

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.R DENGAN GANGGUAN KONSEP
DIRI : HARGA DIRI RENDAH AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI
KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILAHI ASSANIE GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan
Diploma III Keperawatan Di STIKes Karsa Husada Garut

Oleh :

RIZKI NUGRAHA
KHGA20124



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

2023

LEMBAR PENGESAHAN

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan Konsep Diri :
Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia Paranoid Di Klinik
Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assanie Garut

Nama : Rizki Nugraha

NIM : KHGA20124

Garut, Juli 2023

Karya Tulis Ilmiah Ini telah Disidangkan Dan Dipertanggungjawabkan
Di Hadapan Penguji
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Gin Gin Sugih P., S.Kep.,M.H.Kes.

Tanti Suryawantie, S.Kep.,Ners.,M.H.Kes.

Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing

K.Dewi Budiarti., M.Kep

Wahyudin.,S.Kp.,M.Kes

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

Judul :Asuhan Keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan Konsep Diri :
Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia Paranoid Di Klinik
Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assanie Garut

Nama : Rizki Nugraha

NIM : KHGA20124

Garut, Juli 2023
Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan Tim Penguji
Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

Wahyudin.,S.Kp.,M.Kes

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILAHI ASSANIE GARUT

Nama : Rizki Nugraha

NIM : KHGA2014

IV BAB, Halaman, tabel, Gambar, lampiran.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. R Dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assanie Garut” penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan harga diri rendah, karena harga diri rendah merupakan gejala yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya skizofrenia. Tujuan dari pembuatan karya tulis ini adalah penulis mendapatkan pengetahuan keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, observasi, wawancara dan studi pustaka. Harga diri rendah mencapai keinginan sesuai ideal diri. Tujuan penulisan ini untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan harga diri rendah adalah hilangnya kepercayaan diri merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri Adapun masalah keperawatan yang muncul pada Tn.R yaitu : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan yang terapeutik, memotivasi klien untuk mengenali kemampuan positif yang dimiliki. Penulis mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa klien sudah mampu untuk mengenali serta melakukan kemampuan positif yang dimiliki walaupun dengan dukungan perawat. Maka diharapkan perlunya mendapat dukungan dari berbagai pihak, terutama keluarga yang merupakan faktor pendukung utama.

Kata kunci (*Key word*) : *Asuhan Keperawatan, Harga Diri Rendah, Skizofrenia Paranoid,*

Daftar Pustaka : 19 (2013-2022)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirahim

Assalamualaikum Wr.Wb

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, sholawat serta salam senantiasa dilimpah curahkan kepada junjungan kita Nabi Muhamad SAW, yang mana atas segala Rahmat dan karunianya akhirnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. R DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILAHI ASSANIE GARUT”**

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi D III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Bapak Dr. Hadiat M.A, selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. Suryadi, M.Si, 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, M.Kep selaku ketua program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Wahyudin, S.Kp., M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes, selaku penguji I yang telah berkenan menguji dan memberikan kritik untuk karya tulis ilmiah saya.
7. Ibu Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes, selaku penguji II yang telah berkenan menguji dan memberikan kritik untuk karya tulis ilmiah saya.
8. Seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Program studi D III Keperawatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta memotivasi selama penulis mengikuti Pendidikan.
9. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberikan bantuan dalam penyediaan buku sumber.
10. Seluruh staf dan pimpinan Klinik Nur ilahi Assanie Garut yang telah memberikan izin dan bimbingan.
11. Tn. R Beserta keluarga yang telah bersedia untuk bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan
12. Ayahanda dan Ibunda tercinta Iwan Setiawan dan Eva Rivayanti yang telah memberikan doa, kasih sayang serta perhatian, moril dan materi kepada penulis.

13. Seluruh rekan rekan D III Keperawatan angkatan 27, khususnya kelas C dengan bermacam-macam karakteristik, sifat sehingga memberi pelajaran serta kebersamaan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.

14. Kepada sahabat-sahabat terbaik Windi Mega Aprilianti, Insan Padilah, Yeni Puspitawati, yang telah memberikan motivasi, dukungan penuh serta kebersamaan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini bisa bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya. Akhir kata penulis berharap semoga amalan baik dari berbagai pihak senantiasa mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Ammiinnnn.

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	6
C. Metode Telaah.....	7
D. Sistematika Penulisan	9
BAB II.....	12
TINJAUAN TEORITIS	12
A. Konsep Dasar Penyakit.....	12
1. Konsep Dasar Skizofrenia	12
1) Definisi.....	12
2) Rentang respon Skizofrenia	12
3) Etiologi.....	13
4) Klasifikasi	15
5) Tanda Dan Gejala.....	17
6) Pohon Masalah.....	19
7) Proses Perkembangan Gangguan Skizofrenia.....	19
8) Pemeriksaan Penunjang.....	20
2. Konsep Harga Diri Rendah.....	20
a. Definisi Harga diri rendah.....	20
b. Etiologi.....	22
c. Tanda dan Gejala.....	24

d. Rentang Respon	27
e. Mekanisme Koping Harga Diri Rendah.....	28
f. Penatalaksanaan.....	29
3. Konsep Defisit Perawatan Diri.....	32
a. Definisi	32
b. Etiologi	33
c. Rentang Respon.....	34
d. Tanda dan gejala.....	35
e. Penatalaksanaan.....	36
f. Pohon Masalah.....	36
3) Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Harga Diri Rendah	37
1. Pengkajian	37
2. Diagnosa Keperawatan.....	44
3. Perencanaan Keperawatan.....	44
4. Implementasi Keperawatan	47
5. Evaluasi	48
BAB III.....	50
A. Tinjauan Kasus	50
1. Pengkajian :.....	50
2. Analisa Data	60
3. Pohon Masalah.....	61
4. Diagnosa Keperawatan.....	61
5. Implementasi dan Evaluasi	66
6. Catatan Perkembangan.....	68
B. Pembahasan.....	72
1. Pengkajian.....	72
2. Diagnosa Keperawatan.....	76
3. Perencanaan Keperawatan	76
4. Implementasi.....	77
5. Evaluasi.....	78
BAB IV	80

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	80
A. KESIMPULAN.....	80
B. REKOMENDASI	81
DAFTAR PUSTAKA	82
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	84
LAMPIRAN	86

DAFTAR TABEL

Tabel 1..1 Jumlah Penyakit Gangguan Mental Kabupaten Garut.....	2
Tabel 1..2 Diagnosa Penyakit Klinik nur Ilahi Assanie Garut Januari -April.....	4
Tabel 1..3 Analisa Data	60
Tabel 1..4 Perencanaan keperawatan SIKI 2017	62
Tabel 1.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan	66
Tabel 1.6 Catatan perkembangan.....	68

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPTK Harga Diri Rendah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah sindrom klinis atau pola perilaku yang terkait dengan kesengsaraan atau penderitaan dan menyebabkan keterbatasan dalam satu atau lebih aktivitas dalam kehidupan manusia. Salah satunya termasuk gangguan jiwa dan skizofrenia (Mubin, 2019).

Kesehatan jiwa menurut WHO (*World Health Organization*) adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu untuk menghadapi tantangan hidup serta menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga menyadari kemampuan sendiri.

Menurut World Health Organization (2014), sekitar 35 juta orang menderita depresi, 60 juta jiwa menderita gangguan bipolar, 21 juta jiwa menderita skizofrenia, dan 47,5 juta jiwa menderita demensia. Dalam data Riskesdas 2018 menunjukkan gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun keatas mencapai 6,1 % dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk (Indra Maulana, 2019). Survei Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan prevalensi skizofrenia/psikosis di Indonesia adalah 6,7 per 1000 rumah tangga direktur. Artinya, dari 1000 rumah

tangga, 6,7 rumah tangga memiliki penderita AIDS, skizofrenia/psikosis. Distribusi prevalensi tertinggi terdapat di Bali dan DI Yogyakarta dengan masing-masing 11,1 dan 10,4 per 1.000 rumah tangga ART menderita skizofrenia/psikosis. Secara umum, hasil survei Riskesdas 2018 juga berlaku menemukan bahwa hingga 84,9% penderita skizofrenia/psikosis di Indonesia dirawat. (Pardede, Silitonga & Laia 2020).

Tabel 1.1 Jumlah Penyakit Gangguan Mental Kabupaten Garut

No.	Diagnosa Penyakit	Kode Diagnosa	Jumlah Orang			Jumlah seluruh
			14 th	15-59 Th	≥60 th	
1.	Skizofrenia	F.22	65	1.273	130	1.468
2.	Gangguan Campuran Ansietas dan Depresi	F.32-F.40	72	724	358	1.154
3.	Gangguan Ansietas	F.40	-	494	164	658
4.	Gangguan Psikotik Akut	F.21	-	214	5	219
5.	Gangguan Depresi	F.30-39			3	155
6.	Insomnia	F.51.0			29	139
7.	Gangguan Somatoform	F.45	-	25	24	49
8.	Gangguan Perkembangan	F.80-89	1	26	-	27
9.	Gangguan Penyalahgunaan Napza	F.10	-	25	-	25
10.	Retardasi Mental	F.70-F.79	4	20	-	24

(Kemenkes 2022)

Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa jumlah angka penyakit gangguan mental tertinggi di Kabupaten Garut adalah Skizofrenia Paranoid, Skizofrenia ini menjadi suatu masalah yang harus di selesaikan, guna mewujudkan SDM yang berkualitas dan sehat.

Saat ini, kesehatan mental telah menjadi masalah yang perlu ditangani. Orang Indonesia seringkali mengabaikan pentingnya kesehatan mental. Salah satu gangguan mental yang paling umum adalah skizofrenia.

Skizofrenia adalah psikosis, sejenis penyakit mental yang ditandai dengan gangguan dalam berpikir, emosi, bahasa, harga diri, dan perilaku. Gejala skizofrenia yang paling umum meliputi: 1) halusinasi, atau mendengar, melihat atau merasakan sesuatu yang tidak ada; 2) ilusi, yaitu keyakinan atau kecurigaan yang salah yang tidak dianut oleh orang lain dalam budaya orang tersebut; 3) perilaku abnormal, seperti perilaku tidak teratur, berkeliaran tanpa tujuan, bergumam atau tertawa, terlihat aneh, mengabaikan penampilan pribadi, atau menunjukkan kecerobohan; 4) ucapan tidak teratur, seperti bahasa yang tidak koheren atau tidak berhubungan 5) gangguan emosi yang ditandai dengan sikap apatis atau keterpisahan antara perasaan dan dapat dilihat sebagai ekspresi wajah atau bahasa tubuh (WHO, 2019).

Skizofrenia ditandai dengan gangguan berpikir, emosi, bahasa, kesadaran diri dan perilaku. Pengalaman umum termasuk halusinasi (mendengar suara atau melihat hal-hal yang tidak nyata) dan delusi (salah, keyakinan terus-menerus). Di seluruh dunia, skizofrenia dikaitkan dengan kecacatan parah dan dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk berprestasi dan pendidikannya. Orang dengan skizofrenia dua hingga tiga kali lebih mungkin meninggal lebih awal daripada populasi lainnya. Kondisi ini disebabkan oleh kondisi fisik yang dapat dicegah seperti penyakit kardiovaskular, penyakit metabolik dan infeksi (Laursen et al., 2014).

Menurut Riskedes 2018 Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ke kambuhan penderita skizofrenia dengan halusinasi, termasuk ekspresi

emosi yang familiar tinggi, pengetahuan keluarga kurang, akses pelayanan kesehatan kurang, Pendapatan keluarga dan kepatuhan berobat pada pasien skizofrenia (Pandede,2020)

Ada empat faktor yang berkontribusi terhadap kekambuhan skizofrenia; Faktor pasien yaitu kepatuhan minum obat, faktor caregiver dan faktor dukungan keluarga (Kaplan, 2016). Pengobatan rutin dapat mengurangi eksaserbasi, tetapi penggunaan antipsikotik jangka panjang dapat menyebabkan efek samping piramidal tambahan seperti gerakan yang tidak terkontrol dan rasa kantuk (Raharjo, 2014). Selain komitmen pengobatan, pengetahuan keluarga berperan dalam pencegahan kekambuhan (Fadli, 2017). Pengetahuan keluarga menentukan bagaimana perilaku keluarga pada pasien skizofrenia dan mengevaluasinya secara positif atau negatif (Ronald, 2016).

Berdasarkan data yang didapat dari Klinik Nur Illahi Assanie Garut sendiri, jumlah pasien gangguan jiwa khususnya yang sudah terdiagnosa dari bulan Januari – April

Tabel 1.2 Diagnosa Penyakit Klinik nur Ilahi Assanie Garut Januari - April

No.	Kode Diagnosa	Diagnosa Penyakit	Jumlah (Orang)
1.	F.30.F.31	Gangguan Afektif bipolar	26
2.	F.20.0	Skizofrenia Paranoid	6
3.	F.70 F.79	Retardasi Mental	2
Jumlah			34

Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa angka penyakit tertinggi di Klinik Rehabilitasi Mental Assanie Garut yaitu Gangguan Afektif bipolar, dan Skizofrenia paranoid di urutan ke dua. Skizofrenia merupakan gangguan merupakan gangguan mental yang ditandai dengan adanya gangguan hebat terhadap pikiran, emosi, persepsi, dan tingkah laku. Gangguan ini sering disebut gangguan sebagai suatu gangguan jiwa berat yang memiliki manifestasi besar terhadap penderitanya serta berpengaruh keluarga dan masyarakat di sekitarnya (Lewis, dkk, 2017).

Menurut Yosep (2016) Harga diri rendah merupakan perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri. Harga Diri Rendah adalah perasaan seseorang bahwa dirinya tidak diterima dilingkungan dan gambaran-gambaran negatif tentang dirinya.

Akibat yang ditimbulkan dari penyakit Skizofrenia jika kasus ini tidak ditangani maka di khawatirkan akan meningkat menjadi Halusinasi & Resiko Bunuh Diri, maka dari itu penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dan merasa perlu untuk melakukan Asuhan Keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi, dengan judul **“Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.R Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga**

**Diri Rendah Akibat Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitasi
Mental Nur Illahi Assanie Gar**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan dan memberikan Asuhan Keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek Bio, Psikologi, Sosial dan Spiritual kepada klien dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Penulis

- a. Mampu melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn.R dengan Gangguan konsep Diri: Harga Diri Rendah akibat Skizofrenia Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Garut.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Tn.R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Skizofrenia Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut.
- c. Mampu Menyusun rencana Asuhan Keperawatan pada Tn.R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat

Skizofrenia Paranoid di Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut.

- d. Mampu melaksanakan Tindakan Keperawatan sesuai rencana yang di tetapkan pada Tn.R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Skizofrenia Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil Tindakan keperawatan yang telah di laksanakan pada Tn.R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Skizofrenia Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut.
- f. Mampu Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada Tn.R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Skizofrenia Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut.

C. Metode Telaah

Dalam penulisan Studi Kasus ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berupa laporan kasus asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang komprehensif. Adapun Teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh penulisan adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Biasa juga disebut anamnesa, adalah menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang di rencanakan. Dalam

berkomunikasi ini perawat mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan yang di istilahkan dengan Teknik komunikasi teurapetik.

2. Observasi

Observasi adalah Teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui tatap muka dan tanya jawab antara perawat dan klien. Data yang di kumpulkan melalui observasi yaitu dengan cara melihat atau mengamati langsung keadaan klien baik yang adaptif maupun mal adaptif.

3. Pemeriksaan Fisik

Hal-hal yang dilakukan pada pemeriksaan fisik ini diantaranya memeriksakan tandan-tanda vital dan keadaan umum, sehingga didapatkan data dari pasien yang bisa menimbulkan masalah Kesehatan atau keperawatan pada pasien.

4. Studi Dokumentasi

Data yang diperoleh penulis dari rekam medik atau buku status klien berupa data-data dan catatan yang berhubungan dengan Asuhan Keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Penulis mempelajari buku-buku dari bahan perpustakaan institusi maupun dari internet untuk mendapatkan teori yang berhubungan dengan kasus yang diambil.

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif yaitu penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah secara langsung dengan bimbingan petugas kesehatan lain.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

1. Bab I Pendahuluan, bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.
2. Bab II Tinjauan teoritis, bab ini membahas tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul di atas yang dapat dijadikan acuan pada waktu pembahasan, terdiri dari konsep dasar penyakit, definisi, psikodinamika skizofrenia, psikodinamika Halusinasi, dampak halusinasi terhadap kebutuhan dasar manusia serta membahas tentang proses keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi
3. Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan, dalam bab ini dijelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan melalui tahap pengkajian, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan pada klien dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah. Sedangkan dalam pembahasannya berisi tentang kesenjangan yang ditemukan dan dibandingkan antara pendekatan teoritis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta masalahnya.

4. Bab IV Kesimpulan dan Rekomendasi, dalam bab ini berisikan tentang kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan dan rekomendasi yang bersifat membangun terhadap kesimpulan untuk perbaikan selanjutnya.
5. Daftar Pustaka
6. Lampiran

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Konsep Dasar Skizofrenia

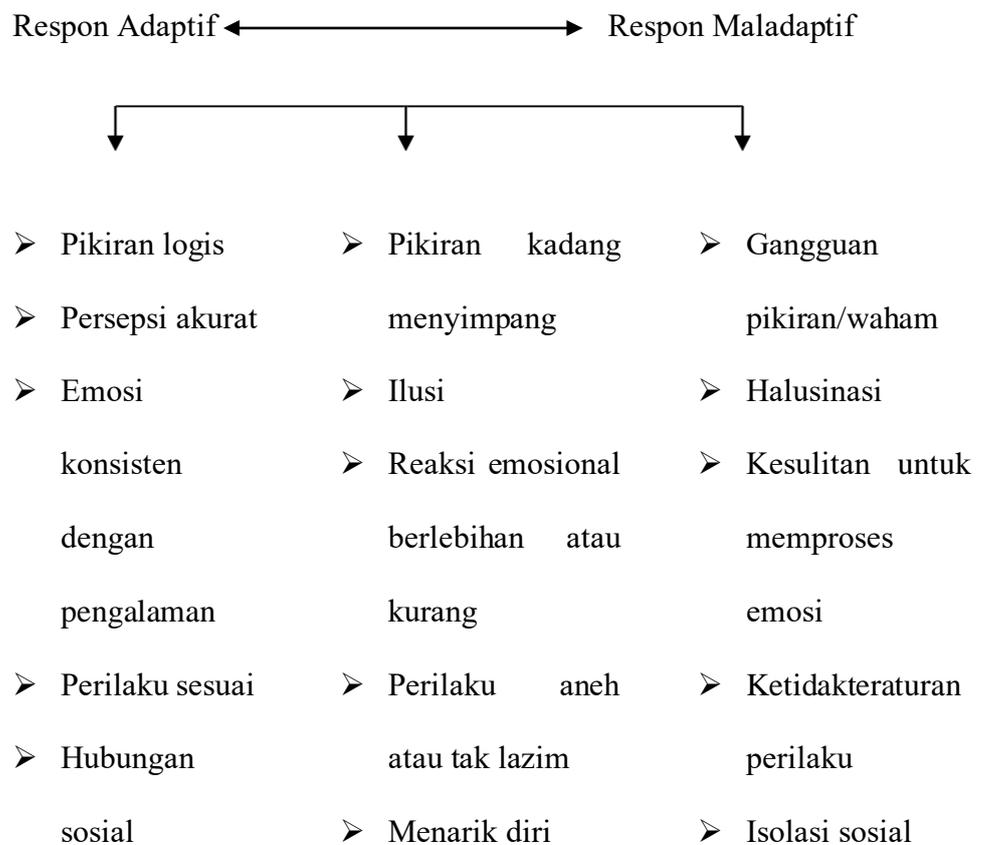
1) Definisi

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan gangguan komunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Pardede, 2019). Salah satu gejala negatif dari skizofrenia adalah perubahan perubahan perilaku individu yang mana selalu menilai diri dan orang lain secara negatif, atau menilai rendah terhadap kemampuan yang dimilikinya yang disebut harga diri rendah. (Marsudi, 2022)

Skizofrenia adalah bentuk penyakit mental serius yang paling umum. Penyakit ini merupakan penyakit serius dan mengganggu yang dapat ditandai dengan berkurangnya atau tidak adanya kemampuan berkomunikasi, gangguan pada realitas (berupa halusinasi dan delusi), gangguan kognitif (ketidakmampuan berpikir abstrak), dan gangguan atau kesulitan dalam berperilaku. aktivitas sehari-hari (Marsudi, 2022)

Skizofrenia adalah penyakit yang menyerang otak, menyebabkan pikiran, persepsi, perasaan, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2018).

2) Rentang Respon Skizofrenia



Sumber : (Stuart, 2013) dalam (Azizah, 2020)

3) Etiologi

Luana (dalam Prabowo, 2014) menjelaskan penyebab skizofrenia, yaitu :

1) Faktor Biologis

a) Komplikasi kelahiran

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

b) Infeksi

Perubahan anatomi susunan saraf pusat akibat infeksi virus dikatakan terjadi pada penderita skizofrenia. Menurut penelitian, paparan infeksi virus pada trimester kedua kehamilan meningkatkan risiko seseorang terkena skizofrenia.

c) Hipotesis Dopamin

Dopamin adalah neurotransmitter pertama dapat berkontribusi pada gejala skizofrenia. Hampir semua antipsikotik, baik tipikal maupun atipikal, memblokir reseptor dopamin D2 dengan memblokir pensinyalan dalam sistem dopaminergik, sehingga meredakan gejala psikotik

d) Hipotesis Serotonin

Zat yang merupakan agonis 5-HT campuran (antagonis). Zat itu terbukti menyebabkan keadaan psikotiknya yang tidak normal.

e) Struktur otak

Otak pasien skizofrenia sedikit berbeda dari orang normal, ventrikel tampak membesar, materi abu-abu berkurang, dan ada beberapa area aktivitas metabolisme yang meningkat atau menurun. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak menunjukkan sedikit perubahan distribusi sel otak yang lahir pada masa prenatal, karena tidak ada sel gila yang disebabkan oleh kerusakan otak sejak lahir.

2) Faktor Genetik

Para ilmuwan telah lama mengetahui bahwa skizofrenia bersifat turun-temurun, memengaruhi 1% populasi tetapi memengaruhi 10% orang yang memiliki kerabat tingkat pertama, seperti orang tua, saudara laki-laki atau perempuan, yang menderita skizofrenia. Orang yang terkait dengan derajat kedua, seperti paman, bibi, kakek nenek, dan sepupu, lebih sering disuarakan daripada populasi umum. Kembar identik memiliki risiko 40-65 persen terkena skizofrenia, sedangkan kembar dizigotik berisiko hingga 12 persen. Dalam 40% anak dan kedua orang tua menderita skizofrenia, 12% orang tua lainnya.

4) Klasifikasi

Klasifikasi skizofrenia adalah sebagai berikut:

1) Skizofrenia Paranoid (F20.0)

Suatu bentuk skizofrenia di mana penderitanya mengalami gambaran dan fantasi pelecehan dan kontrol oleh orang lain, serta kesombongan berdasarkan keyakinan bahwa penderita lebih mampu dan berkuasa daripada orang lain

2) Skizofrenia Hebefrenik (F.20.1)

Suatu bentuk skizofrenia yang terutama ditandai oleh gangguan dan kelainan pikiran. Seseorang dengan skizofrenia seringkali menunjukkan tanda-tanda perasaan dan ekspresi

yang tidak sesuai dengan keadaan. Delusi dan halusinasi adalah gejala umum pada orang dengan skizofrenia jenis ini (Puspita Dewi, 2021)

3) Skizofrenia Katatonik (F.20.2)

Muncul pertama kali antara usia 15 dan 30 tahun, biasanya akut dan sering didahului oleh stres (Maramis, 2019). Salah satu dari beberapa bentuk skizofrenia dalam gambaran klinisnya dominan sebagai berikut:

a. Stupor katatonik

Pasien tidak akan merespons terhadap lingkungan sekitar atau orang yang menunjukkan pengurangan hebat dalam beraktivitas terhadap lingkungan atau pengurangan dari pergerakan.

b. Kekakuan (*rigiditas*) Katatonik

Mempertahankan sikap kaku terhadap semua upaya yang menggerakkan dirinya.

c. Kegaduhan Katatonik

Kegaduhan aktivitas motorik yang tidak bertujuan dan juga tidak dipengaruhi oleh rangsangan yang datang nya dari luar.

d. Sikap tubuh katatonik

Secara sadar mengambil sikap tidak wajar atau aneh.

e. Kegembiraan Katatonik

Pasien sangatlah aktif dan gembira. Bisa jadi dapat mengancam jiwanya. Pasien tidak akan merespon terhadap lingkungan sekitar atau orang yang menunjukkan pengurangan hebat dalam beraktivitas terhadap lingkungan atau pengurangan dari pergerakan.

4) Skizofrenia Residual (F.20.5)

Tipe ini merupakan sisa (residu) dari gejala skizofrenia yang tidak begitu kentara. Mungkin dapat dikatakan bahwa perasaan itu membosankan dan dangkal serta tidak pantas (tidak pantas), menarik diri dari interaksi sosial, perilaku aneh, pemikiran tidak logis dan tidak rasional (Hawari, 2018).

5) Skizofrenia tidak ditentukan (F.20.3)

Ada gejala psikotik tertentu yang tidak termasuk dalam salah satu kategori yang tercantum di atas, atau yang memenuhi lebih dari satu kriteria.

- a) Suatu bentuk skizofrenia yang gambaran klinisnya dapat ditandai dengan ilusi yang jelas, halusinasi, inkoherensi, atau perilaku yang tidak teratur.
- b) Tidak memenuhi kriteria salah satu jenis di atas, memenuhi kriteria lebih dari satu tip (Bafadal, 2020)

5) Tanda Dan Gejala

Tanda dan Gejala Skizofrenia adalah sebagai berikut:

1) Gejala positif

(a) Waham, yaitu keyakinan yang salah dan tidak sesuai dengan harapan, berulang kali dilestarikan dan ditransmisikan (pelatihan yang salah, ilusi keraguan, ilusi keagungan).

(b) Halusinasi, yaitu gangguan penerimaan indra tanpa rangsangan dari luar (halusinasi pendengaran, penglihatan, rasa, penciuman dan sentuhan).

2) Perubahan Pemikiran :

(a) Arus Pikir terputus : saat dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan

(b) Inkoheren : saat berbicara

(c) Neologisme : Menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh dirinya sendiri, dan tidak dimengerti oleh orang lain.

3) Perubahan perilaku

(a) Hiperaktif: perilaku motorik yang berlebihan

(b) Pergerakan: perilaku yang mengganggu

(c) Kemarahan: luka ringan (Keliat, 2011 (Azizah, 2020)

2) Gejala Negatif

Gejala negatif terlihat pada mereka yang terkena dampak skizofrenia sebagai berikut:

(a) Rekaman afektif (affective expression or vivid feeling) adalah ekspresi perasaan yang menunjukkan perasaan seseorang pada saat

penelitian dan juga merupakan keselarasan langsung dari kehidupan mental dan spiritual. Orang dengan skizofrenia memiliki respons emosional yang tidak tepat dan perasaan alami yang sama sekali tidak dapat diungkapkan dan tidak konsisten, serta memiliki sedikit pengaruh pada klien (Mursidin 2019).

- (b) Menunjukkan ketidakpedulian
- (c) Ketika berbicara tiba-tiba berhenti
- (d) Menarik diri dari interaksi sosial
- (e) Penurunan kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari (Azizah, 2020)

6) Pohon Masalah

Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditorik



Isolasi Sosial : Menarik Diri



Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah → Core Problem.



Koping Individu Tidak Efektif

(Stuart 2013, dalam Marsudi 2022).

7) Proses Perkembangan Gangguan Skizofrenia

Menurut (Yosepin 2011) dalam (Azizah, 2020) ada miliaran persimpangan sel di otak dan mereka menghasilkan neurotransmitter kimia yang membawa pesan dari satu ujung persimpangan sel ke ujung

sel lainnya. Pada orang normal, sistem distribusi otak bekerja dengan normal. Sinyal perseptual yang masuk dikembalikan dengan sempurna dan tanpa gangguan, sehingga menghasilkan perasaan, pikiran dan akhirnya tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Sinyal yang dikirim ke otak klien skizofrenia terganggu sehingga tidak mencapai koneksi seluler yang dimaksud.

8) Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Psikologi
 - (a) Pemeriksaan Psikiatri
 - (b) Pemeriksaan Psikometri
2. Pemeriksaan lain jika diperlukan

Darah rutin, Fungsi Hepar, Gagal ginjal, Enzim hepar, EKG, CT Scan, EEG.

2. Konsep Harga Diri Rendah

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut Damayanti menjelaskan terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan harga diri rendah diantaranya adalah :

- (a) Harga diri rendah kronik
- (b) Koping Individu tidak efektif
- (c) Isolasi sosial

a. Definisi Harga diri rendah

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan harga diri rendah yang mengarah pada penilaian negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan seseorang (Wijayati et al., 2020).

Harga diri rendah berarti harga diri dan perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan seseorang terhadap diri sendiri, kehilangan rasa percaya diri dan harga diri, perasaan bahwa harga diri rendah gagal memenuhi keinginan. adalah keadaan di mana individu mengalami evaluasi diri yang negatif dan evaluasi negatif atas kemampuannya. Dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah terjadi ketika individu mengalami gangguan dalam mengevaluasi dirinya dan kemampuannya, yang menyebabkan hilangnya kepercayaan diri melalui evaluasi negatif yang terus berlanjut karena individu tersebut merasa bahwa hal tersebut tidak berhasil. mencapai tujuan mereka sendiri. Harapan(Ayu d, 2019).

Harga diri rendah adalah sikap menolak diri sendiri karena dianggap berharga dan tidak mampu bertanggung jawab atas kehidupannya (A, Suryadi et, 2019). Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang terus-menerus yang dihasilkan dari penilaian negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan seseorang. Anda merasa kehilangan kepercayaan diri, rasa gagal karena peristiwa atau peristiwa, terutama yang terjadi secara tiba-tiba, misalnya. operasi, kecelakaan atau putus, tidak mencapai cita-cita Seorang suami yang keluar sekolah, keluar kerja, entah kenapa merasa

malu (korban perkosaan, tuduhan, tiba-tiba masuk penjara). Perasaan negatif kronis tentang diri sendiri yang bertahan lama, seperti sebelum sakit atau berobat. Pelanggan ini memiliki sikap negatif. Kasus penyakit dan pengobatan memperkuat persepsi negatif tentang dirinya. Kondisi ini menyebabkan reaksi palsu adaptif. Kondisi ini dapat terjadi pada klien dengan gangguan fisik kronis atau klien dengan gangguan jiwa (Azizah, Zainuri & Akbar, 2016).

Harga diri rendah dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu:

- 1) Harga diri rendah situasional adalah kondisi dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengalami perasaan negatif terhadap responnya terhadap suatu peristiwa (kehilangan dan perubahan).
- 2) Harga diri rendah kronis adalah suatu kondisi di mana seseorang mengalami evaluasi diri negatif jangka panjang terhadap dirinya atau kemampuannya (Keliat, 2016).

b. Etiologi

Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan citra diri. Melihat siklus klien, akar penyebab munculnya harga diri terletak pada masa kanak-kanak, yang sering disalahkan tetapi jarang dianggap sukses. Ketika orang mencapai pubertas, keberadaan mereka kurang berharga, mereka tidak diberi kesempatan, dan mereka tidak diterima. Di masa dewasa awal, mereka sering gagal di sekolah, di tempat kerja, dan di kehidupan sosial. Harga diri rendah muncul ketika

lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari yang sebanding dengan kemampuannya (Rahayu, Mustikasari, dan Daulima, 2019).

Faktor-faktor yang menyebabkan harga diri rendah secara kronis adalah faktor predisposisi dan pemicu berikut ini:

1) Faktor predisposisi pembengkakan

(a) Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap harga diri rendah termasuk penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan berulang, kurangnya tanggung jawab yang realistis, kurangnya tanggung jawab, ketergantungan pada orang lain dan cita-cita diri yang tidak realistis.

(b) Faktor yang mempengaruhi kinerja peran meliputi stereotip peran gender, tuntutan pekerjaan, dan ekspektasi peran budaya

(c) Faktor-faktor yang mempengaruhi identitas pribadi adalah sebagai berikut: Ketidakpercayaan terhadap orang tua, tekanan teman sebaya, dan perubahan tatanan sosial.

2) Faktor sumber Psikis

a) Trauma

Pelecehan seksual atau emosional atau menyaksikan peristiwa yang mengancam jiwa.

b) Ketegangan peran

Ini merujuk pada peran atau posisi yang diharapkan dari orang tersebut sehingga mereka merasa frustrasi

c) Transisi peran perkembangan

Perubahan normatif yang terkait dengan pertumbuhan Transisi peran perkembangan terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.

d) Transisi peran sehat-sakit

Akibat peralihan dari keadaan sehat menjadi sakit. Transisi ini dapat disebabkan oleh hilangnya bagian tubuh, perubahan ukuran, bentuk, penampilan atau fungsi tubuh, perubahan fisik yang berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan normal, serta prosedur medis dan pengobatan.

c. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala klien dengan harga diri rendah. Menurut pedoman pengobatan (SDKI, 2017), harga diri rendah yang kronis dan situasional adalah:

- (a) Harga Diri Rendah Kronis
 - (a) Terpapar situasi traumatis
 - (b) Kesalahan berulang
 - (c) Kurangnya pengakuan terhadap orang lain
 - (d) Ketidakefisienan dalam menangani masalah kerugian.
- (e) Gangguan Jiwa
- (f) Penguatan negatif berulang
- (g) Ketidakcocokan budaya

A. Gejala dan tanda utama

Subyektif

- (a) Evaluasi diri negatif (mis. tidak berguna, tidak berdaya).
- (b) Rasa malu/bersalah.
- (c) Meremehkan keterampilan.
- (d) Memecahkan masalah.
- (e) Merasa bahwa Anda tidak memiliki kekuatan atau kemampuan positif.
- (f) Membesar-besarkan ulasan negatif tentang diri.
- (g) Tolak penilaian positif tentang diri.

B. Objektif

- (a) Tidak tertarik mencoba hal-hal baru.
- (b) Berjalan menunduk
- (c) Postur tubuh menunduk

C. Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif:

- (a) Sulit berkonsentrasi
- (b) Gangguan tidur
- (c) Mengungkapkan keputusasaan

2) Objektif:

- (a) Kurangnya kontak mata.
- (b) Lesu dan tidak bergairah.

- (c) Berbicara dengan pelan dan tenang.
 - (d) Pasif.
 - (e) Perilaku tanpa pamrih.
 - (f) Waspada penguatan yang berlebihan.
 - (g) Tergantung pada pendapat orang lain.
 - (h) Sulit mengambil keputusan.
- (b) Harga diri rendah situasional
- (a) Penyebab
 - (1) Perubahan citra tubuh.
 - (2) Perubahan peran sosial.
 - (3) Kurangnya pemahaman.
 - (4) Perilaku yang bertentangan dengan nilai.
 - (5) Kegagalan hidup berulang.
 - (6) Riwayat kehilangan
 - (7) Riwayat penolakan.
 - (8) Transisi perkembangan.
 - (b) Gejala dan tanda utama
 - 1) Subjektif:
 - (a) Evaluasi diri negatif (misalnya tidak berguna, tidak berdaya).
 - (b) Rasa malu/rasa bersalah.
 - (c) Membesar-besarkan ulasan negatif tentang diri Anda.
 - (d) Tolak penilaian positif tentang diri Anda.
 - 2) Objektif:

- (a) Berbicara dengan pelan dan tenang.
 - (b) Menolak untuk berinteraksi dengan orang lain
 - (c) Posisi tubuh bagian bawah.
- (c) Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif:

- (a) Sulit berkonsentrasi

2) Objektif :

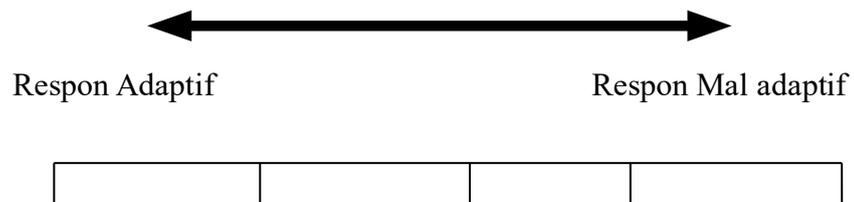
- (a) Kurangnya kontak mata.
- (b) Lesu dan tidak bergairah.
- (c) Pasif.
- (d) Tidak dapat mengambil keputusan.

4. Kondisi klinis terkait

- (a) Cedera traumatis.
- (b) Pembedahan.
- (c) Kehamilan.
- (d) Penyakit yang baru didiagnosis (misalnya diabetes).
- (e) stroke
- (f) Penyalahgunaan zat.
- (g) Demensia.
- (h) Pengalaman yang tidak menyenangkan.

d. Rentang Respon

Respon individu terhadap konsep dirinya diawali dari respon adaptif dan mal adaptif. (Dewi, Wuryaningsih dan Susanto, 2020) Rentang respon digambarkan sebagai berikut :



Aktualisasi diri Konsep diri Harga diri rendah Kerancuan
 Depersonalisasi

1. Aktualisasi diri merupakan : pernyataan konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima.

2. Konsep diri positif merupakan : mempunyai pengalaman positif dalam perwujudan dirinya.

3. Harga diri rendah : perasaan yang negatif pada diri sendiri, hilangnya kepercayaan diri, tidak berharga lagi, tidak berdaya, dan pesimis.

4. Kerancuan identitas : kegagalan seseorang untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa anak-anak

5. Depersonalisasi : perasaan sulit membedakan diri sendiri dan merasa tidak nyata dan asing. (Juliasari, 2018).

e. Mekanisme Koping Harga Diri Rendah

Seseorang dengan harga diri rendah memiliki Mekanisme koping jangka pendek dan jangka panjang. Jika koping jangka pendek tidak memberikan hasil yang telah diharapkan individu, maka individu dapat mengembangkan mekanis koping jangka panjang (Direja, 2011) dalam (siagian & niman, 2022) Mekanisme tersebut mencakup sebagai berikut :

1) Jangka Pendek

- (a) Aktivitas yang dilakukan untuk pelarian sementara yaitu pemakaian Obat-obatan, kerja keras, nonton tv "secara terus menerus.
- (b) Aktivitas yang memberikan penggantian identitas sementara, misalnya ikut kelompok sosial, agama, dan politik)
- (c) Aktivitas yang memberikan dukungan bersifat sementara

2) Jangka Panjang

Penutupan identitas : terlalu terburu-buru mengadopsi identitas yang disukai dari Orang-orang yang berarti tanpa memperhatikan keinginan atau potensi diri sendiri. Identitas Negatif : asumsi identitas yang bertentangan dengan nilai-nilai dan harapan masyarakat.

f. Penatalaksanaan.

1. Penggunaan Obat Antipsikosis

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati Skizofrenia disebut antipsikotik yang bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada pasien Skizofrenia. Terdapat 3 kategori Obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu :

a) Antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik konvensional merupakan Obat yang digunakan paling lama serta mempunyai efek samping yang serius.

Contoh Obat antipsikotik konvensional antara lain :

- 1) Haloperidol sediaan tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5mg dan injeksi 5mg/ml, dosis 5-15mg/hari.
- 2) Stelazine (trifluoperazin) sediaan tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.
- 3) Mellaaril (thioridazine) sediaan thioridazin tablet 50 dan 100 mg, dosis 150-600 mg/hari.
- 4) Thorazine (chlorpromazine) sediaan tablet 25 dan 100 mg dan injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari.
- 5) Trilafon (perphenazine) sediaan tablet 2, 4, 8 mg, dosis 12-24 mg/hari.
- 6) Prolixin (fluphenazine) sediaan tablet 2,5 mg, 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.

Akibat berbagai efek yang ditimbulkan oleh antipsikotik konvensional, banyak ahli lebih merekomendasikan penggunaan antipsikotik. Ada 2 pengecualian (harus dengan antipsikotik

konvensional Pertama, pada pasien yang sudah mengalami perbaikan (kemajuan) yang pesat menggunakan antipsikotik konvensional tanpa efek samping yang berarti. Kedua, bila pasien mengalami kesulitan minum pil secara reguler.

b. Newerapical antipsycotics

Obat-obatan yang tergolong kelompok ini disebut atip karena prinsip kerjanya berbeda, dan sedikit menimbulkan efek samping jika dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Contoh newer atypical antipsycotic antara lain :

- 1) Risperdal (risperidone) sediaan tablet 1, 2, 3 mg, dosis 2-6 mg/hari.
- 2) Seroquel (quetiapine)
- 3) Zyprexa (olanzopine)

c. Clozaril (Clozapine)

Clozaril memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius dimana pada kasus-kasus yang jarang (1%), clozarine dapat menurunkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Yang artinya, pasien yang mendapat Obat tersebut harus memeriksa sel darah putih secara reguler.

2.Terapi Elektrokonvulsif (ECT).

3.Pembedahan bagian otak.

4.Perawatan di Rumah Sakit.

5.Psikoterapi.

(a) Terapi Psikoanalisa

Metode terapi ini berdasarkan konsep Freud yang bertujuan menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya serta mekanisme pertahanan yang digunakan untuk pengendalian kecemasannya.

(b) Terapi perilaku

Terapi perilaku ini menekankan prinsip pengkondisi klasik dan operan, karena terapi ini berkaitan dengan perilaku yang nyata. Paul dan Lentz menggunakan dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian, yaitu :

- 1) Sosial Learning Program : menolong penderita Skizofrenia untuk mempelajari perilaku-perilaku yang sesuai.
- 2) Sosial Skills Training : terapi ini melatih penderita mengenai ketrampilan atau keahlian sosial.

c. Terapi Humanistik

Terapi kelompok dan terapi keluarga.

3. Konsep Defisit Perawatan Diri.

a. Definisi

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah

yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pada pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami tidak peduli merawat diri. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan dalam keluarga maupun masyarakat (Yusuf, 2015).

Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan ataupun gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi untuk dirinya sendiri (Tumanduk et al, 2018).

Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan seseorang dalam melakukan aktivitas perawatan diri sendiri (SDKI, 2017). Pasien dengan masalah defisit perawatan diri tidak mempunyai keinginan untuk merawat dirinya seperti mandi teratur, berhias diri, buang air kecil dan besar pada tempatnya. Kebutuhan aktivitas perawatan diri merupakan fokus dalam asuhan keperawatan jiwa, sehingga seorang perawat harus memiliki kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas perawatan diri, terutama pada pasien yang mengalami masalah defisit perawatan diri.

b. Etiologi

Menurut (Suarni & Livana, 2019) Defisit perawatan diri di sebabkan karena dua faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

1) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi meliputi faktor biologis yang dimana penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri sendiri. Faktor perkembangan yaitu keluarga terlalu memanjakan dan

- a. Pola perawatan diri seimbang : saat klien mendapatkan stresor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
- b. Kadang perawatan diri kadang tidak : saat klien mendapatkan stresor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya,
- c. Tidak melakukan perawatan diri : klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stresor.

d. Tanda dan gejala.

Tanda dan gejala pasien dengan defisit perawatan diri yaitu meliputi tiga hal yaitu fisik, psikologi, sosial.

1) Gejala fisik

Akan terlihat dan dirasakan dimana badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor, kuku panjang dan kotor, gigi kotor di sertai mulut bau dan penampilan tidak rapi dan wangi.

2) Gejala psikologi

Pasien akan terlihat malas tidak ada inisiatif, menarik diri isolasi diri, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dirinya hina.

3) Gejala sosial

Dimana interaksi kurang, kegiatan kurang, tidak mampu berperilaku sesuai dengan norma, cara makan tidak teratur, tidak pernah merawat diri sendiri, BAB dan BAK sembarang tempat, gosok gigi mandi tidak mampu mandiri. Gejala yang timbul pada pasien tersebut akan berdampak pada kesehatannya karena tidak terpeliharanya kebersihan

perorangan dengan baik dan gangguan fisik yang sering terjadi gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku. Serta dampak psikososialnya masalah sosial yang berhubungan dengan kebutuhan personal higiene gangguan kebutuhan aman nyaman, dan kebutuhan cinta mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan pada intoleransi sosial (Damaiyanti & Iskandar, 2019)

e. Penatalaksanaan

Menurut Herman (Ade, 2015) pemaparan meliputi:

- 1) Ciptakan lingkungan yang mendukung
- 2) Menolong dan membimbing klien merawat diri
- 3) Meningkatkan kepercayaan diri dan kesadaran.

f. Pohon Masalah

Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri



Sumber : (Astuti, 2019)

3) Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Harga Diri Rendah

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien, serta merumuskan diagnosa keperawatan. Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik mental, sosial, dan lingkungan (Keliat, 2011 dalam Marsudi 2022) Menurut Prabowo (2014) isi dari pengkajian tersebut adalah :

1. Identitas pasien Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status marital, suku/bangsa, alamat, nomor rekam medis, ruang rawat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, dan identitas penanggung jawab.
2. Keluhan utama/alasan masuk Biasanya pasien datang ke rumah sakit jiwa atau puskesmas dengan alasan masuk pasien sering menyendiri, tidak berani menatap lawan bicara, sering menunduk dan nada suara rendah.
3. Faktor predisposisi
 - a. Riwayat gangguan jiwa
Biasanya pasien dengan harga diri rendah memiliki riwayat gangguan jiwa dan pernah dirawat sebelumnya.

b. Pengobatan

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

c. Aniaya

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

d. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

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

e. Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan

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

4. Pengkajian fisik

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

5. Pengkajian psikososial

a. Genogram

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

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Biasanya pasien dengan harga diri rendah akan mengatakan tidak berguna dan merasatidak percaya diri

2) Identitas diri

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

3) Peran

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

4) Ideal diri

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

5) Harga diri

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

c. Hubungan sosial

- 1) Pasien tidak mempunyai orang yang berarti untuk mengadu atau meminta dukungan
- 2) Pasien merasa berada di lingkungan yang mengancam
- 3) Keluarga kurang memberikan penghargaan kepada klien
- 4) Pasien sulit berinteraksi karena berperilaku kejam dan mengeksploitasi orang lain

d. Spiritual

Biasanya pasien merasa perjalanan hidupnya penuh dengan ancaman, tujuan hidup biasanya jelas, kepercayaannya terhadap sakit serta dengan penyembuhannya. Pasien mengakui adanya tuhan, putus asa karena tuhan tidak memberikan sesuatu yang diharapkan dan tidak mau menjalankan kegiatan keagamaan.

6. Status mental

1. Penampilan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah penampilannya tidak rapi, tidak sesuai karena klien kurang minta untuk melakukan perawatan diri. Kemunduran dalam tingkat kebersihan dan kerapian dapat merupakan tanda adanya depresi atau skizofrenia

2. Pembicaraan

Biasanya pasien berbicara dengan frekuensi lambat, tertahan, volume suara rendah, sedikit bicara, inkoheren, dan bloking.

3. Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik pasien tegang, lambat, gelisah, dan terjadi penurunan aktivitas interaksi.

4. Alam perasaan

Pasien biasanya merasa tidak mampu dan pandangan hidup yang pesimis

5. Afek

Afek pasien Biasanya tumpul yaitu klien tidak mampu berespon bila ada stimulus emosi yang bereaksi.

6. Interaksi selama wawancara

Biasanya pasien dengan harga diri rendah kurang kooperatif dan mudah tersinggung.

7. Persepsi

Biasanya pasien mengalami halusinasi dengar/lihat yang mengancam atau memberi perintah.

8. Proses pikir

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

9. Isi pikir

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

10. Tingkat kesadaran

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

11. Memori

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

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

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

13. Kemampuan menilai

Biasanya gangguan kemampuan penilaian ringan (dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain, contohnya: berikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi, setelah diberikan penjelasan pasien masih tidak mampu mengambil keputusan) jelaskan sesuai data yang terkait. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

14. Daya tilik diri

Biasanya pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu meminta pertolongan/pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita penyakitnya.

7. Mekanisme koping

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

8. Masalah psikososial dan lingkungan

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

9. Kurang pengetahuan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah tidak mengetahui penyakit jiwa yang ia alami dan penatalaksanaan program pengobatan.

10. Aspek medik

Biasanya pasien dengan harga rendah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Pasien dengan diagnosa medis Skizofrenia biasanya klien mendapatkan Clorpromazine 1x100 mg, Halloperidol 3x5 mg, Trihexy penidil 3x2 mg, dan Risporidon 2x2 mg.

2. Diagnosa Keperawatan

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

- 1) Harga diri rendah kronik
- 2) Koping Individu tidak efektif
- 3) Isolasi sosial
- 4) Defisit Perawatan Diri.

3. Perencanaan Keperawatan

Tindakan Keperawatan

- 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien. Untuk membantu pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang masih dimilikinya , perawat dapat :

- (a) Mendiskusikan bahwa sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien seperti kegiatan pasien di rumah sakit, di rumah,

dalam keluarga dan lingkungan adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien.

(b) Beri pujian yang realistik/nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negatif.

2) Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan.

Untuk tindakan tersebut, saudara dapat :

(a) Mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini.

(b) Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.

(c) Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif

3) Membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah :

(a) Mendiskusikan dengan pasien beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari.

(b) Bantu pasien menetapkan kegiatan mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri, mana kegiatan yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga dan kegiatan apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien. Berikan contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan pasien. Susun bersama pasien dan buat daftar kegiatan sehari-hari pasien.

4) Melatih kemampuan yang dipilih pasien

Untuk tindakan keperawatan tersebut saudara dapat melakukan:

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

5) Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih

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

- (a) Memberi kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan
- (b) Beri pujian atas kegiatan/kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari
- (c) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan
- (d) Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih
Berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan

Tindakan keperawatan pada keluarga

Keluarga diharapkan dapat merawat pasien dengan harga diri rendah di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien.

a. Tujuan :

- 1) Keluarga membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien
- 2) Keluarga memfasilitasi pelaksanaan kemampuan yang masih dimiliki pasien
- 3) Keluarga memotivasi pasien untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih dan memberikan pujian atas keberhasilan pasien
- 4) Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien

b. Tindakan keperawatan :

- (1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- (2) Jelaskan kepada keluarga tentang harga diri rendah yang ada pada pasien
- (3) Diskusi dengan keluarga kemampuan yang dimiliki pasien dan memuji pasien atas kemampuannya
- (4) Jelaskan cara-cara merawat pasien dengan harga diri rendah
- (5) Demonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah
- (6) Beri kesempatan kepada keluarga untuk mempraktikkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah seperti yang telah perawat demonstrasikan sebelumnya
- (7) Bantu keluarga menyusun rencana kegiatan pasien di rumah.

4.Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang

efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Anggit, 2021).

5.Evaluasi

Evaluasi Keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut, S : Respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, O : Respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, A: Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada, dan P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) atau rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan terapi hasil belum memuaskan) (Anggit, 2021).

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian :

a) Pengkajian Klien

Nama	: Tn. R
Umur	: 43 Tahun
Jenis kelamin	: Laki- laki
Pendidikan	: S2 Teknik Mesin
Suku bangsa	: Sunda
Agama	: Islam
Status	: Belum Menikah
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Tanggal Pengkajian	: Rabu, 05 April 2023
Tanggal Masuk	: Senin, 05 September 2022
No Rm	: 0458
Diagnosa Medis	: Skizofrenia Paranoid
Alamat	: Cileunyi, Bukit mekar indah

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. M
Umur	: 41 Tahun
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Graphic Design

Alamat : Cileunyi, Bukit Mekar Indah

Hubungan dengan klien : Adik

2. Alasan Masuk

a) Data Menurut RM

Klien sudah 7 bulan di Klinik Nur Illahi Assanie Garut, Pasien Sering mengalami ke egoisan dalam dunia pekerjaan, dan mempunyai perbedaan opini yang kuat dengan anggota pekerja yang lainnya. Pasien masuk dengan gejala halusinasi perabaan, pasien mengatakan ada sensasi mukul-mukul di kepalanya, karena terlalu berfikir keras dan egois dalam dunia pekerjaan.

b) Data dari klien

Klien masuk dengan inisiatif dirinya sendiri, klien merasa ada gangguan di kepalanya sehingga pasien datang ke Psikiatri dan pasien dirujuk ke Klinik Nur Illahi Assanie Garut. Pada saat dikaji klien merasa malu karena pada usia saat ini klien belum menikah dan pernah gagal dalam mencari dunia pekerjaan.

c. Faktor Predisposisi

Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

Klien tidak pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.

2. Pengobatan Sebelumnya ?

Klien sempat melakukan pemeriksaan ke psikiatri dan melakukan rawat jalan, tetapi hasilnya kurang maksimal.

3. Aniaya fisik, Seksual, kekerasan dalam keluarga dan Tindakan Kriminal

Klien seringkali menerima kekerasan verbal dalam dunia pekerjaan seperti mendapat hinaan dari senior, klien tidak pernah mengalami kekerasan seksual dan fisik.

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ?

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit seperti klien.

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan ?

Klien Sempat mengalami depresi ketika gagal dalam mencari pekerjaan setelah lulus S2 dengan Ipk 2.80 & Klien depresi karena gagal menikah.

d. Pemeriksaan Fisik

1). TTV

Tekanan Darah : 110/60 mmHg

Nadi : 88 x /Menit

Suhu :36,5 C

Respirasi : 22 kali / menit

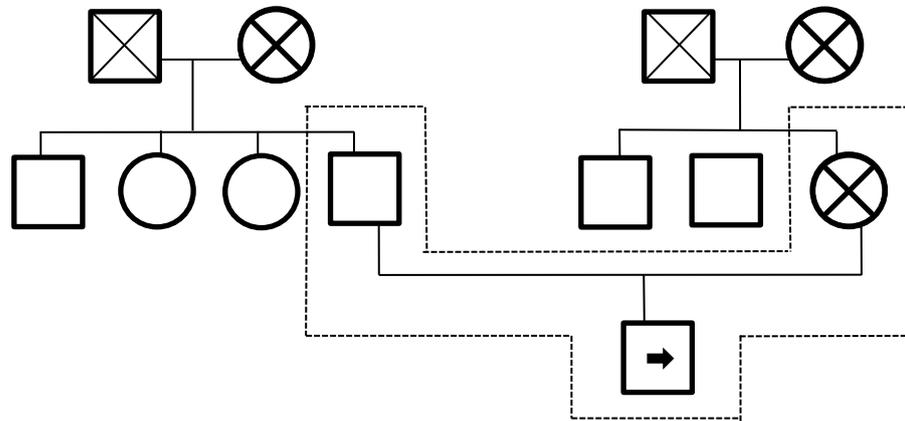
2). TB : 162 cm

3). BB : 60 Kg

4.) Keluhan fisik : Gatal area kulit kepala

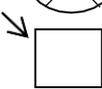
e. Psikososial

1) Genogram



Keterangan

Keterangan :

- | | |
|---|--|
|  | : Laki- Laki |
|  | : Perempuan |
|  | : Laki- Laki Meninggal |
|  | : Perempuan Meninggal |
|  | : Klien (Tn.R) Tinggal Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur
Ilahi Assanie Garut sejak tanggal 05 September 2022 |
|  | : Garis Keturunan |
|  | : Garis Pernikahan |
|  | : Tinggal Serumah |

2). Gangguan Konsep Diri

a) Citra tubuh

Klien menyukai seluruh tubuhnya kecuali bagian kepala, klien berasumsi ada penyakit yang menghinggap di kepalanya

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah. & Waham Somatik

b) Identitas Diri

Klien mengatakan anak ke 4 dari 4 bersaudara, dan diakui oleh keluarganya, semua keluarganya sudah berkeluarga, hanya yang belum berkeluarga.

c) Peran Diri

Klien mengatakan berperan sebagai anak terakhir, yang mempunyai keluarga yang baik.

d) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin bekerja lagi agar bisa mempunyai penghasilan sendiri, tetapi malu dan tidak percaya diri.

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.

e) Harga Diri

Klien merasa dirinya kurang berguna, klien merasa bersalah atas apa yang terjadi kepada dirinya.

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

3) Hubungan Sosial

a) Orang terdekat

Saat dilakukan pengkajian Klien mengatakan bahwa orang yang paling berarti adalah ibu dan ayah klien, dan klien mengatakan orang yang paling dekat dengan dirinya adalah ibunya, tetapi sekarang ibu klien sudah meninggal.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Klien menjadi seorang aktivis di lingkungan masyarakat. Klien tidak pernah aktif dalam kegiatan masyarakat seperti gotong royong.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien memiliki sifat egois dan mempunyai perbedaan opini yang kuat dengan orang lain.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Klien berasal dari suku sunda dan beragama Islam. Klien yakin dengan agama klien bisa sembuh dengan bantuan Allah SWT.

b) Kegiatan Ibadah

Klien jarang melakukan aktivitas ibadah.

F. Status Mental

1. Penampilan

Klien menggunakan pakaian kurang rapih, rambut klien tampak banyak ketombe, gigi terlihat bersih, konjungtiva merah, sclera putih, kuku bersih.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri.

2. Pembicaraan

Klien tidak dapat memulai percakapan, nada suara rendah, dan banyak diam, klien menjawab pertanyaan perawat dengan sangat baik.

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri: Harga Diri rendah.

3. Aktivitas motorik

Klien kurang baik dalam melakukan aktivitas, klien seringkali diam di area tv, klien melakukan aktivitasnya seperti memakai baju, mandi, dan menggosok gigi.

4. Alam Perasaan

Klien merasa sedih karena pernah gagal dalam mencari pekerjaan, pasien sempat menganggur selama 2 tahun. Klien juga merasa malu dirinya belum menikah diusia yang sekarang.

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri: Harga Diri rendah.

5. Afek

Pada saat dilakukan pengkajian klien nampak datar pada pembicaraan , hanya berekspresi apabila ada stimulus emosi yang kuat.

6. Interaksi selama wawancara

Pada saat dilakukan pengkajian pasien menjawab pertanyaan dengan baik, tetapi nada suara rendah, kontak mata kurang, pandangan kebawah dan tampak gelisah.

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

7. Persepsi

Tidak ada halusinasi

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah.

8. Proses Pikir

Pada saat dilakukan pengkajian klien kurang mengungkapkan perasaannya, serta menjawab pertanyaan dengan singkat, pembicaraan klien tidak berbelit-belit, tidak diulang-ulang, jawaban sesuai dengan apa yang ditanyakan oleh perawat.

Masalah keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

9. Isi Pikir

Klien tidak menunjukkan adanya kelainan isi pikir seperti obsesi, phobia, hipokondria, depersonalisasi, ide yang terkait, serta tidak menunjukkan adanya waham.

Masalah Keperawatan: Tidak ada.

10. Tingkat Kesadaran

Klien tidak menyadari bahwa dirinya sedang mengalami gangguan jiwa, pasien hanya menyadari bahwa dirinya hanya sakit kepala biasa tetapi membutuhkan obat psikotropik, klien menyadari dia sedang berada di tempat (Klinik Nur Ilahi Assanie) Waktu (Klien tidak dapat menyebutkan hari), Orientasi orang (Klien dapat menyebutkan nama perawat pada saat dilakukan pengkajian).

11. Memori

a) Jangka Panjang : Pada saat dilakukan pengkajian pasien memiliki daya ingat yang baik, pasien mengingat kejadian beberapa bulan kebelakang

- b) Jangka pendek : Klien dapat mengingat kegiatan yang telah dilakukan pagi hari yaitu mandi, sarapan, minum obat dan memberi makan kucing.

12. Tingkat konsentrasi berhitung

Klien mampu berhitung secara sederhana seperti dalam satu minggu ada 7 hari dan pertambahan sederhana, klien dapat menjawab pertanyaan perawat tanpa diulang-ulang.

13. Kemampuan Penilaian

Klien bisa membuat keputusan secara mandiri.

14. Daya tilik diri.

Klien tidak menerima bahwa dirinya sedang sakit, pasien hanya menyadari bahwa dia hanya mengalami penyakit biasa.

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

G. Kebutuhan Persiapan Pulang

- 1) Makan :Pasien dapat memenuhi kebutuhan nutrisinya secara mandiri

Masalah Keperawatan :Tidak Ada Masalah.

- 2) BAB/BAK :Pasien dapat memenuhi kebutuhan BAB& BAK nya secara mandiri

Masalah Keperawatan :Tidak Ada Masalah

- 3) Mandi :Klien mengatakan dirinya mandi 2 hari sekali Klien mengatakan sikat gigi 1 hari 1 kali.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

- 4) Berpakaian : Pasien Berpakaian kurang rapih

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

5) Istirahat tidur

Kebutuhan istirahat pasien terpenuhi tanpa ada gangguan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah

6) Penggunaan Obat

Klien mengatakan meminum obat sesuai jadwal dan anjuran Dokter.

1. Jenis Obat : Stelosi 5 mg 2×1
Clozafine 25 mg 1×1

2. Cara Pemakaian : Oral

7) Pemeriksaan Kesehatan

Pasien sering melakukan pemeriksaan dokter rutin, setiap ada kunjungan dari dokter. Klien mengatakan jika sudah sembuh nanti klien akan rutin meminum obat sesuai dengan anjuran dokter.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah

8) Aktivitas di dalam rumah

Ketika mengatakan setelah sembuh akan melakukan kegiatan kegiatan yang positif dan bermanfaat seperti membuat artikel dan beres beres rumah.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah

H. Mekanisme Koping

Saat ini koping klien mal adaptif , klien seringkali menghindar saat diajak berbicara, tampak jarang berbicara dengan orang lain, klien.

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

I. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien sering kali menunduk ketik sedang berkumpul dengan teman temannya, klien jarang sekali mengikuti kegiatan-kegiatan yang diadakan oleh perawat.

Masalah Keperawatan : Gangguan konsep Diri Harga Diri Rendah

J.Kurang pengetahuan tentang

Klien kurang mengetahui tentang penyakit yang dialaminya saat ini.

K. Aspek Medis

1) Diagnosa Medis : Skizofrenia Paranoid

2) Therapy

(a) Jenis Obat : Stelosi 5 mg 2×1, Clozafine 25 mg 1×1

(b) Cara Pemakaian : Oral

2. Analisa Data

Tabel 1.3 Analisa Data

No	Symptom	Masalah Keperawatan
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien mengatakan bahwa dirinya minder, karena belum menikah ❖ Klien tidak mau bergaul dengan orang lain ❖ Klien mengatakan malas berinteraksi dengan orang lain ❖ Klien mengatakan tidak ingin bersosialisasi <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien nampak murung ❖ Klien nampak sedih ❖ Klien nampak menyendiri ❖ Klien nampak enggan Ketika diajak bermain game dengan pasien lainnya ❖ Klien tidak menyadari bahwa dirinya memisahkan diri dengan orang lain. ❖ Kurangnya kontak mata dengan perawat 	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

2.	Ds : ❖ -Klien mengatakan malas mandi Do : ❖ Pakaian klien nampak kurang rapih ❖ Klien terlihat banyak ketombe	Defisit Perawatan Diri
----	---	------------------------

3. Pohon Masalah

Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditorik



Isolasi Sosial : Menarik Diri



Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah → Core Problem.



Koping Individu Tidak Efektif

4. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.
- 2) Defisit Perawatan Diri

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
				<ul style="list-style-type: none"> (a) Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih digunakan saat ini. (b) Bantu pasien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien. (c) Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif. <p>3.) Membantu pasien memilih / menetapkan kemampuan yang akan dilatih</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Diskusikan dengan pasien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari hari. (b) Bantu pasien menetapkan aktivitas mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri <ul style="list-style-type: none"> (1) Aktifitas yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga (2) Aktifitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien. (3) Beri contoh cara pelaksanaan aktifitas yang telah dipilih klien (4) Mendiskusikan dengan pasien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih pasien) <p>4.) Melatih kemampuan yang dipilih pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Bersama pasien dan keluarga memperagakan beberapa kegiatan yang akan di lakukan oleh pasien. 	<p>3.) Membantu pasien mengembangkan kemampuan yang ada.</p> <p>4.) Memberikan reinforcement atas</p>

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
				<p>(b) Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai dengan kemampuan yang di perlihatkan pasien</p> <p>5.) Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih</p> <p>(a) Memberikan kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan</p> <p>(b) Memberikan pujian atas aktifitas / kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari</p> <p>(c) Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi dan oerubahan setiap kegiatan</p> <p>(d) Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan bersama passion dan keluarga</p> <p>SP 2</p> <p>1. Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien</p>	<p>kemampuan yang sudah dipilihnya</p> <p>5.) Untuk mengontrol pasien dalam melakukan kegiatannya</p>
2.	Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan interaksi 4x klien dapat melakukan kebersihan diri secara mandiri	<ul style="list-style-type: none"> • Setelah dilakukan interaksi klien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik • Setelah dilakukan interaksi klien mampu melakukan makan 	<p>SP 1 :</p> <p>Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri</p> <p>1) Menjelaskan kepada klien pentingnya menjaga kebersihan diri</p> <p>2) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri</p>	<p>1. Untuk mengetahui sejauh mana pasien mengetahui bagaimana cara melakukan perawatan perawatan dasar yang di ketahui pasien</p> <p>2. Menjaga kebersihan Klien dengan melatih pasien berhias dan berdandan,</p>

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
			<p>dengan baik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setelah dilakukan interaksi klien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri 	<p>3) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri Melatih klien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri. SP 2 : Melatih pasien berdandan/berhias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjelaskan Pasien untuk berhias/berdandan 2) Untuk pasien laki-laki meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut, Bercukur Untuk pasien wanita meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut , Berhias. <p>SP 3 : Melatih pasien makan secara mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjelaskan cara mempersiapkan makan 2) Menjelaskan cara makan yang tertib 3) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan <p>Praktik makan sesuai dengan tahapan makan yang baik. SP 4 : Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai 2) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK <p>Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK</p>	<p>demi terhindar dari ketidak rapihan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Dengan mengajarkan pasien tata tertib makan, pasien diharapkan bisa disiplin dalam melakukan aktivitas sehari hari 4. Dengan mengajarkan Pasien BAB dan BAK secara Mandiri bdiharapkan pasine bisa melakukan pola eliminasi dengan baik

5. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 1..5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

No. 1	Diagnosa 2	Implementasi Keperawatan 3	Evaluasi Keperawatan 4
1.	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.	<p>Tanggal : Rabu 05-05-2023 Jam : 10.00 SP 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membina hubungan saling percaya • Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien. • Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat di gunakan • Membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih. <p>RTL : Melatih kemampuan yang sudah dipilih dan Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah di latih dalam rencana harian.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menerima perawat dan mau berkenalan, dengan rasa malu. • Klien mengatakan bahwa dirinya gemar menulis • Klien mengatakan bahwa dirinya gemar memberi makan kucing. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menerima perawat dengan rasa malu. - Kontak mata Klien tampak kurang. - Klien tampak melamun - Klien mampu melatih kemampuan pertama yang telah dipilih <p>A :</p> <p>SP 1 teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien Mampu mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki • Klien mampu memilih kemampuan yang akan di latih • Klien melatih kemampuan pertama yang telah dipilih <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latih pasien untuk melakukan kegiatan positif yang dipilih nya. • Motivasi klien untuk melatih kemampuan yang telah dipilih.

No.	Diagnosa	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1	2	3	4
			<ul style="list-style-type: none"> • Lanjut SP 2 (Latih kemampuan kedua yang telah di pilih) • Masukan kedalam jadwal kegiatan harian.
	Defisit Perawatan Diri	<p>SP 1</p> <p>Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan kepada klien pentingnya menjaga kebersihan diri - Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri - Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri <p>Melatih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bahwa dirinya malas untuk mandi • Pasien mengatakan ia tidak mau menggosok gigi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak menolak Ketika disuruh mandi • Penampilan Pasien Nampak berantakan <p>A : Defisit Perawatan Diri</p> <p>P :</p> <p>Melatih pasien berdandan/berhias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan Pasien untuk berhias/berdandan - Untuk pasien laki-laki meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut, Bercukur <p>Untuk pasien wanita meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut , Berhias.</p>

6. Catatan Perkembangan

Nama : Tn. R

Umur : 43 Tahun

No RM : 0458

Tabel 1.6 Catatan perkembangan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
1	2	3	4	5
1.	Kamis 06- 05- 2023	1. Gangguan konsep Diri : Harga Diri Rendah	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mau melakukan hal yang positif • Klien mengatakan dia gemar menulis artikel • Klien gemar memberi makan kucing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien nampak sering menulis. • Klien nampak senang Ketika menulis. • Klien dapat menemukan hal positif yang dapat dilatih. <p>A : Harga Diri Rendah + P : Melatih pasien melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan pasien</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki klien • Menilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini • Membantu pasien memilih kemampuan yang akan di latih. • Memasukan kedalam jadwal kegiatan harian <p>E : SP 1 teratasi</p>	Rizki Nugraha

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
1	2	3	4	5
			R : Lanjut SP 2 <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kembali kegiatan yang lalu (SP 1) • Masukan dalam jadwal kegiatan harian Klien 	
		Defisit Perawatan Diri	S : Klien mengatakan mau berdandan dan menghias diri O : Klien melakukan apa yang direkomendasikan perawat Klien mandi Klien menyisir rambut A : Defisit Perawatan Diri P : Melatih pasien untuk mengajak berkenalan dengan orang lain. I : Melatih pasien berdandan/berhias <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan Pasien untuk berhias/berdandan - Untuk pasien laki-laki meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut, Bercukur Untuk pasien wanita meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut , Berhias. E : Defisit Perawatan Diri SP 1 R : Lanjutkan SP 2	
2.	Jumat 07- 04- 2023	Gangguan Konsep diri : Gangguan Harga Diri Rendah	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mau melakukan kegiatan yang positif • Klien mengatakan bahwa dirinya gemar menulis O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien melakukan kegiatan positif. 	Rizki Nugraha

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
1	2	3	4	5
			<ul style="list-style-type: none"> • Klien nampak senang ketika dia menulis. <p>A : Harga Diri Rendah + P :Melatih kemampuan yang dipilih pasien. I : Mendiskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan yang dipilih Bersama pasien memperagakan kegiatan yang ditetapkan E : SP 1 Teratasi R : Lanjut SP 2</p>	
		Defisit Perawatan Diri	<p>S : Klien mengatakan mau mandi Klien mengatakan dirinya ingin belajar menyisir rambut O : <ul style="list-style-type: none"> - Klien Nampak mandi - Klien tampak menyisir rambut - A : Defisit Perawatan Diri SP 2 teratasi P : <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi Kegiatan Yang lalu (SP 2) • Latih pasien untuk menghias diri I : Lanjutkan SP 3 E : SP 2 teratasi R : lanjut SP 3 dan 4</p> <p>Melatih pasien makan secara mandiri <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan cara mempersiapkan makan - Menjelaskan cara makan yang tertib - Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri</p>	Rizki N

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
1	2	3	4	5
			<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai - Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK <p>Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/Bak</p>	
	Sabtu 08-05-2023	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	<p>S : Klien mengatakan gemar menulis dan memberi makan pada kucing</p> <p>O : Klien terlihat senang Ketika menulis dan memberi makan kucing</p> <p>A : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah +</p> <p>P : berikan pujian setiap apa yang sudah dilakukan klien</p> <p>I : Mengevaluasi kegiatan yang Lalu (SP 1 Dan SP 2) Melatih kegiatan kedua yaitu memberi makan kucing</p> <p>E : SP 2 teratasi</p> <p>R : Evaluasi Kembali kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2).</p>	
		Defisit Perawatan Diri	<p>S : Klien mengatakan mau mandi dan berhias</p> <p>O : Klien tampak rapi</p> <p>A : Defisit perawatan diri</p> <p>P : melatih pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal harian</p> <p>I : Evaluasi Sp 1 sampai 4</p> <p>E : SP 4 Teratasi</p> <p>R : Hentikan Intervensi</p>	

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis membahas tentang masalah yang didapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. R Di Klinik Nur Illahi Assanie Garut. Masalah yang didapatkan berupa kesenjangan antar teori dengan keadaan langsung di lapangan, serta faktor yang mendukung dan menghambat selama pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah dari mulai pengkajian sampai evaluasi.

1. Pengkajian

- a. Pada tahap pengkajian, penulis memperoleh data klien baik data yang bersifat subjektif maupun objektif. Data subjektif didapatkan dari hasil wawancara kepada klien, sedangkan data objektif diperoleh penulis dengan cara observasi langsung yang terlihat oleh penulis. Dalam Pengkajian untuk mengumpulkan data, penulis menggunakan teknik terapeutik yaitu pendekatan pada klien (bina hubungan saling percaya). Pendekatan tersebut berupa wawancara dan observasi. Pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan pada tinjauan teoritis ditemukan pada kasus Tn. R dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang didapat dari hasil pengkajian. Pada studi kasus ini fokus pengkajian pada klien harga diri rendah yaitu keluhan utama, faktor predisposisi, psikososial dan status mental, pada klien data yaitu keluhan utama:

Klien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini karena belum menikah. Keluarga klien sudah mencoba menghibur dan mencoba menenangkan diri tetapi klien tetap menangis, hingga akhirnya klien

dibawa ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

Pada faktor Predisposisi diperoleh data klien pernah melakukan pengobatan ke psikiatri dan melakukan rawat jalan, tetapi pengobatan klien tidak berhasil. Klien tidak pernah mengalami kekerasan verbal sebelumnya, tetapi klien mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu depresi karena gagal mencari pekerjaan karena lulus dengan IPK kecil . Pada data gambaran diri Tn. R mengatakan menyukai semua anggota tubuh kecuali Kepala, karena pasien beranggapan kepala yang membuat dirinya seperti ini. Penampilan klien kurang rapi, identitas diri klien mengatakan dirinya adalah corosine engginer, klien mengatakan dirinya seorang laki laki 43 tahun klien adalah anak ke 3 dari 4 bersaudara, peran diri klien mengatakan tugasnya dikeluarga adalah membantu ibunya dan menjadi ibu untuk kedua anaknya, ideal diri klien mengatakan harapannya ingin cepat sembuh dan ketika sudah pulang klien berencana untuk menikah kembali dan mencari pekerjaan, harga diri klien mengatakan hubungan dengan orang lain kurang baik karena klien mengatakan merasa malu ketika berhubungan dengan orang lain dan merasa tidak bernilai dan tidak dihargai karena penyakit gangguan jiwanya, klien juga mengatakan merasa malu karena kisah cintanya selalu berakhir dengan kandas . Pada status mental alam perasaan klien kadang sedih kadang senang, interaksi selama wawancara klien mau diajak komunikasi tetapi kontak mata kurang dan tampak

menunduk.

Adapun data-data yang ditemukan pada saat pengkajian yang sesuai dengan teori adalah:

- a. Mengintropeksi diri sendiri.
- b. Perasaan diri yang berlebihan
- c. Sikap selalu negatif pada diri sendiri
- d. Bersikap pesimis dalam kehidupan
- e. Produktivitas menjadi menurun
- f. Tindakan menarik diri dari hubungan sosial.

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada klien Tn. R tetapi ada dalam teori, yaitu :

- a. Perasaan tidak mampu dalam semua hal
- b. Selalu merasa bersalah
- c. Mengeluh sakit fisik
- d. Pandangan hidup yang terpolarisasi
- e. Menentang kemampuan diri sendiri
- f. Perilaku destruktif yang terjadi pada diri sendiri
- g. Perilaku destruktif pada orang lain
- h. Penyalahgunaan suatu zat.

Tanda dan gejala tersebut tidak terjadi karena klien sudah mendapat perawatan. Pada saat pengkajian klien hanya menunjukkan tanda dan gejala mengintropeksi diri sendiri, bersikap pesimis dalam kehidupan, produktivitas menurun, Tindakan menarik diri dari hubungan sosial.

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 rubah, kegagalan, yang menyebabkan produktivitas (Suerni, 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).

Perubahan 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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang penulis temukan pada saat pengkajian pada Tn.R dengan gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah ada 2 diagnosa yang sesuai dengan teori, yaitu : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah. Dan Defisit Perawatan Diri . Diganosa ini muncul karena ada data yang didapatkan dari klien mengarah pada diagnosa Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, Data yang didapat dalam diagnosa Gangguan Konsep Diri Harga Diri: Harga Diri rendah berupa data subjektif yaitu klien malu karena di usia nya saat ini, klien belum menikah. Adapun data objektif yang ditemukan penulis yaitu klien selalu menundukan kepala, dan kontak mata berkurang & Adapun data Subjektif yang menunjukkan diagnosa Defisit Perawatan Diri pada Tn.R adalah Penampilan Klien kurang rapih.

Sedangkan masalah yang muncul pada teori tetapi tidak muncul pada laporan kasus yaitu :

- a. Isolasi Sosial , masalah tersebut tidak muncul karena kemungkinan pasien sudah beradaptasi dengan lingkungan dan sudah menetap 7 bulan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Garut .

3. Perencanaan Keperawatan

Pada tahap ini disusun berdasarkan tinjauan teoritis yaitu melakukan SP atau Strategi pelaksanaan . Terdapat 2 SP dalam diagnosa Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, dan 4 SP dalam Defisit Perawatan Diri Penulis dapat melaksanakan rencana ini karena adanya beberapa hal yang mendukung proses ini yaitu tersedianya literatur yang sesuai, klien

kooperatif, perawat Klinik yang dengan senang hati memberikan kemudahan dan masukan- masukan.

4. Implementasi.

Pada tahap ini, penulis melaksanakan Tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan, dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan klien saat ini. Sesuai dengan teori, pada saat akan melaksanakan tindakan perawatan membuat kontrak/janji terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang dikerjakan dan peran serta yang diharapkan klien. Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien, namun tindakan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus, di implementasi menggunakan strategi pelaksanaan sesuai kriteria keperawatan. Pada tanggal 04 April 2023 dilakukan SP 1 yang isinya mencakup: bina hubungan saling percaya, Mengidentifikasi aspek dan kemampuan positif, Membantu menilai kemampuan yang dapat digunakan, membantu klien memilih kemampuan positif yang akan dilatih yang dimiliki pasien, melatih kemampuan yang dimiliki klien, dan membantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih. Kemudian untuk masalah Defisit perawatan diri perawat melakukan latihan cara melakukan perawatan diri, melatih klien berdandan dan berhias, melatih pasien makan secara mandiri, mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri. Untuk SP 2 di

masalah keperawatan Harga diri rendah perawat melakukan : melatih klien melakukan kegiatan lain yang masih sesuai dengan kemampuan klien (mengaji).

Tindakan keperawatan sesuai teori yang dilakukan yaitu SP, di dalam 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 proses interpersonal karena melibatkan interaksi antara dua atau lebih individu dengan tujuan yang sama (Tomey, 2014).

5. Evaluasi.

Evaluasi dapat dilihat dari hasil Tindakan dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apakah masalah dapat diatasi atau belum, dalam kenyataannya masalah yang dihadapi klien semua teratasi. Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari adalah klien mampu membina hubungan saling percaya 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 mampu membuat jadwal kegiatan harian dan sudah mampu melakukannya secara mandiri. Klien juga sudah melakukan kebersihan diri dengan cara mandi dan berdandan, makan Mandiri, BAB dan BAK mandiri.

Evaluasi keperawatan adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai hasil dari tindakan keperawatan pada klien dan dilakukan terus menerus pada respons klien menjadi lebih baik atau tidak menggunakan pendekatan SOAP (Muhith, 2015). Evaluasi merupakan akhir dari proses keperawatan memberikan kesimpulan dari keseluruhan proses keperawatan yang telah dilakukan dan menunjukkan tujuan menghasilkan hal yang positif.

6. Dokumentasi

Tahap dokumentasi keperawatan bisa dibuat berdasarkan informasi tertulis atau secara elektronik. Dokumentasi ini menjelaskan tentang perawatan maupun layanan yang diberikan perawat kepada seorang klien, dengan sistem perawatan kesehatan (Rahmi,ana 2022).

Pada Saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan penulis mendapatkan beberapa kesulitan, tetapi dengan adanya teori berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing, penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa ini dari tahap pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah di Klinik Rehabilitasi mental Nur Illahie Assanie Garut, mulai dari tanggal 05-17 April 2023 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn.R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut.
3. Menyusun rencana Asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada Tn. R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut
4. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Tn. R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut

5. Melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia Paranoid Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia Paranoid Di Klinik rehabilitasi Mental Nur Illahi Aassanie Garut

B. REKOMENDASI

a. Untuk perawat

Diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal pada pasien jiwa, khususnya klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah akibat skizofrenia paranoid untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa pada pasien lainnya.

b. Untuk institusi pendidikan

Studi kasus dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut tentang perawatan pada klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah akibat skizofrenia paranoid.

c. Untuk Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan mampu menetapkan manajemen asuhan keperawatan sesuai teori yang sudah ada dan sesuai dengan pelayanan keperawatan, sehingga dapat meningkatkan keterampilan untuk menjadi bahan pembelajaran di lapangan kerja nanti.

DAFTAR PUSTAKA

- anindita, Bima, Ambarwati, W. N., & listyorini, D. (2016). Pengaruh Teknik Relaksasi Progresif Terhadap Kecemasan Pada Klien Skizofrenia Paranoid di RSJD Surakarta . *UMS Library*, 70.
- Astuti, L. (2020). Studi Dokumentasi Isolasi Sosial Pada Pasien Skizofrenia . *Akademi Keperawatan Yogyakarta*.
- Azizah, L. M. (2020). Buku Ajar Keperawatan Jiwa . *Indomedia Pustaka*.
- Fadli. (2017). Pengelolaan Pasien dengan Gangguan Obsesif-Kompulsif (OCD): Peran Keperawatan dalam Mengatasi Obsesi dan Kompuls. *Journal of Nursing Education (JNE)*.
- fauzi, M. (2021). Hubungan Beban Sosial Dengan Kemampuan Keluarga Merawat . *JIP Jurnal Inovasi Penelitian* .
- Indra Maulana. (2019). "Penerapan Askep Jiwa dalam Merawat Pasien dengan Gangguan Skizofrenia". *Journal of Nursing Scholarship (JNS)*.
- Juliasari, S. (2018). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Gangguan Harga Diri Rendah. *Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur* .
- Kaplan. (2016). ASKEP Jiwa pada Pasien dengan Gangguan Bipolar: Pendekatan Perawatan Holistik. *Nursing Research*.
- Marsudi. (2022). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Masalah Utama Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Skizofrenia Paranoid Tak Terinci . *STIKes Hang Tuah Surabaya*.
- Mubin. (2019). Keperawatan Jiwa . *Journal of Advanced Nursing (JAN)*.
- Pandede. (2020). "Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Gangguan Kepribadian Borderline". *Journal of Clinical Nursing (JCN)*.
- Pardede, S. (2020). "Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Gangguan Kecemasan. *Journal of Nursing Care Quality (JNCQ)*.
- puspita dewi, I. w. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Dengan Resiko Bunuh Diri . *Keperawatan Jiwa Vol.8*.

- Raharjo. (2014). ASKEP Jiwa pada Pasien Dengan Gangguan Psikotik Akut: Penilaian dan Intervensi Perawatan. *Nursing Research*.
- sari , m. n. (2022). Latihan Keterampilan Sosial Pada Pasien Isolasi Sosial Dengan Harga Diri Rendah Kronis . *Universitas Muhamadiyah Magelang*, 1.
- siagian , i. O., & niman, s. (2022). Efektivitas logoterapi Terhadap Harga Diri Rendah Situasional Pada Mahasiswa . *Jurnal keperawatan jiwa*, 1.
- Stuart, G. w. (2013). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa. *EdIndone*.
- Wakhid , A., & Yani, A. (2019). Penereapan Terapi Latihan Keterampilan Sosial Pada Klien Isolasi Sosial Dan Harga Diri Rendah. *Jurnal Keperawatan Indonesia*.
- Yosep. (2016). *Keperawatan Jiwa* .

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Rizki Nugraha
Jenis Kelamin : Laki- Laki
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 01 April 2002
Agama : Islam
Alamat : Jl.Proklamasi Dalam No.1 Kp.Nusaindah Desa Jayaraga
Rt.03 Rw.16 Kec.Tarogong Kidul Kabupaten Garut
Instagram : @riz.znugg
Gmail : rizkinugraha314@gmail.com

B.RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDIT Persis Tarogong (2008- 2014)
2. PPI 19 Bentar Garut (2014 -2018)
3. PPI 76 Tarogong Garut (2018-2020)
4. STIKes Karsa Husada Garut Program Studi Diploma Keperawatan (2020-2023)

C.RIWAYAT ORGANISASI

1. Staf Rijalul Ghad PPI 19 Bentar Garut (2015)
2. Badan Eksekutif Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut (2022-2023)
3. Korps Sukarela STIKes Karsa Husada Garut (2022-2023)
4. Ikatan Mahasiswa Kesehatan Jawa Barat (2021)

LAMPIRAN*Lampiran 1***STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)
PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH**

Hari ke-1 Tanggal 05/04/2023

1. Proses Keperawatan**a. Kondisi Klien**

Data Subjektif :

- 1) Klien mengatakan malu jika bertemu dengan orang lain.
- 2) Klien mengatakan malu karena dirinya belum menikah pada usia saat ini.

Data Objektif :

- 1) Klien tampak gelisah
- 2) Kontak mata kurang
- 3) Bicara lambat dengan nada suara pelan
- 4) Tampak nunduk
- 5) Lesu dan tidak bergairah

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Harga diri rendah
- 2) Defisit Perawatan Diri

c. Tujuan keperawatan

Harga diri rendah

- 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- 2) Menilai kemampuan yang dapat digunakan.

- 3) Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan.
- 4) Melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan.
- 5) Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.

Defisit Perawatan Diri

- 1) Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri
- 2) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
- 3) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
- 4) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
- 5) Melatih klien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri

d. Tindakan keperawatan

Harga diri rendah

- 1) Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki.
- 2) Nilai kemampuan yang dapat digunakan
- 3) Bantu klien memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan
- 4) Latih kemampuan yang telah dipilih
- 5) Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

Defisit perawatan diri

- 1) Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri
 - a) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
 - b) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
 - c) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
 - d) Melatih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri
- 2) Melatih klien berdandan/berhias

- a) Berpakaian
 - b) Menyisir rambut
 - c) Berhias
- 3) Melatih pasien makan secara mandiri
- a) Menjelaskan cara mempersiapkan makan
 - b) Menjelaskan cara makan yang tertib
 - c) Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan
 - d) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
- 4) Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri
- a) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
 - b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - c) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

08 .00 WIB

1. Fase orientasi

"Assalamualaikum, bagaimana keadaan Bapak hari ini? Bapak terlihat segar".

"Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah Bapak lakukan?"

Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat Bapak lakukan di ini. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih"

"Dimana kita duduk? Bagaimana kalau di ruang depan ? depan? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?".

2. Fase Kerja

"Bapak, apa saja kemampuan yang Bapak miliki? Bagus, apa lagi? Saya pakat daftarnya yaa! Apa pula kegiatan ini tangga yang bisa Bapak lakukan? Bagaimana dengan menulis cerita ?memberi makan kucing ? senam ...dst". " Wah, bagus sekali ada 2 kemampuan dan kegiatan yang Bapak miliki".

"Dari dua kegiatan/kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakandi sini ? Coba kita lihat, yang pertama bisakah, yang kedua ?. Bagus sekali ada 2 kegiatan yang masih bisa dikerjakan di sini

"Sekarang coba Bapak pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di Ini ". "Ooo...yang nomor 1, juga ? Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan menulis cerita". "Mari kita menulis di meja ya pak ?"

"Nah, kalau kita menulis cerita jangan lupa alat tulis nya ya opak, ini saya sudah menyediakan alat tulisnya, ayo kita menulis cerita bersama,, bagus!"

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Bapak setelah kita bercakap-cakap dan menulis cerita bersama? ,Bapak ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di sini Salah satunya, menulis cerita yang sudah Bapak praktikkan dengan baik sekali.

"Sekarang mari kita masukkan pada jadwal harian Bapak. Mau

berapa kali sehari menulis cerita. Bagus, 2 kali yaitu pagi-pagi dan sore hari, jam berapa? Jam 09 dan 16.00 ?

"Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. Bapak masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di iniselain menulis cerita? Ya, bagus! Memberi makan kucing , kalau begitu kita akan memberi makan kucing besok jam 11 pagi ".

“Baik, bagaimana kalau jam 13.00 saya datang berbincang-bincang mengenai kebersihan diri ? Tempatnya di sini saja ya pak”

13.00

1. Fase Orientasi :

“Assalamualaikum , sesuai janji saya jam 13.00 sekarang saya datang lagi”

“Bagaimana perasaan Bapak saat ini?”

“Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita bebincang-bincang kebersihan diri ”

“Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana ? Baik disini saya ya.”

2. Fase Kerja :

“Kira-kira berapa kali Bapak mandi dalam sehari? Apakah Bapak Sudah mandi hari ini? Sudah dikeramas? Menurut Bapak apa kegunaan mandi? Apa alasan Bapak tidak bisa merawat diri? Kira-kira tanda-tanda orang yang tidak merawat diri dengan baik seperti apa? Kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri masalah apa menurut Bapak yang bisa muncul? “Sekarang

coba sepaatkan cara melakukan perawatan diri saat mandi. Bagus ya Bapak sudah mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri saat mandi”

“Apa yang Bapak lakukan setelah selesai mandi? Apa Bapak sudah ganti baju?. Berganti pakaian yang bersih 2x/hari. Apa alasannya Bapak tidak mau mengganti baju? Oke tadi Bapak juga sudah tahu ya apabila tidak melakukan perawatan diri dengan baik kuman-kuman akan menempel di badan kita sehingga menyebabkan timbul nya penyakit kulit dan lain-lain

3. Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan Bapak setelah berbincang-bincang mengenai keuntungan berhubungan dengan orang lain ? Sekarang coba Bapak ulangi apa pentingnya kebersihan diri ?”

“Iya bagus sekali ya Bapak sudah tahu. Mari kita masukkan ke dalam jadwal aktivitas harian Bapak ya. Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan yang tadi menulis cerita.”

“Mau jam berapa? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa pak.”

Hari Ke-2 Tanggal 06/04/2023

4. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

Data Subjektif :

- 1) Klien mengatakan ingin menulis cerita
- 2) Klien mengatakan sudah latihan menulis cerita pada sore hari

Data Objektif :

- 1) Klien menunggu kedatangan perawat dengan tidak sabar

- 2) Klien sangat antusias untuk melakukan menulis cerita bersama dengan perawat

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Harga Diri Rendah
- 2) Defisit Perawatan Diri

c. Tujuan keperawatan

Harga diri rendah

- 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- 2) Menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- 3) Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan.
- 4) Melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan.
- 5) Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.

Defisit Perawatan Diri

- 1) Klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri
- 2) Klien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik.

e) Tindakan keperawatan

Harga diri rendah

- 1) Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki.
- 2) Nilai kemampuan yang dapat digunakan
- 3) Bantu klien memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan
- 4) Latih kemampuan yang telah dipilih.
- 5) Masukkan ke dalam jadwal kegiatan.

- 1) Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri

- 2) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
- 3) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
- 4) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
- 5) Melatih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri
- 6) Melatih klien berdandan/berhias
 - a) Berpakaian
 - b) Menyisir rambut
 - c) Berhias
- 7) Melatih pasien makan secara mandiri
 - a) Menjelaskan cara mempersiapkan makan
 - b) Menjelaskan cara makan yang tertib
 - c) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan
 - d) Praktik makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
- 8) Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri
 - a) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
 - b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK

Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

10.00 WIB

SP 2

1. Fase orientasi

"Assalamualaikum, bagaimana keadaan Bapak hari ini?".

"Apa Bapak siap untuk menulis cerita pagi ini dengan saya?"

"baiklah kalau gitu kita siap siap dulu yu"

"Kita sudah ditaman ni pak, untuk waktu menulis cerita nya kira kira 10 menit cukup pak?"

"baik kalo gitu mari kita mulai"

5. Fase Kerja

" Baik Bapak sekarang Bapak dulu dilanjutkan kita barengan ya pak"

" masyaallah Bapak hebat sekali"

" ayok kita menulis cerita bersama,, bagus!".

6. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Bapak setelah kita bercakap-cakap dan menulis cerita bersama hari ini?

"Sekarang mari kita latihan yang kedua yu pak, yaitu memberi makan kucing . Ayok kita ke taman Bapak"

"masyaallah ternyata suara Bapak bagus sekali ya pak , bagus! ".

"Baik, bagaimana kalau jam 13.00 saya datang berbincang-bincang mengenai kebersihan diri ? Tempatnya di sini depan ruang tengah aja ya pak"

13.00

SP 2 dan 3

1. Fase Orientasi :

“Assalamualaikum , sesuai janji saya jam 13.00 sekarang saya datang lagi”

“Bagaimana perasaan Bapak saat ini?”

“Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita berbincang-bincang seputar kebersihan diri ya ”

“Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana ? Baik disini saya ya.”

2. Fase Kerja :

“apa Bapak sudah mandi hari ini ?”

“apa Bapak sudah mengganti baju hari ini, baju Bapak terlihat tidak rapi dan kotor ? “ oh belum ya pantas saja kalo gitu kita belajar berhias ya paku, bagaimana kalo kita ganti baju dan berdandan agar Bapak terlihat sangat cantik

“ baik kalo gitu ayo ganti baju, wah baju Bapak bagus sekali wangi dan rapi, ternyata Bapak juga punya bedak dan lipstik ya ayo kita memakai itu pak, ”

“masyaallah rapih sekali Bapak, nanti kita masukan ke jadwal harian ya pak”

3. Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan Bapak setelah berhias?”

“Iya bagus sekali ya Bapak sudah tau. Mari besok kita lakukan kembali menghias diri dan menulis cerita bersama ya pak.”

“Mau jam berapa pak? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa pak”

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Hari ke 3 07-04-2023

10.00 WIB

SP 2

1. Fase Orientasi

"Assalamualaikum, bagaimana keadaan Bapak hari ini?"

"Apa Bapak siap untuk menulis cerita pagi ini dengan saya?"

"baiklah kalau gitu kita siap siap dulu yu"

"Kita sudah di ruang tengah ni pak, untuk waktu menulis ceritanya kira kira 10 menit cukup pak ?"

"baik kalo gitu mari kita mulai"

2. Fase Kerja

" baik Bapak sekarang mari kita lakukan"

" masyaallah Bapak hehheh sekali"

" ayok kita menulis cerita bersama,, bagus!".

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Bapak setelah kita bercakap-cakap dan menulis cerita bersama hari ini?"

"Sekarang mari kita latihan yang kedua yu pak, yaitu memberi makan kucing. Ayok kita ke taman pak"

"masyaallah kucingnya terlihat senang sekali ya pak , bagus! ". "tulisan Bapak bagus sekali dan Bapak sangat kreatif menulisnya "

"Baik, bagaimana kalau jam 13.00 saya datang berbincang-bincang mengenai kebersihan diri ? Tempatnya di sini depan taman aja ya pak"

13.00

SP 3 & 4

4. Fase Orientasi :

“Assalamualaikum , sesuai janji saya jam 13.00 sekarang saya datang lagi”

“Bagaimana perasaan Bapak saat ini?”

“Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita berbincang-bincang seputar kebersihan diri ya ”

“Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana ? Baik disini saya ya.

5. Fase Kerja :

“apa Bapak sudah mandi hari ini ?wah bagus sekali Bapak sudah mandi 2 kali ya”

“apa Bapak sudah menggosok gigi hari ini ? belum ? “

“ baik kalo begitu sekarang saya akan melatih Bapak untuk gosok gigi, caranya seperti ini ya pak”

“ayo sekarang giliran Bapak yang gosok gigi”

“masyaallah ternyata Bapak bisa, bagaimana perasaan Bapak setelah menggosok gigi pastinya nyaman dan segar ya pak “

“ apa Bapak sudah sahur tadi ?, sudah , apakah Bapak merapikah kembali tempat makan yang sudah dipakai ? iya, wah Bapak hebat. Biasanya setelah makan suka BAB/BAK jika BAB/BAK apa yang harus dilakukan, wah Bapak pintar jika sudah BAB/BAK sebaiknya

dilakukan di toilet, habis itu di bilas yaa pak jangan lupa untuk selalu mencuci tangan agar tangan Bapak tetap bersih dan wangi ya pak”

6. Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan Bapak setelah menggosok gigi?”

“Iya bagus sekali ya Bapak sudah tahu. Mari besok kita lakukan kembali gosok gigi dan yoga , mengaji bersama ya pak.”

“Mau jam berapa pak? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa pak.

“Wassalamualaikum”

