atau sebaliknya.

4) Konflik keluarga

Kaji adakah konflik keluarga yang dapat menyebabkan klien mengalami gangguan jiwa dan cara mengatasinya.

5) Aktivitas dimasyarakat

Sejauh mana klien dapat terlihat atau bersosialisasi dengan masyarakat.

6) Seksualitas

Kaji tentang kemampuan klien terhadap jenis kelaminnya. Bisa saja klien yang belum menikah merasa tidak berharga lagi karena orang lain mengasingkan.

7) Spiritual

Kaji spiritual klien, apakah klien dirumah suka melaksanakan ibadah atau tidak.

h. Kebutuhan sehari-hari

1) Makan

a) Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam, (suka/tidak suka/pantang) dan cara makan.

b) Observasi kemampuan pasien dalam menyiapkan dan membersihkan alat.

2) BAB/BAK

Observasi kemampuan pasien untuk BAB/BAK

a) Menggunakan dan membersihkan wc

b) Membersihkan diri dan merapikan pakaian

3) Mandi

a) Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur rambut.

b) Observasi diri dan merapihkan pakaian.

4) Berpakaian

a) Observasi kemampuan pasien dalam mengambil, memilih dan menungganakan pakaian dan alas kaki.

b) Observasi penampilan dandanan pasien.

c) Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian.

d) Nilai kemampuan yang harus dimiliki pasien, mengambil, memilih dan mengenakan pakaian.

5) Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan tentang :

a) Lama dan waktu tidur siang atau malam

b) Persiapan sebelum pergi tidur seperti : menyikat gigi, mencuci kaki, dan berdoa

c) Aktivitas sesudah tidur seperti merapihkan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi

6) Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang :

- a) Penggunaan obat : frekuensi jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian
- b) Reaksi obat

7) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada pasien dan keluarga :

- a) Apa, bagaimana, kapan dan kemana perawatan lanjut
- b) Siapa saja system pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi dan lembaga pelayanan masyarakat)

8) Aktivitas didalam rumah

Tanyakan kepada pasien dan keluarga tentang :

- a) Merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan
- b) Merapihkan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel)
- c) Mencuci pakaian sendiri
- d) Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari

9) Aktivitas diluar rumah

Tanyakan kemampuan pasien :

Belanja untuk keperluan sehari-hari

a) Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum listrik, atau telpon, kantor pos dan bank)

i. Mekanisme koping

Data didapat melalui wawancara pada pasien atau keluarganya, beri tanda ceklis pada kotak koping yang dimiliki pasien, baik adaptif maupun maladaptif

j. Masalah psikososial dan lingkungan

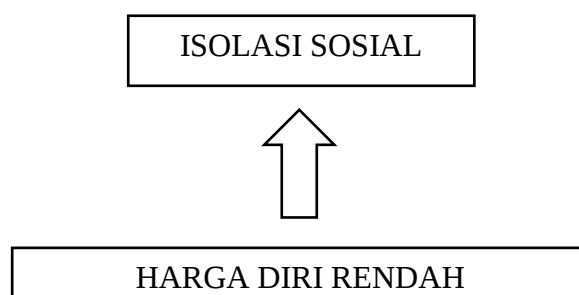
Data didapatkan melalui wawancara pada pasien atau keluarganya, pada tiap masalah yang dimiliki pasien yang spesifik, singkat dan jelas.

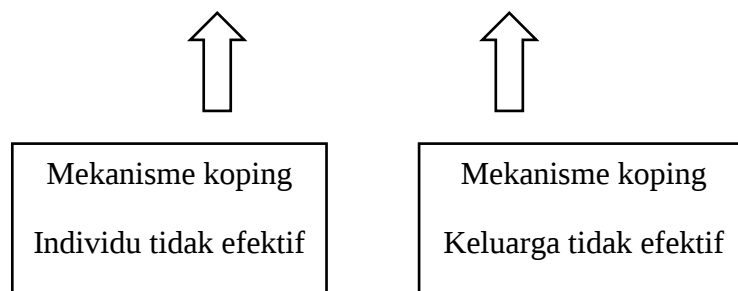
4. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah (Sutejo, 2016)

Pohon Masalah

Berdasarkan hasil pengkajian dapat dibuat pohon masalah sebagai berikut :





Gambar 2.1 pohon masalah

3) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberi intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah (Dermawan & Rusdi, 2013)

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

- a. Harga Diri Rendah
- b. Koping Individu tidak efektif
- c. Isolasi sosial
- d. Defisit perawatan diri

4) Intervensi Keperawatan

Tujuan Umum : Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara optimal

Tujuan Khusus :

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki oleh klien
- c. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan
- d. Membantu klien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuannya
- e. Melatih klien sesuai dengan kegiatan yang dipilih berdasarkan rencana yang dibuat
- f. Keluarga menjadi sistem pendukung yang efektif bagi klien

Tabel 2.2

Intervensi dan rasional tindakan

KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
Setelah 1x interaksi, klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat : - Ekspresi wajah cerah, tersenyum - Mau berkenalan - Ada kontak mata	SP 1 : Bina hubungan saling percaya - Mengucapkan salam terapeutik. Sapa klien dengan ramah - Berjabat tangan dengan klien

- Bersedia menceritakan perasaan - Bersedia mengungkapkan masalah	- Perkenalkan diri dengan sopan - Tanyakan nama lengkap klien - Jelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Tunjukkan sikap empati pada klien
Setelah 2x interaksi, klien menyebutkan aspek positif yang dimiliki klien, seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat lingkungan klien	SP 2 : - Diskusikan dengan klien bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan yang dimiliki klien - Bersama klien buat daftar tentang aspek positif, seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga dan dan lingkungan terdekat klien - Hindarkan memberi penilaian negatif - Beri pujian yang realistis atas kemampuan klien
Setelah 2x interaksi, klien menyebutkan kemampuan yang dimilikinya yang dapat dilaksanakan	SP 3 : - Diskusikan dengan klien tentang kemampuan yang masih dapat digunakan

	selama sakit - Bantu klien menyebutkannya dan beri penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien - Perhatikan respon yang kondusif serta jadilah pendengar yang aktif
Setelah 1x evaluasi, klien dapat merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya	- Tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi dan kondisi - Rencanakan bersama klien suatu aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan klien - Beri contoh kegiatan yang boleh dilakukan
Setelah 1x interaksi klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat	- Berdiskusi dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan yang telah dipilih klien yang akan dilatihkan. - Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan kegiatan yang telah direncanakan - Pantau kegiatan yang telah dihasilkan

	- Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang - Memotivasi klien untuk memasukan kegiatan yang telah dilakukan kedalam jadwal kegiatan harian
Klien memanfaatkan sistem yang ada di keluarga	- Beri pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah - Diskusikan dengan keluarga memberikan dukungan dan motivasi klien dalam melakukan kegiatan yang sudah dilatih klien selama dirawat - Bantu klien menyiapkan lingkungan di rumah - Anjurkan keluarga untuk mengamati perkembangan perubahan perilaku klien.

5) Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan menurut Haryanto (2017), adalah kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat

melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan juga serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

6) Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan S.O.A.P yaitu subjektif, objektif, analisa, perencanaan pada klien dan perencanaan pada perawat. Evaluasi dibagi menjadi 2 tahap yaitu evaluasi proses atau pormatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan khusus dan umum yang ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir :

- S : respon subjektif terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- O : respon objektif terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- A : analisa ulang atas data objektif & subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul atau masalah baru atau ada kontra indikasi dengan masalah yang ada
- P : perencanaan atau tindakan berlanjut berdsarkan hasil pada repon klien

Rencana tindak lanjut dapat berupa :

- a) Rencana teruskan, jika masalah tidak berubah.
- b) Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijelaskan tapi hasil belum memuaskan.
- c) Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa dibatalkan.
- d) Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Nama	: Tn.R
Umur	: 28 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Jati Indah
Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: -
Tanggal Pengkajian	: 18 November 2021

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny.N
 Umur : 55 tahun
 Alamat : Kp. Jati Indah
 Agama : Islam
 Pekerjaan : IRT
 Hubungan dengan klien : Anak

b. Awal penyebab terjadinya gangguan jiwa

Keluarga klien mengatakan Tn. R mulai terkena gangguan jiwa 7 tahun yang lalu. Klien ditinggalkan oleh kekasihnya klien sering menyendiri di rumah dan hanya berdiam rumah. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 18 November 2021 klien mengatakan dirinya malu jika bertemu dengan orang lain, klien juga mengatakan merasa tidak berguna karena ditinggal oleh kekasihnya dan tidak bisa bekerja seperti dulu.

c. Faktor Predisposisi

1) Riwayat gangguan jiwa dahulu

Klien belum pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya

2) Pengobatan sebelumnya

Pengobatan hanya dilakukan di puskesmas dan mendapat terapi obat

3) Pengalaman tidak menyenangkan sebelumnya

Klien mengatakan tidak mengalami masalah yang tidak menyenangkan

4) Anggota keluarga yang pernah gangguan jiwa

Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 120/90 mmHg

Respirasi : 20 x/menit

Nadi : 93 x/menit

Suhu : 36,5

2) Tinggi badan : 167 cm

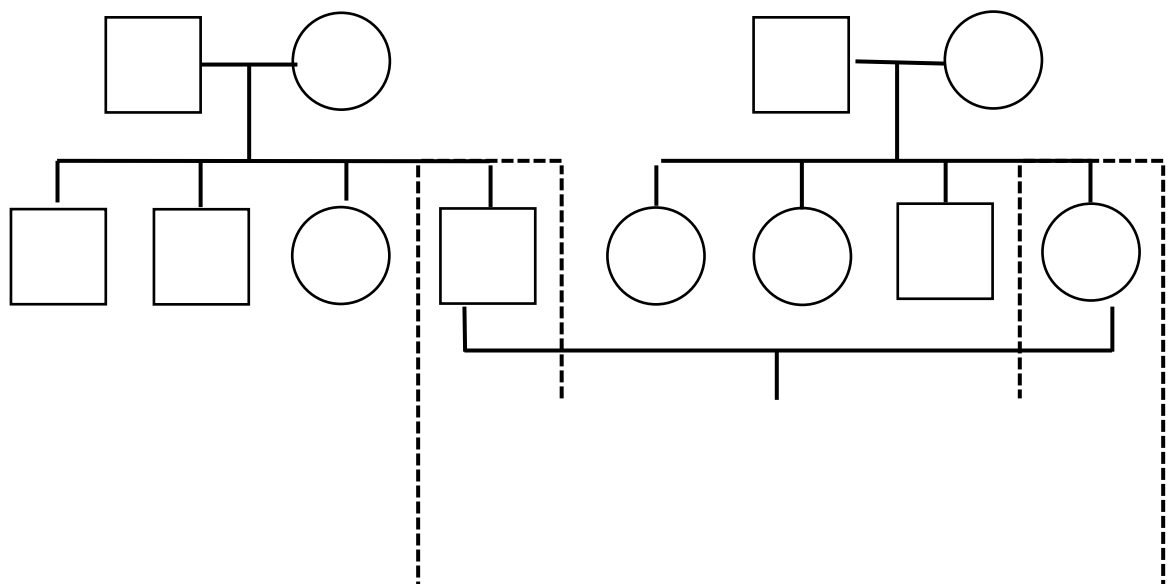
3) Berat badan : 70 kg

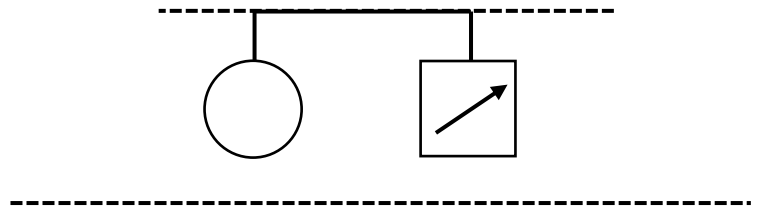
4) Keluhan fisik :

Pada saat dilakukan pengkajian tidak ada keluhan fisik pada klien

e. Psikososial

1) Genogram





Keterangan :



: Laki- laki



: Perempuan



: Meninggal



: Garis keturunan



: Tinggal serumah



: Klien

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya.

b) Identitas Diri

Klien mengetahui namanya adalah “Tn.R”. Klien mengatakan dirinya laki-laki yang belum menikah

c) Peran Diri

Klien mengatakan ia sebagai anak ke 1

d) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin bekerja.

e) Harga Diri

Klien mengatakan malu jika bertemu dan berinteraksi dengan orang lain.

3) Hubungan Sosial

a) Orang Terdekat

Klien mengatakan orang terdekatnya adalah kedua orang tuanya.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Klien mengatakan tidak berinteraksi dengan tetangga.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan malu saat berinteraksi dan bertemu dengan orang lain

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah

4) Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam.

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan sering shalat tetapi shalatnya tidak sampai full 5 waktu.

f. Status Mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan cukup baik seperti biasanya.

2) Aktivitas Motorik

Klien lebih banyak menunduk, sering menyendiri, klien tampak lesu dan lemas.

3) Alam Perasaan

Alam perasaan klien terlihat gelisah.

4) Afek

Labil, bicara klien lambat, ekspresi wajah datar.

5) Interaksi Selama Wawancara

Kontak mata kurang karena klien sering menunduk, klien menjawab seadanya jika ditanya.

6) Persepsi

Klien mengatakan tidak pernah mendengar dan melihat bayangan apapun.

7) Proses Pikir

Pembicaraan yang di ulang berkali-kali.

8) Isi Pikir

Pada saat dikaji tidak ada waham.

9) Tingkat Kesadaran

Klien tampak bingung dan gelisah saat dikaji.

10) Memori

Klien mampu menjelaskan/menceritakan kejadian di masa lalu dan yang baru terjadi.

11) Tingkat Konsentrasi Berhitung

Klien tidak dapat berhitung dalam perkalian sederhana.

12) Kemampuan Penilaian

Untuk kemampuan klien bisa melakukan penilaian mana yang harus dilakukan lebih dahulu seperti makan cuci tangan dulu.

13) Daya Tarik Diri

Klien menyadari bahwa dirinya mempunyai masalah/sakit.

g. Kebutuhan Sehari-hari

1) Makan

Klien mengatakan makan 3x sehari dan makan sendiri tanpa bantuan

2) BAB/BAK

Klien bab 2x/hari, bak kurang lebih 4 kali sehari, secara mandiri

3) Mandi

Klien mengatakan mandi 2 kali sehari (pagi dan sore), gosok gigi setiap mandi, tanpa bantuan.

4) Berpakaian/Berhias

Klien mampu mengenakan pakaian secara mandiri.

5) Istirahat/Tidur

Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari.

6) Penggunaan Obat

Klien mengatakan minum obat secara teratur.

7) Pemeliharaan Kesehatan

Klien melakukan pemeriksaan kesehatan ke puskesmas 1 bulan sekali.

8) Aktifitas di Dalam Rumah

Klien mengatakan melakukan aktivitas diluar rumah membersihkan halaman.

h. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien malu bertemu dengan orang lain

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

i. Aspek Medis

1) Thrapy

- Haloperidol 2x1 5 mg
- Thrihexphenidyl 2x1 2 mg
- Chlorpromazine 2x1 25 mg

j. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah

2. Analisa Data

Tabel 3.1

No	Data Penunjang	Masalah Keperawatan
----	----------------	---------------------

1	DS : - Klien mengatakan pasrah terhadap hidupnya - Klien mengatakan malu jika bertemu dengan orang lain - Klien mengatakan sering menyendiri di rumah - Klien mengatakan tidak berguna karena ditinggal kekasihnya tidak bisa bekerja seperti dulu DO : - Klien terlihat lesu dan berdiam diri - Kontak mata kurang - Sering menunduk karena malu - Klien lebih banyak diam	Harga Diri Rendah
---	---	-------------------

Diagnosa Keperawatan

- 1) Harga Diri Rendah
3. Perencanaan Keperawatan

Nama : Tn. R Tempat :Kp. Jati indah

Umur : 28 tahun Diagnosa : Harga Diri Rendah

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tabel 3.2

Proses Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Implementasi	Evaluasi
Harga Diri Rendah	Setelah dilakukan interaksi selama 2x24 jam harga diri menurun dengan kriteria hasil:	Observasi : - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik	19 November 2021 Observasi - Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku	S : - Klien malu berinteraksi dengan perawat - Keluarga klien mengatakan klien

	- Penilaian diri positif meningkat - Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif - Minat mencoba hal baru - Kontak mata meningkat - Perasaan malu menurun	- Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku - Jadwalkan kegiatan terstruktur - Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan - Bicara dengan nada rendah dan tenang - Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku - Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan Edukasi - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif	Terapeutik - Mendiskusikan tanggung jawab terhadap perilaku - Menjadwalkan kegiatan terstruktur - Meningkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan - Berbicara dengan nada rendah dan tenang - Memberi penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku - Menghindari sikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan Edukasi - Menginformasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan	jarang berinteraksi dengan orang lain - Klien mengatakan tidak percaya diri O : - Klien sesekali melakukan kontak mata - Klien masih terlihat malu - Klien menunduk saat diajak bicara A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi
--	--	---	---	---

			kognitif	
--	--	--	----------	--

4. Catatan Perkembangan

Nama : Tn. R Tempat : Kp. Jati indah
 Umur : 28 tahun Diagnosa : Harga Diri Rendah
 Jenis Kelamin : Laki-laki

Tabel 3.3**Catatan Perkembangan**

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	22-11-2021	Harga Diri Rendah	SP 1 S : - Klien dapat mengatakan kemampuan yang dimilikinya - Klien mengatakan berfikir harus positif jangan berfikir jelek - Klien mengatakan bisa merapihkan tempat tidur O : - Klien mau berdampingan dengan perawat - Klien mampu merapihkan tempat tidur A : Harga Diri Rendah P : - Identifikasi harapan untuk mengendalikan	Ridha

			perilaku - Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku - Jadwalkan kegiatan terstruktur - Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan - Bicara dengan nada rendah dan tenang - Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku - Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif I : - Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku - Mendiskusikan tanggung jawab terhadap perilaku - Menjadwalkan kegiatan terstruktur - Meningkatkan aktivitas	
--	--	--	---	--

			fisik sesuai kemampuan - Berbicara dengan nada rendah dan tenang - Memberi penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku - Menghindari sikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan - Menginformasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif E : SP 1 teratasi R : Lanjut SP 2	
	23-11-2021	Harga Diri Rendah	SP 2 S : - Klien mengatakan aspek positif yang dimiliki klien adalah giat dalam merapihkan tempat tidur O : - Klien merapihkan tempat tidur dengan baik A : - Harga Diri Rendah SP 2 P :	Ridha

			- Diskusikan untuk melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien - Beri kesempatan kepada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan - Beri pujian atas keberhasilan klien - Masukkan kedalam jadwal harian I : - Mendiskusikan untuk melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan klien - Memberi kesempatan kepada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan - Memberi pujian atas keberhasilan klien - Memasukan kedalam jadwal harian E : SP 2 teratasi R : Evaluasi SP 1 dan SP 2	
--	--	--	--	--

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Pada studi kasus ini fokus pengkajian pada klien harga diri rendah yaitu keluhan utama, faktor predisposisi, psikososial dan status mental, pada klien didapatkan data yaitu keluhan utama :

Keluarga klien mengatakan Tn. R mulai terkena gangguan jiwa 7 tahun yang lalu. Klien ditinggalkan oleh kekasihnya klien sering menyendiri di rumah dan hanya berdiam rumah. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 18 November 2021 klien mengatakan dirinya malu jika bertemu dengan orang lain, klien juga mengatakan merasa tidak berguna karena ditinggal oleh kekasihnya dan tidak bisa bekerja seperti dulu. Pada faktor predisposisi diperoleh data klien tidak pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu . klien tidak pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan. Pada data psikososial gambaran diri Tn. R mengatakan tidak ada salah satu anggota tubuhnya yang paling disukai, identitas diri klien merupakan seorang laki-laki berusia 28 tahun peran dini klien berperan sebagai anak ke 1 dan kini klien hanya beraktivitas dirumah saja, ideal diri klien mengatakan dirinya ingin bekerja, harga diri klien mengatakan dirinya tidak berguna dan bermakna. Pada status mental alam perasaan klien sedih, interaksi selama wawancara kontak mata klien kurang, penampilan klien cukup rapi dan bersih.

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan yaitu dengan pengelompokan data yang terdiri dari faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor dan kemampuan koping yang dimiliki untuk menghadapi permasalahan yang dialami dalam pengkajian terdapat dua faktor yang mempengaruhi terjadinya harga diri rendah yaitu faktor predisposisi adalah suatu perubahan yang disebabkan oleh ideal diri yang tidak realistis terjadi ketergantungan dan penolakan terhadap orang lain, tidak memiliki tanggung jawab personal, mengalami kegagalan berulang kali. Sedangkan faktor presipitasi adalah suatu perubahan penampilan, bentuk tubuh, kegagalan yang menyebabkan produktifitas). Saat dikaji keluhan utama bingung dan malu karena tidak bekerja (Suemi, 2013).

Konsep diri pada asuhan keperawatan jiwa terdiri dari 5 unsur yaitu gambaran diri, identitas diri, peran diri, ideal diri dan harga diri. Penilaian individu terhadap tubuhnya baik sadar maupun tidak sadar disebut dengan gambaran diri (Purwanto, 2015). Pertahanan individu untuk menghadapi masalah yang dialami oleh individu tersebut adalah mekanisme koping. Dari perbandingan data menurut teori dan data yang ditemukan pada kedua klien tidak ada kesenjangan data dimana seperti yang dijelaskan dalam teori bahwa harga diri rendah berasal dari koping individu yang tidak efektif dimana hal tersebut menyebabkan ideal diri yang tidak realistis.

1. Diagnosa Keperawatan

Pada studi kasus ini rumusan diagnosa keperawatan pada harga diri rendah berdasarkan data-data yang diperoleh selama pengkajian. Berdasarkan data secara garis besar pada Tn. R menemukan data subyektif dan obyektif yang menunjukkan karakteristik Tn. R mengalami harga diri rendah. Ditandai dengan data subyektif Tn. R mengatakan dirinya tidak berguna dan bermakna, keluarga juga mengatakan bahwa klien hanya dirumah saja dan tidak bekerja. Sedangkan data obyektif yang ditemukan pada Tn. R adalah kontak mata klien kurang saat diajak berbicara klien kebanyakan menundukan kepalanya, nada bicara klien lambat dan lemah.

2. Rencana Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan Tn.R selama 3 kali pertemuan klien dapat Setelah dilakukan 3 kali pertemuan klien dapat mengenal kemampuan yang dimiliki, aspek positif keluarga, dan aspek positif lingkungan. klien dapat melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki yang lain.

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan penulis pada studi kasus ini dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun. Pada studi kasus ini implementasi pada klien dan klien 2 adalah strategi pelaksanaan klien pada studi kasus ini implementasiyang telah dilakukan pada klien 1 adalah SP 1 Klien yaitu : binahubungan saling percaya, identifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki, bantu klien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih menetapkan

kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal kegiatan pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian SP 2 Klien: menggali aspek positif yang dimiliki klien (merapikan tempat tidur, menyapu, mencuci piring), SP 3 menilai kemampuan yang telah dilakukan, SP 4 memasukan jadwal kedalam kegiatan harian.

Tindakan keperawatan sesuai teori yang dilakukan yaitu SP didalam SP terdapat bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, komunikasi terapeutik merupakan satu seni menyembuhkan, menyembuhkan individu yang sakit atau membutuhkan pelayanan kesehatan melalui suatu proses interpersonal karena melibatkan interaksi antara dua atau lebih individu dengan tujuan yang sama (Tomey, 2011)

Saat dilakukan implementasi klien tidak mengalami kesulitan klien mampu mengikuti implementasi yang diberikan dengan baik hal ini dikarenakan antara klien dan penulis sudah melakukan bina hubungan saling percaya yang baik sehingga klien memberikan sikap positif dan kepercayaan kepada penulis teori ini diaplikasikan pada klien, tindakan ini dilakukan sebagai awal sebelum penulis melakukan tindakan keperawatan karena kepercayaan membuat klien mau menceritakan lebih detail apa yang dirasakannya dengan lebih nyaman hal tersebut membantu klien untuk memperluas semua aspek kepribadian. Hal ini juga didukung oleh

peran keluarga yang kooperatif mengikuti tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada keluarga

4. Evaluasi

Evaluasi yang didapatkan pada klien setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari adalah klien mampu membina hubungan saling percaya, dengan menunjukkan ekspresi yang bersahabat, kontak mata klien baik saat diajak berbicara tidak terlalu banyak menunduk, klien mampu menilai aspek positif yang ada dalam dirinya, dengan mampu melakukan kegiatan yang sudah dilatih sesuai kemampuan yang masih dimilikinya, klien juga sudah mampu membuat jadwal kegiatan harian dan sudah mampu melakukannya secara mandiri. Berdasarkan tabel observasi juga menunjukkan peningkatan keluarga dalam merawat dengan skor yang meningkat Selama dilakukannya tindakan.

Evaluasi keperawatan adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai hasil dari tindakan keperawatan pada klien dan dilakukan terus menerus pada respon klien menjadi lebih baik atau tidak menggunakan pendekatan SOAP (Muhith. 2015). Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan memberikan kesimpulan dari keseluruhan proses keperawatan yang telah dilakukan dan menunjukkan tujuan yang menghasilkan hal yang positif. Penulis berasumsi keberhasilan dalam evaluasi ini dikarenakan faktor dukungan keluarga dalam merawat klien, selain itu faktor pendidikan juga mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat klien

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn.R dengan Harga Diri Rendah Pada Skizofrenia dari tanggal 18 November 2021 sampai 23 November 2021

1. Penulis dapat melaksanakan pengkajian pada Tn.R dengan harga diri rendah pada skizofrenia. Setelah dilakukan analisa data berdasarkan hasil pengkajian, maka penulis
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian terhadap masalah klien.
3. Penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan pada Tn.R dengan harga diri rendah pada skizofrenia guna mengatasi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan, mencakup penentuan tujuan waktu, rencana keperawatan serta rasional dari setiap perencanaan tindakan.
4. Penulis dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn.R yang mengacu pada rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan diberikan secara langsung kepada klien dan keluarga.
5. Penulis dapat mengevaluasi keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan.

6. Mendokumentasikan hasil dari asuhan keperawatan.

B. Rekomendasi

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn.R dan mengevaluasi status perkembangan kesehatan klien, maka penulis memberikan rekomendasi sebagai berikut :

1. Bagi Puskesmas

Lebih meningkatkan kunjungan rumah yang terjadwal guna meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah harga diri rendah.

2. Bagi Mahasiswa

Diharapkan lebih bersungguh-sungguh dan lebih cermat dalam melihat kebutuhan pasien sehingga dalam pemberian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.R dapat dilakukan dengan tepat sesuai dengan kebutuhan pasien.

3. Bagi Institusi STIKes Karsa Husada Garut

Sebagai bahan tambahan bacaan yang dapat dijadikan sebagai acuan atau referensi dalam pembelajaran di perkuliahan dan institusi. Dan sebagai bahan masukan pengembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya klien dengan Harga Diri Rendah sebagai pertimbangan dan data referensi bagi peneliti sebelumnya.

4. Untuk klien dan keluarga

Diharapkan dapat dijadikan sumber informasi tambahan bagi klien dan keluarga sehingga mendapat pengetahuan lebih tentang apa itu Harga Diri Rendah, penyebab, waktu, tanda gejala, akibat dan cara mencegah Harga Diri Rendah dan juga pentingnya pengobatan dan proses penyembuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Stuart.Gail.W (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa* : Elsever.
- Madalise, Bidjuni, Wowiling. (2015). *Pengaruh Pemberian Pendidikan Keseluruhan pada Pasien Gangguan Jiwa*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI tahun 2018.
- Videbeck, S. L. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Psychiatric Mental Health Nursing)*. Jakarta: ECG.
- Rahayu AN, Daulima NH, Wardhani IY. Pengalaman Orang Dengan Gangguan Jiwa(ODGJ) Paska Pasung dalam Melakukan Rehabilitasi Psikososial. *Heal Nurs J* 2019; 1: 24–32.
- Nurhalimah. 2016. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Yosep, H. I., dan Sutini, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.
- Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10* editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Yosep, I & Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Sutejo. 2016. *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Pustaka Baru.
- Dermawan, R., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Purwanto., (2014), *Evaluasi Hasil Belajar*, Yogyakarta, Pustaka Pelajar.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa(Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

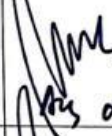
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Nuraenah. (2014). Hubungan Dukungan Keluarga dan Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012. . Jurnal Keperawatan Jiwa. Vol.2, No. 1, 41-50
- Nurariif, A. H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa dan Nanda NIC NOC Jilid 1. Jogjakarta: Mediaction.
- Nurhalimah. 2016. Modul Bahan Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan
- Dermawan, R., & Rusdi. (2013). Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Haryanto. (2017). Kajian Implementasi Pembelajaran Berbasis E-learning dengan Pendekatan Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). Jurnal Khatulistiwa Informatika, V(1), 14–20.

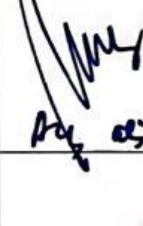
FORMAT BIMBINGAN

Nama : Ridha Hayati Muslimah

NIM : KHGA 19080

Pembimbing : H. Aceng Ali, S.Kep., Ners., M.H.Kes.

Tanggal bimbingan	Materi yang di konsulkan	Catatan pembimbing	paraf
29 Juni 2022	Pengarahan	Mencari data-data Penunjang untuk BAB I	
09 Juli 2022	BAB I	- Perbaiki sistematika Penulisan - Perbaiki ETD - Latar belakang lebih spesifik	
07 Juli 2022	BAB I	- Acc BAB I - konsulkan BAB II	
12 Juli 2022	BAB II	- Perbaiki penulisan sesuai Juknis - Perbaiki rumbar referensi dengan minimal 10 tahun terakhir	
14 Juli 2022	BAB II	- Acc BAB II - konsulkan BAB III	

Tanggal bimbingan	Materi yang di konsulkan	Catatan pembimbing	paraf
18 Juli 2022	BAB III	- Penulisan berdasarkan - lanjutkan BAB IV	 AS
20 Juli 2022	BAB III dan BAB IV	- Acc BAB III - Perbaiki penulisan kesimpulan harus sesuai tujuan	 AS
22 Juli 2022	BAB IV	- Acc BAB IV - KTI siap disajikan	 AS

LAMPIRAN
DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Ridha Hayati Muslimah
Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 20 Desember 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Kp. Babakan Assalam Rt/Rw: 03/01 Ds. Peundeuy
Kec. Peundeuy Kab. Garut

RIWAYAT PENDIDIKAN

MI Al-Mustaqim : 2007-2013
MTs As-salam Peundeuy : 2013-2016
MA Assalam Peundeuy : 2016-2019
STIKes Karsa Husada Garut : 2019-2022