



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN AN. N DENGAN
HARGA DIRI RENDAH KRONIS DI RUANG PHCU
WANITA RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI
MAHDI BOGOR**

SHELA PRADITA UMIASTUTI

2011109

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN AN. N DENGAN
HARGA DIRI RENDAH KRONIS DI RUANG PHCU
WANITA RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI
MAHDI BOGOR**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

SHELA PRADITA UMIASTUTI

2011109


**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Shela Pradita Umiastuti

NIM : 2011109

Tanda tangan : 

Tanggal : 16 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN AN. N DENGAN
HARGA DIRI RENDAH KRONIS DI RUANG PHCU
WANITA RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI
MAHDI BOGOR**

Pembimbing

Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J

Penguji I

Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J

Penguji II

Shinta Prawitasari, M.Kep

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

Ellynia, S.E., M.M

Ketua

iv

Prodi Diploma Tiga Keperawatan STIKes RS Husada

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ellynia, S.E., M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada;
2. Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
3. Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J dan Shinta Prawitasari, M.Kep selaku dosen penguji dalam Tugas Akhir yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah;
4. Ns. Yarwin Yari, M.Kep., M.Biomed selaku wali kelas yang selalu memberi motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah;
5. Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Kaprodi Diploma Tiga Keperawatan yang selalu memberi motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah;
6. Dosen beserta staf STIKes RS Husada yang telah membimbing dari semester pertama sampai semester akhir;
7. Dr. dr. Fidiansjah, Sp.KJ., MPH selaku Direktur Utama Rumah Sakit Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor atas perizinannya sehingga penulis dapat menerapkan teori yang penulis dapat untuk dipraktekkan;

8. Wina Fitria Oktaviani, A.Md.Kep dan Luli Luthfiati, A.Md.Kep selaku pembimbing ruangan PHCU Wanita Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor yang telah membimbing selama praktek;
9. An. N yang telah memberikan kepercayaan kepada penulis dan kooperatif dalam menjalankan asuhan keperawatan dari awal sampai akhir;
10. Kedua orang tua saya Bapak Margiyanto dan Ibu Erni Setiawati yang selalu mendoakan, memberikan dukungan secara materi maupun moril, dan memberikan motivasi untuk menyelesaikan pendidikan saya;
11. Adik kandung saya Fadhil Alhafidz, sepupu-sepupu, dan tante saya yang selalu mendoakan, memberikan dukungan secara materi maupun moril, dan memberikan motivasi untuk menyelesaikan pendidikan saya;
12. Sahabat-sahabat saya Nurul Aeni, Siti Roudhotul Ma'wa, Putri Alicia Fauzi, Rosa Aulia, Lusitania Eka Tejoningrum, Dila Sri Oktaviani, Adinda Salsabila, Ayu Ratna Nurhalifah, Filhayati Janatun, dan Fath Ma Abdillah yang selama tiga tahun di perkuliahan, berbagi keluh kesah, bertukar pikiran, dan saling memberi semangat untuk menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah;
13. Teman-teman terdekat saya Iren Adela, Imelda Widya Ningsih, Megawati Tri Fajriana, Dinda Happy Ayu Silvia, Meisya Dwi Syafitri, Irna Yuliani, Zakiyyah Arief Atshillah, Tri Halimah Nur Rahmadhani, Eva Hermana Lia Putri, dan Farah Raihana yang telah membantu, mendukung, dan memberikan semangat dalam segala hal hingga bisa menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah;
14. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun telah berjuang bersama-sama, terkhusus untuk kelas 3C terima kasih untuk tiga tahun yang berkesan ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II : TINJAUAN TEORI	
A. Pengertian	7
B. Psikodinamika	8
C. Rentang Respon	9
D. Asuhan Keperawatan	11
1. Pengkajian Keperawatan	11
2. Pohon Masalah	16
3. Diagnosa Keperawatan	17
4. Intervensi Keperawatan	17
5. Implementasi Keperawatan	19
6. Evaluasi Keperawatan	20
BAB III : TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian Keperawatan	22
B. Analisa Data	29
C. Pohon Masalah	34
D. Diagnosa Keperawatan	34
E. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	35
BAB IV : PEMBAHASAN	
A. Pengkajian Keperawatan	71
B. Diagnosa Keperawatan	72
C. Perencanaan Keperawatan	75
D. Pelaksanaan Keperawatan	76
E. Evaluasi Keperawatan	79
BAB V : PENUTUP	
A. Kesimpulan	81
B. Saran	82
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Harga Diri Rendah	9
Gambar 2.2 Pohon Masalah	16
Gambar 3.1 Genogram An. N	24
Gambar 3.2 Pohon Masalah An. N	34

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data An. N	29
Tabel 3.2 Daftar Kemampuan An. N	40
Tabel 3.3 Daftar Kemampuan An. N SP I	41
Tabel 3.4 Daftar Kemampuan An. N SP II	43
Tabel 3.5 Daftar Kemampuan An. N SP III	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Strategi Pelaksanaan

Lampiran 2 : Analisa Obat

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa diartikan sebagai keadaan sejahtera, dimana seseorang memiliki kemampuan untuk menyadari potensi yang ada dalam dirinya, dapat mengatasi tekanan kehidupan yang terjadi, bekerja secara produktif, dan dapat berkontribusi dalam komunitasnya. Seseorang yang sering mengalami tekanan emosional, *distress*, dan terganggunya fungsi (disfungsi), akan memiliki potensi cukup besar mengalami gangguan jiwa yang dikenal dengan istilah orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). (Rahayu, Mustikasari, & Daulima, 2019)

Gangguan jiwa merupakan sekumpulan perilaku dan psikologis seseorang yang menyebabkan terjadinya keadaan tertekan, rasa tidak nyaman, penurunan fungsi tubuh, dan kualitas hidup. Gangguan jiwa menimbulkan beban tersendiri bagi mereka yang menderita penyakit tersebut. Fungsi fisik, psikologis, kognitif, emosional, dan sosial dapat menjadi terganggu oleh proses penyakit gangguan jiwa. Seseorang yang didiagnosis dengan penyakit gangguan jiwa sering kali harus mengatasi penolakan, penghindaran, dan bahkan kekerasan fisik yang disebabkan oleh makna budaya negatif terkait

dengan gangguan jiwa. (Tuasikal, Siauta, & Embuai, 2019)

Skizofrenia merupakan salah satu penyakit gangguan jiwa yang ditandai dengan disorganisasi pola pikir seseorang serta dimanifestasikan dengan masalah komunikasi. Gejala skizofrenia meliputi gejala positif seperti delusi, dan halusinasi. Sedangkan gejala negatif seperti apatis, afek datar, hilangnya minat atau ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas rutin, kemiskinan isi pembicaraan, dan gangguan dalam hubungan sosial, biasanya ditemukan pada pasien dengan harga diri rendah. (Rahayu, Mustikasari, & Daulima, 2019)

Prevalensi skizofrenia pada anak-anak dilaporkan kurang dari 1 kasus pada 10.000 anak, sedangkan prevalensi skizofrenia meningkat pada usia 13-18 tahun. Gejala-gejala skizofrenia yang muncul pada onset anak-anak sama dengan yang muncul pada onset remaja dan dewasa. Namun dengan adanya komorbiditas gangguan kejiwaan, termasuk gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, ADHD), gangguan depresi, dan gangguan cemas dapat meningkatkan fitur fenomena skizofrenia tersebut. (Evayanti, 2014)

Salah satu gejala negatif dari skizofrenia adalah perubahan-perubahan perilaku seseorang dimana selalu menilai diri dan orang lain secara negatif atau menilai rendah terhadap kemampuan yang dimilikinya, yang disebut harga diri rendah. (Rokhimmah & Rahayu, 2020) Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, prevalensi pasien dengan harga diri rendah di Indonesia diperkirakan mencapai 40% dari jumlah 2,5 juta orang penderita

gangguan jiwa, lebih dari 30% pasien dengan harga diri rendah tidak mendapatkan penanganan. (Kusumawati & Hartono, 2019)

Harga diri rendah muncul akibat dari penilaian internal seseorang maupun penilaian eksternal yang negatif. (Fatah, 2018) Harga diri yang tinggi digambarkan dari sifat seseorang yang memiliki perasaan penerimaan diri tanpa syarat meski salah, kalah, dan gagal, sebagai sesuatu yang berharga dan sifat penting untuk dirinya sendiri. Sedangkan seseorang yang memiliki perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan harga diri rendah yang berkepanjangan karena evaluasi negatif terhadap diri mereka sendiri, merupakan gambaran seseorang yang memiliki harga diri yang rendah. (Pardede & Laia, 2020)

Pasien harga diri rendah biasanya memiliki lebih dari satu masalah keperawatan. Sejumlah masalah pasien akan saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah. (Elvidiana & Fitriani, 2019) Peran perawat dalam mengatasi masalah gangguan interaksi pada pasien gangguan jiwa khususnya pasien dengan harga diri rendah, yaitu dapat melakukan upaya-upaya tindakan keperawatan yang bertujuan untuk menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan harga diri rendah dalam upaya meningkatkan harga diri pasien dengan cara melakukan terapi aktivitas kelompok. (Tuasikal, Siauta, & Embuai, 2019)

Peran perawat dalam kesehatan jiwa ada 4 yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Promotif merupakan kegiatan yang bersifat promosi

kesehatan. Preventif merupakan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit. Kuratif merupakan suatu kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk menyembuhkan penyakit, pengurangan penderita akibat penyakit atau kecacatan agar kualitasnya optimal. Rehabilitatif merupakan suatu kegiatan untuk mengembalikan penderita ke dalam masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Berdasarkan data yang didapatkan, penulis tertarik untuk membuat laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien An. N dengan Harga Diri Rendah Kronis di Ruang PHCU Wanita Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah kronis di RSJ Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah kronis.
- b. Mahasiswa mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah kronis.

- c. Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah kronis.
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah kronis.
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah kronis.
- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktek.
- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi dalam pemecahan masalah.
- h. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah kronis.

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan mengenai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan masalah gangguan jiwa Harga Diri Rendah Kronis di Ruang PHCU Wanita Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor Tahun 2023.

D. Metode Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah menggunakan metode deskriptif dan kepustakaan, metode deskriptif yaitu salah satu jenis metode penelitian yang berusaha menggambarkan sesuatu secara objektif, menampilkan data, serta

membahas dan membuat kesimpulan. Metode studi kepustakaan yaitu mempelajari buku-buku dan jurnal untuk memperoleh bahan-bahan ilmiah yang berhubungan dengan penulisan karya tulis ilmiah.

Dalam proses pengumpulan data penulis menggunakan beberapa metode yaitu studi wawancara, penulis melakukan wawancara langsung dengan pasien serta petugas kesehatan yang mengetahui tentang keadaan pasien.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari 5 BAB yaitu pada BAB I adalah pendahuluan, terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II adalah tinjauan teori, terdiri dari konsep dasar (pengertian, psikodinamika, etiologi, faktor predisposisi dan presipitasi, tanda dan gejala, rentang respon, pengkajian keperawatan, pohon masalah, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan). BAB III adalah laporan kasus, terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV adalah pembahasan, membandingkan dan menganalisa antara teori dan kasus termasuk faktor pendukung dan penghambat. BAB V adalah penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran, karya tulis ilmiah ini dilengkapi dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Harga diri rendah adalah perasaan negatif terhadap diri sendiri seperti kehilangan rasa percaya diri, merasa tidak berharga, tidak berguna, tidak berdaya, pesimis, tidak ada harapan, dan putus asa. (Ambo, Firmawati, & Syukur, 2023) Harga diri rendah melibatkan evaluasi diri yang berhubungan dengan perasaan lemah, ketakutan, rentan, rapuh, tidak lengkap, dan tidak memadai. (Keliat et al., 2020)

Tingkat harga diri seseorang memiliki rentang tinggi sampai rendah. Seseorang yang memiliki harga diri tinggi mampu berperan aktif di lingkungannya, bisa beradaptasi secara efektif untuk berubah, serta cenderung merasa aman. Sedangkan seseorang yang memiliki harga diri rendah melihat lingkungan dengan cara negatif dan menganggap sebagai ancaman. Harga diri seseorang dapat meningkat bila diperhatikan, dicintai, dihargai, atau dibanggakan. (Sihombing, 2020)

Harga diri rendah dapat terjadi secara situasional (trauma) atau kronis (evaluasi diri negatif yang telah berlangsung lama). Dapat diekspresikan secara langsung atau tidak langsung. (Syafitri, 2022) Harga diri rendah kronis

yaitu perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri yang sudah berlangsung selama minimal tiga bulan. (Keliat et al., 2020)

Berdasarkan definisi di atas dapat diambil kesimpulan bahwa harga diri rendah kronis yaitu ketika seseorang mengalami gangguan untuk menilai dirinya sendiri dan kemampuan yang dimilikinya, sehingga menyebabkan hilangnya rasa kepercayaan diri dan sudah berlangsung dalam waktu yang lama. Gangguan harga diri rendah akan terjadi jika seseorang kehilangan kasih sayang, perlakuan dari orang lain yang mengancam, dan hubungan interpersonal yang tidak baik.

B. Psikodinamika

Faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi harga diri rendah kronis seseorang meliputi penolakan dari orang lain dan lingkungan sekitar, merasa kurang mendapat penghargaan, pola asuh dari orang tua yang *overprotektif*, otoriter, tidak konsisten, terlalu dituruti, merasa selalu dituntut, terjadi persaingan antar keluarga/individu, atau kesalahan dan kegagalan yang sering berulang sehingga seseorang merasa tidak mampu mencapai standar tertentu. (Yusuf, Fitryasari, & Nihayati, 2015)

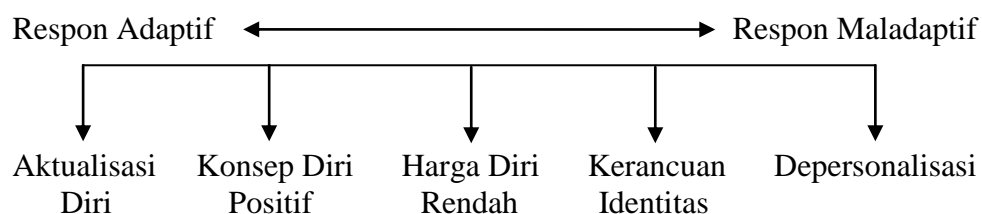
Faktor presipitasi harga diri rendah kronis seseorang dapat ditimbulkan dari sumber internal maupun eksternal, misalnya ada salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan mental sehingga keluarga merasa malu dan rendah diri. Pengalaman traumatik seseorang juga dapat menimbulkan

harga diri rendah, seperti mendapat penganiayaan seksual atau kecelakaan yang menyebabkan seseorang dirawat di Rumah Sakit dengan pemasangan alat bantu yang tidak nyaman baginya. (Diana, 2020)

Dapat dilakukan pengumpulan data yang meliputi perilaku seseorang secara objektif dan dapat diamati seperti tindakan menarik diri dari hubungan sosial, serta perasaan subjektif yang diungkapkan atau dunia dalam diri seseorang sendiri seperti merasakan takut dan cemas dalam suatu keadaan. Perilaku yang terkait dengan harga diri rendah kronis salah satunya adalah mengkritik diri sendiri, sedangkan kerancuan identitas seperti sifat pribadi seseorang yang bertentangan serta depersonalisasi. (Syafitri, 2022)

Harga diri rendah kronis terjadi akibat dari harga diri rendah situasional yang tidak terselesaikan atau tidak adanya *feedback* (umpan balik) yang baik dari lingkungan atau orang lain terhadap perilaku seseorang sebelumnya. Berawal dari seseorang dihadapkan dengan stresor (krisis) dan sudah berusaha untuk menyelesaikan tetapi tidak tuntas, sehingga menyebabkan evaluasi dalam diri bahwa ia tidak bisa atau gagal menjalankan peran dan fungsinya. (Fajarani, 2017)

C. Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Harga Diri Rendah (Syafitri, 2022)

Respon adaptif meliputi aktualisasi diri dan konsep diri yang positif serta bersifat membangun (konstruktif) dalam usaha mengatasi stresor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri. Sedangkan respon maladaptif terdiri dari aktualisasi diri dan konsep diri yang negatif serta bersifat merusak (destruktif) dalam usaha mengatasi stresor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri. (Muhith, 2015)

Aktualisasi diri merupakan respon adaptif yang tertinggi karena seseorang dapat mengekspresikan kemampuan yang dimilikinya. Konsep diri positif yaitu ketika seseorang dapat mengidentifikasi kemampuan dan kelemahannya secara jujur serta bisa berpikir secara positif dan realistis dalam menilai suatu masalah. (Muhith, 2015) Harga diri rendah meliputi perasaan negatif terhadap dirinya sendiri, termasuk kehilangan rasa percaya diri, merasa tidak berharga, tidak berguna, pesimis, tidak ada harapan, dan putus asa. (Syafitri, 2022)

Kerancuan identitas adalah ketika seseorang mengalami kegagalan untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanaknya kedalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis. Depersonalisasi yaitu suatu perasaan yang tidak realistis dan keasingan dirinya dari lingkungan sekitar. Seseorang mengalami kesulitan dalam membedakan dirinya sendiri dengan orang lain, sehingga tubuhnya sendiri terasa tidak nyata dan asing baginya. (Muhith, 2015)

D. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah pengumpulan data subjektif dan objektif pasien yang dilakukan pertama kali oleh perawat setelah pasien masuk Rumah Sakit. Pengkajian keperawatan disebut sebagai langkah awal dari proses keperawatan, pengkajian harus dilakukan secara komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien. Misalnya mampukah pasien melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga fokus pengkajian pada pasien adalah respon dari pasien yang nyata maupun potensial terhadap masalah-masalah aktivitas harian pasien. (Sitorus, 2019)

Menurut (Dwi, 2020), pengkajian keperawatan jiwa meliputi identitas seperti nama, umur, jenis kelamin, nomor rekam medis, tanggal masuk Rumah Sakit, dan tanggal pengkajian. Lalu alasan masuk pasien tanyakan kepada pasien dan keluarga apa alasan pasien dibawa ke Rumah Sakit, keluhan utama pasien dengan harga diri rendah kronis biasanya merenung atau menyendiri serta mengkritik atau menyalahkan diri sendiri. Faktor predisposisi mengenai riwayat kesehatan dahulu, apakah ada riwayat gangguan pada pasien atau keluarga serta adanya gangguan fisik atau penyakit termasuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Riwayat psikososial pada pasien harga diri rendah kronis yang perlu diketahui adalah pernah atau tidak melakukan atau mengalami ataupun menyaksikan seperti penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam rumah tangga, aniaya, serta tindakan kriminal. Perlu dikaji juga pengalaman masa lalu pasien yang tidak menyenangkan baik bio, psiko, sosio, kultural, maupun spiritual. Harga diri rendah kronis bisa disebabkan dari faktor keturunan. Oleh sebab itu, pada riwayat penyakit keluarga harus dikaji apakah ada keluarga yang pernah atau sedang mengalami gangguan jiwa. (Dwi, 2020)

Faktor presipitasi meliputi masalah khusus mengenai harga diri rendah kronis yang disebabkan oleh situasi yang pernah dihadapi pasien dan ia tidak mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi tersebut. Situasi akibat stresor dapat mempengaruhi terjadinya harga diri rendah kronis. Pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), meliputi tekanan darah, suhu, pernafasan. Pemeriksaan tubuh secara menyeluruh yaitu pemeriksaan *head to toe* yang biasanya tampak penampilan pasien yang kotor dan acak-acakan serta penampilannya yang tidak terawat. (Samosir, 2021)

Pada pengkajian psikososial terdapat pembuatan genogram minimal tiga generasi dari pasien yang menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, serta pertumbuhan pasien dan keluarga. Konsep diri

meliputi gambaran diri pasien, tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh pasien yang tidak disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai, dan bagian tubuh pasien yang disukai. (Dwi, 2020)

Identitas diri mengkaji kepuasan pasien terhadap jenis kelaminnya dan status pasien sebelum dirawat di Rumah Sakit, seperti pasien merasa tidak berdaya dan rendah diri sehingga tidak mempunyai status yang dibanggakan atau diharapkan di keluarga ataupun masyarakat. Pada fungsi peran biasanya pasien akan mengalami penurunan produktifitas dan merasa tidak mampu dalam menjalankan tugasnya. Ideal diri diantaranya menanyakan harapan pada tubuh pasien, posisi status pasien, peran pasien, harapan pasien terhadap lingkungan, serta harapan pasien terhadap penyakitnya. (Dwi, 2020)

Pengkajian harga diri pada pasien harga diri rendah akan ditemukan data pasien seperti mengejek dan mengkritik dirinya sendiri, menurunkan martabat diri, serta menolak kemampuan yang dimiliki. (Dwi, 2020) Hubungan sosial dapat ditanyakan siapa orang terdekat di kehidupan pasien, tempat mengadu, berbicara, meminta bantuan atau dukungan, serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok atau masyarakat. Apakah pasien tidak mempunyai orang yang dianggap sebagai tempat mengadu dan meminta dukungan, pasien merasa berada di lingkungan

yang mengancam, keluarga kurang memberikan penghargaan kepada pasien, atau kesulitan pasien saat berinteraksi. (Febriana et al., 2016)

Spiritual seperti nilai dan keyakinan pasien, kegiatan ibadah atau menjalani keyakinan, serta kepuasan pasien dalam menjalankan keyakinan. Dapat ditemukan falsafah hidup pasien merasa perjalanan hidupnya penuh dengan ancaman, tapi tujuan hidupnya biasanya jelas. Konsep kebutuhan dan praktek keagamaan pasien mengakui adanya Tuhan tetapi tidak yakin terhadap Tuhan, putus asa karena Tuhan tidak memberikan sesuai apa yang pasien inginkan dan tidak mau menjalankan kegiatan agamanya. (Samosir, 2021)

Status mental meliputi penampilan pasien, penampilan tidak rapih karena pasien kurang minat untuk perawatan diri. Kemunduran dalam tingkat kebersihan dan kerapihan diri, pasien bau badan karena tidak mandi merupakan salah satu tanda gangguan jiwa dengan harga diri rendah kronis. Komunikasi pasien dengan frekuensi lambat, tertatah, volume suara rendah, serta sedikit berbicara inkoheren. Aktivitas motorik pasien terlihat tegang, lambat, gelisah, ataupun terjadi penurunan aktivitas interaksin. Alam perasaan pasien biasanya akan merasa tidak mampu dan pandangan hidupnya selalu merasa pesimis. (Samosir, 2021)

Afek emosi pasien terkadang tampak tumpul, emosi berubah-ubah, pasien merasa kesepian, apatis, depresi, sedih, atau cemas. Interaksi selama wawancara dengan pasien akan tidak kooperatif, mudah

tersinggung, kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara, defensif atau selalu mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya. Persepsi-sensori pasien biasanya mengalami halusinasi pendengaran atau penglihatan yang mengancam atau memberi perintah. (Dwi, 2020)

Proses pikir meliputi data yang diperoleh dari observasi pada saat wawancara dengan pasien. Seperti arus pikir, apakah pasien koheren, inkoheren, tangensial, *flight of ideas*, *bloking*, neologisme, atauosiasi bunyi. (Samosir, 2021) Isi pikir pasien harga diri rendah kronis biasanya akan merasa salah dan khawatir, menghukum atau menolak diri sendiri, mengejek dan mengkritik dirinya sendiri. (Yusuf, Fitryasari, & Nihayati, 2015)

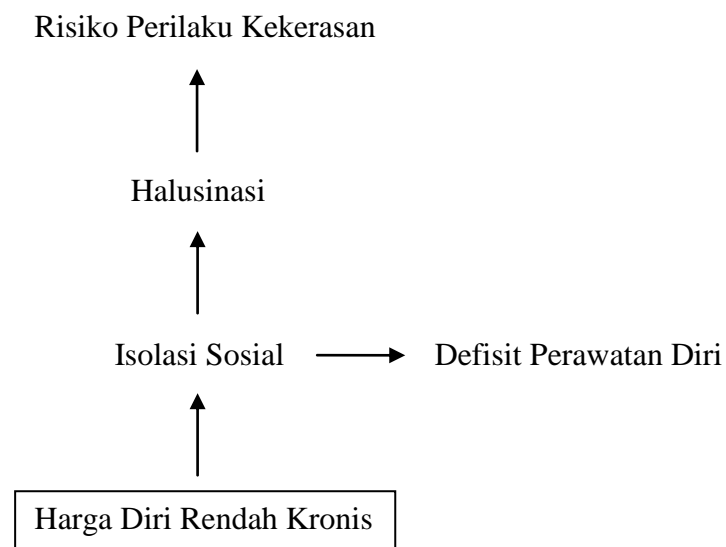
Tingkat kesadaran pasien harga diri rendah kronis biasanya akan tampak bingung dan kacau. Stupor merupakan gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan berulang-ulang, anggota tubuh pasien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama tetapi pasien menyadari semua yang terjadi di lingkungannya. Sedasi terjadi ketika pasien mengatakan ia merasa seperti melayang-layang, antara sadar atau tidak sadar. (Samosir, 2021)

Memori meliputi daya ingat jangka panjang yaitu pasien mampu mengingat kejadian masa lalu lebih dari satu bulan, daya ingat jangka menengah yaitu pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi satu minggu terakhir, dan daya ingat jangka pendek yaitu pasien dapat mengingat

kejadian yang terjadi pada saat ini. Tingkat konsentrasi dan berhitung pasien harga diri rendah kronis dapat diperhatikan pasien mudah berganti dari satu objek ke objek lain atau tidak, apakah pasien mampu berkonsentrasi, serta mampu berhitung atau tidak. (Dwi, 2020)

Kemampuan penilaian pasien harga diri rendah kronis dalam mengambil keputusan meliputi ringan yaitu pasien dapat mengambil suatu keputusan yang sederhana dengan dibantu, atau bermakna ialah pasien merasa tidak mampu mengambil suatu keputusan walaupun sudah dibantu. Daya tilik diri pasien harga diri rendah kronis sering tidak menyadari bahwa pasien mengalami gangguan jiwa. (Dwi, 2020)

2. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah
(Samosir, 2021)

3. Diagnosa Keperawatan

Perawat kesehatan jiwa selanjutnya akan menganalisis data pengkajian yang sudah didapatkan untuk menentukan diagnosis. Landasan untuk memberikan asuhan keperawatan jiwa adalah pengenalan dan mengidentifikasi pola respon terhadap masalah kesehatan jiwa yang aktual dan potensial. (Yusuf, Fitryasari, & Nihayati, 2015) Diagnosa keperawatan yang dapat muncul berkaitan dengan harga diri rendah kronis yaitu isolasi sosial, defisit perawatan diri, halusinasi, serta risiko perilaku kekerasan. (PPNI, 2019)

4. Intervensi Keperawatan

Pada intervensi keperawatan, perawat kesehatan jiwa akan mengembangkan rencana asuhan keperawatan yang menggambarkan intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Rencana asuhan keperawatan digunakan untuk memandu intervensi terapeutik secara sistematis sehingga mencapai tujuan yang diharapkan. (Syafitri, 2022)

Diagnosa Keperawatan : Harga diri rendah kronis. Tujuannya agar pasien mampu memiliki konsep diri yang positif

TUK 1 pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat. Dengan kriteria hasil pasien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk

berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi. Intervensi TUK 1 adalah sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal, perkenalkan diri dengan sopan, berjabat tangan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar pasien, dan yakinkan bahwa kerahasiaan pasien akan tetap terjaga.

TUK 2 pasien mampu mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki. Dengan kriteria hasil pasien menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien, aspek positif keluarga, dan aspek positif lingkungan pasien. Intervensi TUK 2 adalah diskusikan dengan pasien tentang aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien, keluarga, dan lingkungan, kemampuan yang dimiliki pasien. Bersama pasien buat daftar tentang aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien, keluarga, dan lingkungan, kemampuan yang dimiliki pasien, dan beri pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negatif.

TUK 3 pasien mampu menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan. Dengan kriteria hasil pasien dapat menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan. Intervensi TUK 3 adalah diskusikan dengan pasien kemampuan yang dapat dilaksanakan, bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang

diungkapkan pasien, perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.

TUK 4 pasien mampu menetapkan kegiatan dan kemampuan yang akan dilatih. Dengan kriteria hasil pasien dapat menetapkan kegiatan dan kemampuan yang akan dilatih. Intervensi TUK 4 yaitu rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan pasien seperti kegiatan mandiri dan kegiatan dengan bantuan, tingkatkan kegiatan sesuai kondisi pasien, serta beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat pasien lakukan.

TUK 5 pasien mampu melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat. Dengan kriteria hasil pasien melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat. Intervensi TUK 5 anjurkan pasien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan, pantau kegiatan yang dilaksanakan pasien, beri pujian atas usaha yang telah dilakukan pasien, diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan keperawatan pada pasien. Hal yang dapat diperhatikan ketika melakukan implementasi keperawatan adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien harga diri rendah kronis dengan interaksi dalam melaksanakannya. Pada implementasi ini perawat menekankan tindakan untuk meningkatkan

harga diri pasien dari aspek kognitif, afektif, dan psikomotor. (Damanik, 2022)

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada kenyataannya sering kali tindakan keperawatan jauh berbeda dengan rencananya, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisinya saat ini (*here and now*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknis sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi pasien. Setelah semuanya sudah tidak ada hambatan, maka implementasi keperawatan boleh dilaksanakan. (Rokhimmah & Rahayu, 2020)

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan ialah suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai hasil dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon pasien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua jenis yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan selesai melaksanakan tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Evaluasi keperawatan

yang diharapkan pada pasien setelah mendapatkan asuhan keperawatan harga diri rendah kronis yaitu pasien mampu melatih aspek positif atau kemampuan yang dimilikinya, mengungkapkan verbal yang positif mengenai dirinya, dan mampu beraktivitas secara terjadwal. (Andri, Febriawati, Panzilion, Sari, & Utama, 2019)

Pada evaluasi keperawatan, perawat kesehatan jiwa akan mengevaluasi perkembangan pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan. Asuhan keperawatan adalah proses dinamik yang melibatkan perusahaan dalam status kesehatan pasien sepanjang waktu, pemicu kebutuhan terhadap data baru, berbagai diagnosis, dan modifikasi rencana asuhan. Oleh karena itu, evaluasi keperawatan merupakan suatu proses penilaian berkesinambungan tentang pengaruh intervensi keperawatan dan regimen pengobatan terhadap status kesehatan pasien dan hasil kesehatan yang diharapkan. (Syafitri, 2022)

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis menguraikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeke Mahdi Bogor Tahun 2023. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan yang meliputi lima tahap yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien. Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Maret 2023. Pasien bernama An. N, umur 14 tahun, jenis kelamin perempuan. Masuk dengan diagnosa medis Skizofrenia. Pasien masuk Rumah Sakit Dr. H. Marzoeke Mahdi di ruangan PHCU Wanita, pasien masuk kurang lebih 1 hari yang lalu. Pasien menganut agama Islam, status pasien belum menikah, pendidikan pasien saat ini belum tamat SMP, suku bangsa pasien adalah Sunda, alamat pasien di Serpong.
2. Alasan masuk, pasien mengatakan masuk rumah sakit 19 Maret 2023 diantar oleh orang tuanya karena pasien menjadi pendiam, banyak menyendiri di dalam kamar, sering melamun, pasien menyakiti dirinya dengan cara menggigit area lengan dan jari tangannya, pasien sering tiba-

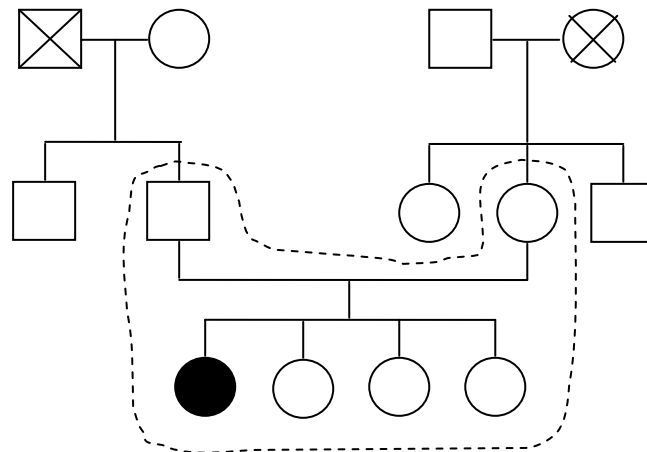
tiba mengamuk dan galak ke orang-orang di rumah, pasien membenturkan kepalanya ke tembok atau lantai jika sedang marah. Pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital pasien yaitu TD: 115/74 mmHg, S: 36,9 °C, N: 119 x/menit, P: 18 x/menit, TB: 150 cm, BB: 40 kg.

3. Riwayat kesehatan masa lalu

Faktor predisposisi, saat dikaji pasien tidak pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu. Pasien sudah 2 tahun mengalami perubahan perilaku sejak awal daring, pasien merasa stres menjalani sekolah daring, pasien mengatakan tidak mampu memahami pembelajaran yang diberikan sang guru, dan merasa tidak mendapat perhatian dari orang tua selama belajar karena mamanya sibuk mengurus adik-adiknya yang masih kecil. Pengobatan pasien sebelumnya tidak berhasil karena pasien pernah berobat ke alternatif Yayasan Pandeglang selama 2 bulan tidak pulang, keluarga pasien tidak tau cara/metode pengobatannya lalu saat dibawa pulang kondisi semakin gelisah dan sering mengurung diri. Pasien juga pernah berobat ke Poli Jiwa RS Pandeglang selama 2x kunjungan menurut keluarga pasien setelah minum obat menjadi banyak tidur, lalu berobat ke Klinik Jiwa di Serpong kurang lebih 7 bulan yang lalu tetapi tidak ada perubahan. Pasien tidak memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Pasien mengatakan orang tuanya melarang pasien untuk menonton atau mengikuti Idol Kpop. Masalah Keperawatan : Harga diri rendah kronis.

4. Psikososial

a. Genogram



Gambar 3.1 Genogram An. N

Keterangan :



: Laki-laki



: Tinggal Serumah



: Perempuan



: Meninggal



: Pasien

Pasien atas nama An. N umur 14 tahun, anak pertama dari empat bersaudara. Saat ini pasien tinggal dengan kedua orang tua dan adik-adiknya. Pasien mengatakan merasa sering dimarahi oleh ayahnya saat di rumah. Pengambilan keputusan adalah ayah pasien, komunikasi dalam keluarga terjadi 2 arah. Pola asuh saat ini adalah pola asuh otoriter terhadap anaknya karena pasien harus mengikuti aturan atau keputusan dari ayahnya.

Konsep diri : Gambaran diri, pasien mengatakan merasa puas dengan seluruh tubuhnya, pasien mengatakan mensyukuri apa yang Allah berikan. Identitas diri pada pasien mampu menyebutkan identitas diri dan menerima diri sebagai perempuan. Peran pasien, dalam keluarga pasien berperan sebagai seorang anak dan siswa sekolah menengah pertama, pasien merasa stres selama pembelajaran daring, pasien mengatakan tidak mampu memahami pembelajaran yang diberikan sang guru. Ideal diri, pasien mengatakan ingin mendapat perhatian dari orang tua selama belajar, segera sembuh agar bisa pulang, kembali bersekolah, dan bertemu dengan adik-adik serta teman-teman sekolahnya, pasien mengatakan bercita-cita ingin menjadi seorang penyanyi. Harga diri pasien, pasien merasa malu tidak bisa mengikuti pembelajaran. Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis.

Hubungan sosial, pasien mengatakan orang yang berarti dalam kehidupannya adalah adik-adik dan teman sekolahnya, pasien mengatakan pernah mengikuti kegiatan mengaji semasa di rumah, pasien mengatakan tidak pandai bergaul. Setelah dirawat pasien sering menyendiri, pasien mengikuti terapi aktivitas kelompok dan kegiatan. Pasien mengatakan tidak mau terlalu percaya dengan orang lain, karena orang lain sulit untuk dipercaya. Masalah keperawatan : Isolasi sosial. Spiritual pasien, pasien menganut agama Islam. Kegiatan ibadah pasien saat di rumah sholat 5 waktu, pasien terlihat berdoa saat mau makan, dan mengaji dengan dimotivasi. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan.

Status mental : Penampilan pasien pada saat dilakukan pengkajian memakai pakaian yang sesuai. Rambut pasien tampak bersih terikat rapi, gigi pasien tampak bersih, kuku pasien terlihat bersih, pasien cuci tangan sebelum dan setelah makan. Pasien duduk saat makan dan makan menggunakan tangan kanan. Pasien mampu BAB/BAK secara mandiri dalam kamar mandi, lalu disiram air. Pasien mengatakan mandi 2x sehari menggunakan air bersih, hanya saja pasien jarang berhias/berdandan. Pasien mampu mengganti pakaiannya secara mandiri. Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan. Pembicaraan : Pasien tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu, cara bicara pasien terlihat kadang cepat dan kadang lambat, pasien jarang melakukan kontak mata selama interaksi, pasien berbicara dengan nada suara pelan dan kadang suka mengulang pembicaraan. Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis, Isolasi sosial.

Aktivitas motorik pasien terlihat gelisah, banyak melamun, dan bicara sendiri. Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran dan penglihatan. Alam perasaan, pasien mengatakan sedih dan khawatir ingin cepat pulang. Pasien mengatakan ingin kembali bersekolah tetapi belum ada pengumuman kapan masuk sekolah. Masalah keperawatan : Manik depresif. Afek pasien labil, saat dikaji wajah pasien terlihat senang kadang juga terlihat sedih tidak menentu, sering melamun. Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran dan penglihatan. Selama wawancara kontak mata kurang, pasien berbicara bila diberi stimulus, jika diminta melihat ke arah

perawat pasien nampak ragu. Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis, Isolasi sosial.

Persepsi yang dirasakan oleh pasien adalah pasien melihat bayangan laki-laki, sering kali muncul setiap kali pasien sedang diam dan sendirian, pasien merasa takut saat bayangannya datang. Pasien juga terkadang mendengar suara-suara gaduh tak jelas selama 1 menit sering muncul saat pasien ingin tidur. Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran dan penglihatan. Gangguan pikir, pasien terlihat sering mengulang pembicaraan namun sampai ke tujuan. Proses pikir pasien baik, pasien kooperatif, pasien nampak bingung dengan masa depannya, disorientasi, kesadaran compos mentis. Saat dikaji pasien dapat mengingat kapan terakhir masuk ke rumah sakit dan dapat mengingat tempat tinggal pasien. Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis.

Tingkat konsentrasi dan berhitung, pasien dapat berhitung dengan sempurna tetapi saat diajak bicara pasien tampak mudah beralih dan tidak konsentrasi. Pasien dapat mengambil keputusan sederhana untuk cuci tangan dulu sebelum makan. Saat ditanyakan pasien tidak mengetahui dirinya sedang sakit atau mengidap gangguan jiwa. Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis.

Kebutuhan persiapan pulang, pasien bisa makan secara mandiri, makan sehari 3x dengan menu yang berbeda. Pasien cuci tangan sebelum dan setelah makan. Pasien duduk saat makan dan makan menggunakan

tangan kanan. Pasien mampu BAB/BAK secara mandiri dalam kamar mandi, lalu disiram air. Pasien mengatakan mandi 2x sehari menggunakan air bersih, hanya saja pasien jarang berhias/berdandan. Pasien mampu mengganti pakaiannya secara mandiri, tetapi pasien jarang mengganti pakaian karena tidak ada pakaian lagi. Pasien mengatakan tidur mulai pukul 20.00-03.00 WIB, tidak ada kegiatan sebelum tidur yang dilakukan. Pasien minum obat dibantu perawat, pasien tidak tahu fungsi obat yang diberikan, pasien hanya ingat warna dan jumlah obat yang diberikan. Selama di Rumah Sakit, pasien minum obat teratur, dirawat perawat. Pasien membutuhkan sistem pendukung, untuk mendukung. Saat di rumah, pasien ikut membantu melakukan kegiatan mengurus rumah dan berbelanja ke pasar bersama orang tuanya. Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

Mekanisme koping maladaptif, pasien dapat menghadapi masalahnya secara maladaptif, dimana pasien marah-marah dan menyakiti dirinya. Pasien mengatakan tidak mempunyai dukungan lain selain dari teman-teman dan keluarganya. Pasien mengatakan jarang keluar rumah berinteraksi dengan tetangga. Pasien mengatakan masih bersekolah di sekolah menengah pertama. Pasien mengatakan tetangga sekitar perumahannya baik namun pasien jarang sekali keluar untuk mengobrol dengan tetangga karena tidak suka keluar rumah dan malas. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan ekonomi karena ayahnya bekerja. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan hanya

saja tempat pasien berobat jaraknya cukup jauh dari rumah pasien. Pasien mengatakan dukungan lingkungannya hanya dari keluarga, karena lingkungan sekitar rumah tidak mengetahui jika pasien sedang sakit. Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis, Isolasi sosial.

Aspek medik. Diagnosa medik pasien adalah Skizofrenia. Terapi medik yang didapat oleh pasien adalah : Risperidone 1mg (2x sehari), Trihexyphenidyl 1mg (2x sehari), dan Clozapine 12,5mg (1x sehari).

B. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data An. N

Tanggal/Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
20 Maret 2023 / 09.00	DS : Pasien merasa gagal perannya sebagai seorang siswa sekolah menengah pertama, pasien merasa stres selama pembelajaran daring, pasien mengatakan tidak mampu memahami pembelajaran yang diberikan sang guru, dan merasa tidak mendapat perhatian dari orang tua selama belajar karena mamanya sibuk mengurus adik-	

	<p>adiknya yang masih kecil. Pasien mengatakan orang tuanya melarang pasien untuk menonton atau mengikuti Idol Kpop, pasien merasa sering dimarahi oleh ayahnya saat di rumah, pasien harus mengikuti aturan dari ayahnya.</p> <p>DO :</p> <p>Saat dikaji pasien terlihat kehilangan minat dan kegembiraan, afek pasien labil wajahnya terlihat sedih tidak menentu, cara bicara pasien kadang cepat dan kadang lambat, pasien jarang melakukan kontak mata selama interaksi, pasien berbicara dengan nada suara pelan dan kadang suka mengulang pembicaraan, pasien berbicara bila diberi stimulus.</p>	Harga diri rendah kronis
--	---	--------------------------

<p>20 Maret 2023</p> <p>/ 09.00</p>	<p>DS :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien menjadi pendiam, banyak menyendiri di dalam kamar. Pasien mengatakan tidak pandai bergaul, tidak mau terlalu percaya dengan orang lain karena orang lain sulit untuk dipercaya.</p> <p>DO :</p> <p>Saat dikaji pasien terlihat sering menyendiri, pasien tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu, jika diminta melihat ke arah perawat pasien nampak ragu.</p>	<p>Isolasi sosial</p>
<p>20 Maret 2023</p> <p>/ 09.00</p>	<p>DS :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan kurang lebih sejak 2 tahun yang lalu pasien mengalami gelisah, marah-marah, melamun, dan bicara sendiri. Pasien mengatakan melihat bayangan laki-laki, sering kali muncul setiap kali pasien</p>	

	<p>sedang diam dan sendirian. Pasien juga terkadang mendengar suara-suara gaduh tak jelas.</p> <p>DO :</p> <p>Saat dikaji wajah pasien terlihat labil kadang senang kadang juga terlihat sedih tidak menentu, sering melamun, gelisah, pasien terlihat berbicara sendiri pada saat sendirian.</p>	<p>Halusinasi pendengaran dan penglihatan</p>
<p>20 Maret 2023</p> <p>/ 09.00</p>	<p>DS :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien menyakiti dirinya sendiri dengan cara menggigit area lengan dan jari tangannya, pasien sering tiba-tiba mengamuk dan galak ke orang-orang di rumah, pasien membenturkan kepalanya ke tembok atau lantai jika sedang marah.</p> <p>DO :</p> <p>Saat dikaji terlihat banyak luka</p>	<p>Risiko perilaku kekerasan</p>

	kering bekas gigitan di area lengan dan jari tangan pasien, pasien terlihat mengkakuan diri, pandangan kosong.	
20 Maret 2023 / 09.00	<p>DS :</p> <p>Pasien merasa gagal perannya sebagai seorang siswa sekolah menengah pertama, pasien merasa stres selama pembelajaran daring, pasien mengatakan tidak mampu memahami pembelajaran yang diberikan sang guru, dan merasa tidak mendapat perhatian dari orang tua selama belajar karena mamanya sibuk mengurus adik-adiknya yang masih kecil, pasien mengatakan selera makan menurun.</p> <p>DO :</p> <p>Saat dikaji pasien terlihat kehilangan minat dan kegembiraan, afek pasien labil</p>	<p>Gangguan konsep diri :</p> <p>Peran</p>

	<p>wajahnya terlihat sedih tidak menentu, cara bicara pasien kadang cepat dan kadang lambat, pasien jarang melakukan kontak mata selama interaksi, pasien berbicara dengan nada suara pelan dan kadang suka mengulang pembicaraan, pasien berbicara bila diberi stimulus.</p>	
--	---	--

C. Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah An. N

D. Diagnosa Keperawatan

1. Harga diri rendah kronis

2. Isolasi sosial
3. Halusinasi pendengaran dan penglihatan
4. Resiko perilaku kekerasan
5. Gangguan konsep diri : peran

E. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan : Harga diri rendah kronis

Data Subjektif : Pasien merasa gagal perannya sebagai seorang siswa sekolah menengah pertama, pasien merasa stres selama pembelajaran daring, dan tidak mendapat perhatian dari orang tua selama belajar. Pasien mengatakan orang tua pasien melarang pasien untuk mengikuti Idol Kpop, pasien suka dimarah-marahi, pasien harus mengikuti aturan dari ayahnya.

Data Objektif : Saat dikaji pasien terlihat kehilangan minat dan kegembiraan, afek pasien labil wajahnya terlihat sedih tidak menentu, cara bicara pasien kadang cepat dan kadang lambat, pasien jarang melakukan kontak mata selama interaksi, pasien berbicara dengan nada suara pelan dan kadang suka mengulang pembicaraan, pasien berbicara bila diberi stimulus.

Perencanaan :

TUM : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien memiliki konsep diri yang positif.

TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

Kriteria Hasil : Setelah 1x interaksi pasien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

Rencana Tindakan : Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik : Sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal, perkenalkan diri dengan sopan, berjabat tangan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar pasien, dan yakinkan bahwa kerahasiaan pasien akan tetap terjaga.

TUK 2 : Pasien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki

Kriteria Hasil : Setelah 2x interaksi pasien dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien, aspek positif keluarga, dan aspek positif lingkungan pasien.

Rencana Tindakan : Diskusikan dengan pasien tentang aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien, keluarga, dan lingkungan. Bersama pasien buat daftar tentang aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien, keluarga, dan lingkungan, beri pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negatif.

TUK 3 : Pasien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan

Kriteria Hasil : Setelah 2x interaksi pasien dapat menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan.

Rencana Tindakan : Diskusikan dengan pasien kemampuan yang dapat dilaksanakan, bantu pasien menyebutkannya, memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien, perlihatkan respon yang kondusif, dan menjadi pendengar yang aktif.

TUK 4 : Pasien dapat menetapkan kegiatan dan kemampuan yang akan dilatih

Kriteria Hasil : Setelah 2x interaksi pasien dapat menetapkan kegiatan dan kemampuan yang akan dilatih.

Rencana Tindakan : Rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan pasien seperti kegiatan mandiri dan kegiatan dengan bantuan. Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi pasien dan beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat pasien lakukan.

TUK 5 : Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat

Kriteria Hasil : Setelah 3x interaksi pasien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat.

Rencana Tindakan : Anjurkan pasien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan, pantau kegiatan yang dilaksanakan pasien, beri pujian

atas usaha yang telah dilakukan pasien, diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.

TUK 6 : Pasien dapat menyusun jadwal pelaksanaan kegiatan yang akan dilakukan

Kriteria Hasil : Setelah 3x interaksi pasien mampu menyusun jadwal pelaksanaan kegiatan yang akan dilakukan pasien dengan kooperatif, pasien membuat jadwal kegiatan.

Rencana Tindakan : Beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang sudah dilatih, beri pujian atas kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap harinya, tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan, susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih, dan berikan kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.

Pelaksanaan Keperawatan : Senin, 20 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien merasa gagal perannya sebagai seorang siswa sekolah menengah pertama, pasien merasa stres selama pembelajaran daring, dan tidak mendapat perhatian dari orang tua selama belajar. Pasien mengatakan orang tua pasien melarang pasien untuk mengikuti Idol Kpop, pasien suka dimarah-marahi, pasien harus mengikuti aturan dari ayahnya.

Data Objektif : Saat dikaji pasien terlihat kehilangan minat dan kegembiraan, afek pasien labil wajahnya terlihat sedih tidak menentu, cara

bicara pasien kadang cepat dan kadang lambat, pasien jarang melakukan kontak mata selama interaksi, pasien berbicara dengan nada suara pelan dan kadang suka mengulang pembicaraan, pasien berbicara bila diberi stimulus.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien memiliki konsep diri yang positif.

Tujuan Khusus : Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat dan dapat mengidentifikasi aspek positif serta kemampuan yang dimiliki.

Kriteria Hasil : Setelah 1x interaksi pasien dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki, pasien dapat menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan.

Tindakan Keperawatan : Mendiskusikan dengan pasien tentang aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien. Bersama pasien membuat daftar tentang aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien, pasien dapat menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan, dan memberikan pujian yang realistis kepada pasien.

Daftar Kemampuan An. N

Tabel 3.2 Daftar Kemampuan An. N

No.	Daftar Kemampuan	Sudah Dilakukan	Akan Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Mengaji			
2.	Merapihkan tempat tidur			
3.	Menggambar			
4.	Menulis cerita			

Rencana Tindak Lanjut : Evaluasi daftar kemampuan yang sudah dibuat, latih kemampuan 2 : Merapihkan tempat tidur, dan latih kemampuan lain pasien yang masih dimilikinya.

Evaluasi Keperawatan :

Subjektif : Pasien mengatakan senang bisa mengaji, pasien mengatakan perasaan negatif atas dirinya berkurang, pasien merasa memiliki kegiatan yang positif.

Objektif : Pasien terlihat menikmati kegiatan mengaji, pasien melakukan kegiatan mengaji dengan dimotivasi, perasaan negatif pasien nampak berkurang.

Asesmen : Harga diri rendah kronis masih ada, perlu motivasi melakukan kegiatan.

Planning : Anjurkan pasien untuk mengisi waktu luang dengan mengaji 2x sehari pada jam 11.00 & 16.00 WIB, dan anjurkan pasien untuk memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Daftar Kemampuan An. N

Tabel 3.3 Daftar Kemampuan An. N SP I

No.	Daftar Kemampuan	Sudah Dilakukan	Akan Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Mengaji	√		
2.	Merapihkan tempat tidur		√	
3.	Menggambar			
4.	Menulis cerita			

Pelaksanaan Keperawatan : Selasa, 21 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan senang bisa mengaji, pasien mengatakan perasaan negatif atas dirinya berkurang, pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan mengaji pada jam 16.00 WIB.

Data Objektif : Pasien terlihat mampu mengaji, perasaan negatif pasien nampak berkurang, pasien tidak melakukan kegiatan mengaji pada jam 16.00 WIB, pasien dapat melakukan kegiatan mengaji dengan dimotivasi.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien memiliki konsep diri yang positif.

Tujuan Khusus : Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan, pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan sesuai kemampuan, pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan, pasien bisa menyebutkan alat dan cara merapihkan tempat tidur.

Kriteria Hasil : Setelah 1x interaksi pasien dapat menyebutkan kemampuan yang akan dilaksanakan.

Tindakan Keperawatan : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih kemampuan yang ke-2 “Merapihkan tempat tidur”, menganjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien, dan memberikan pujian yang realistis kepada pasien.

Rencana Tindak Lanjut : Evaluasi daftar kemampuan yang sudah dibuat, melatih kemampuan 3 : Menggambar, dan latih kemampuan lain pasien yang masih dimilikinya.

Evaluasi Keperawatan :

Subjektif : Pasien mengatakan senang setelah merapihkan tempat tidur, pasien mengatakan perasaan negatif atas dirinya berkurang, pasien merasa memiliki kegiatan yang positif.

Objektif : Pasien terlihat menikmati kegiatan merapihkan tempat tidur, pasien melakukan kegiatan merapihkan tempat tidur dengan dimotivasi, perasaan negatif pasien nampak berkurang.

Asesmen : Harga diri rendah kronis masih ada, perlu motivasi melakukan kegiatan.

Planning : Anjurkan pasien untuk mengisi waktu luang dengan merapihkan tempat tidur 1x sehari pada jam 07.00 WIB, dan anjurkan pasien untuk memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Daftar Kemampuan An. N

Tabel 3.4 Daftar Kemampuan An. N SP II

No.	Daftar Kemampuan	Sudah Dilakukan	Akan Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Mengaji	√		
2.	Merapihkan tempat tidur	√		
3.	Menggambar		√	
4.	Menulis cerita			

Pelaksanaan Keperawatan : Rabu, 22 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan senang bisa mengaji dan merapihkan tempat tidur, pasien mengatakan perasaan negatif atas dirinya berkurang, pasien mengatakan melakukan kegiatan mengaji pada jam 11.00 WIB dan jam 16.00 WIB, pasien tidak melakukan kegiatan merapihkan tempat tidur pada jam 07.00 WIB.

Data Objektif : Pasien terlihat mampu mengaji dan merapihkan tempat tidur, perasaan negatif pasien nampak berkurang, pasien melakukan kegiatan mengaji pada jam 11.00 WIB dan jam 16.00 WIB, pasien tidak melakukan kegiatan merapihkan tempat tidur pada jam 07.00 WIB, pasien dapat melakukan kegiatan mengaji dan merapihkan tempat tidur dengan dimotivasi.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien memiliki konsep diri yang positif.

Tujuan Khusus : Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan, pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan sesuai kemampuan, pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan, pasien bisa menyebutkan alat dan cara menggambar.

Kriteria Hasil : Setelah 1x interaksi pasien dapat menyebutkan kemampuan yang akan dilaksanakan.

Tindakan Keperawatan : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih kemampuan yang ke-3 “Menggambar”, menganjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien, dan memberikan pujian yang realistis kepada pasien.

Rencana Tindak Lanjut : Evaluasi daftar kemampuan yang sudah dibuat, melatih kemampuan 4 : Menulis cerita, dan latih kemampuan lain pasien yang masih dimilikinya.

Evaluasi Keperawatan :

Subjektif : Pasien mengatakan senang setelah menggambar, pasien mengatakan perasaan negatif atas dirinya berkurang, pasien merasa memiliki kegiatan yang positif.

Objektif : Pasien terlihat menikmati kegiatan menggambar, pasien melakukan kegiatan menggambar setelah dimotivasi, perasaan negatif pasien nampak berkurang.

Asesmen : Harga diri rendah kronis masih ada, perlu motivasi melakukan kegiatan.

Planning : Anjurkan pasien untuk mengisi waktu luang dengan menggambar 1x sehari pada jam 10.00 WIB, dan anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Daftar Kemampuan An. N

Tabel 3.5 Daftar Kemampuan An. N SP III

No.	Daftar Kemampuan	Sudah Dilakukan	Akan Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Mengaji	√		
2.	Merapihkan tempat tidur	√		
3.	Menggambar	√		
4.	Menulis cerita		√	

2. Diagnosa Keperawatan : Isolasi sosial

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien menjadi pendiam, banyak menyendiri di dalam kamar. Pasien mengatakan tidak pandai bergaul, tidak mau terlalu percaya dengan orang lain karena orang lain sulit untuk dipercaya.

Data Objektif : Saat dikaji pasien terlihat sering menyendiri, pasien tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu, jika diminta melihat ke arah perawat pasien nampak ragu.

Perencanaan :

TUM : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien dapat bersosialisasi dengan lingkungannya.

TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

Kriteria Hasil : Setelah 1x interaksi pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat seperti pasien dapat berinteraksi secara aktif dengan perawat, yang ditunjukkan dengan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat, dan bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi.

Rencana Tindakan : Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik : Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal, perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan

perawat berkenalan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi dengan pasien, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dihadapi pasien, dengarkan dengan penuh perhatian, hindari respon mengkritik atau menyalahkan saat pasien mengungkapkan perasaannya, dan buat kontrak interaksi yang jelas.

TUK 2 : Pasien mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial

Kriteria Hasil : Setelah 1x15 menit interaksi pasien dapat menyebutkan minimal dua penyebab isolasi sosial baik itu dari diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

Rencana Tindakan : Tanyakan kepada pasien tentang orang yang tinggal sekamar atau serumah dengan pasien, orang yang paling dekat dengan pasien atau orang paling dekat di ruang perawatan, apa yang membuat pasien dekat dengan orang tersebut, orang yang tidak dekat dengan pasien atau orang paling dekat di ruang perawatan, apa yang membuat pasien tidak dekat dengan orang tersebut, upaya apa yang sudah dilakukan agar dekat dengan orang lain itu, diskusikan dengan pasien tentang penyebab isolasi sosial sehingga tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, dan beri pujian terhadap kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya.

TUK 3 : Pasien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan sosial dan kerugian isolasi sosial

Kriteria Hasil : Setelah 2x interaksi pasien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial seperti banyak teman, tidak kesepian, bisa berdiskusi, saling tolong menolong, dan kerugian isolasi sosial seperti sendiri, kesepian, tidak bisa berdiskusi.

Rencana Tindakan : Kaji pengetahuan pasien tentang manfaat dan kerugian berhubungan dengan orang lain, diskusikan tentang keuntungan dan kerugian dari perilaku isolasi sosial, dan beri pujian terhadap kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya.

TUK 4 : Pasien dapat bersosialisasi secara bertahap

Kriteria Hasil : Setelah 3x interaksi pasien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan perawat, perawat lain, teman sekamar, teman-teman lain, dan kelompok.

Rencana Tindakan : Lakukan interaksi yang sering dan singkat dengan pasien dengan perawat yang sama, memotivasi/menemani pasien untuk berinteraksi/berkenalan dengan pasien atau perawat lain, tingkatkan interaksi pasien secara bertahap (satu pasien, dua pasien, satu perawat, dua perawat, dan seterusnya), libatkan pasien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi, diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan pasien untuk meningkatkan kemampuan pasien berinteraksi, beri motivasi pasien untuk melakukan kegiatan sesuai yang dijadwalkan, fasilitasi hubungan pasien dengan keluarga secara terapeutik, diskusikan perasaan pasien setiap selesai kegiatan atau interaksi, dan beri pujian terhadap kemampuan atau keberhasilan pasien.

TUK 5 : Pasien mampu menjelaskan perasaannya setelah bersosialisasi dengan orang lain

Kriteria Hasil : Setelah 2x interaksi pasien dapat mengungkapkan perasaannya setelah bersosialisasi dengan orang lain.

Rencana Tindakan : Diskusikan dengan pasien mengenai perasaannya setelah bersosialisasi dengan orang lain, beri pujian terhadap keberhasilan dan kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya.

TUK 6 : Pasien mendapat dukungan keluarga dalam bersosialisasi dengan lingkungannya

Kriteria Hasil : Setelah 1x pertemuan keluarga dapat menyebutkan cara merawat pasien isolasi sosial dan keluarga dapat mempraktekan cara merawat pasien isolasi sosial.

Rencana Tindakan : Diskusikan pentingnya peran keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku isolasi sosial, diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku isolasi sosial, dan jelaskan kepada keluarga mengenai pengertian, penyebab, tanda dan gejala, akibat isolasi sosial, serta cara merawat pasien isolasi sosial, latih keluarga cara merawat pasien isolasi sosial, tanyakan perasaan keluarga setelah latihan merawat pasien isolasi sosial, beri motivasi keluarga agar membantu pasien untuk bersosialisasi, beri pujian kepada keluarga atas keterlibatannya merawat pasien di Rumah Sakit, dan anjurkan keluarga untuk mengunjungi pasien secara rutin dan bergantian minimal satu kali dalam seminggu.

Pelaksanaan Keperawatan : Senin, 20 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak tau cara berkenalan, pasien mengatakan tidak pandai bergaul, pasien tidak mau terlalu percaya dengan orang lain karena orang lain sulit untuk dipercaya.

Data Objektif : Saat dikaji pasien terlihat sering menyendiri, pasien tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu, jika diminta melihat ke arah perawat pasien nampak ragu.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien dapat bersosialisasi dengan lingkungannya.

Tujuan Khusus : Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, pasien dapat mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, keuntungan berhubungan sosial, dan kerugian isolasi sosial, pasien dapat bersosialisasi secara bertahap, pasien mampu menjelaskan perasaannya setelah bersosialisasi dengan orang lain.

Kriteria Hasil : Setelah 1x interaksi pasien dapat menyebutkan penyebab isolasi sosial, keuntungan berhubungan sosial, dan kerugian isolasi sosial, pasien dapat berkenalan dengan satu orang.

Tindakan Keperawatan : Membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, mendiskusikan dengan pasien tentang keuntungan berteman dan kerugian bila tidak punya teman, melatih SP 1 Isolasi sosial : Berkenalan dengan 1 orang, memberikan

kesempatan pada pasien untuk berinteraksi berkenalan dengan dua sampai tiga orang atau lebih sambil jalani terapi aktivitas kelompok (TAK), dan menganjurkan pasien memasukkan kegiatan berkenalan dengan satu orang ke dalam jadwal kegiatan harian.

Rencana Tindak Lanjut : Evaluasi SP 1 Isolasi sosial, latih pasien SP 2 Isolasi sosial : Berkenalan dengan 2 orang atau lebih.

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak mau berkenalan dengan orang lain karena tidak percaya dengan orang lain, pasien mengatakan lupa tanggal lahirnya.

Data Objektif : Pasien mempraktekan cara berkenalan dengan dibantu, pasien nampak ragu jika diminta untuk melihat ke arah perawat, pasien tidak dapat menyebutkan penyebab isolasi sosial, keuntungan berhubungan sosial, dan kerugian isolasi sosial.

Asesmen : Isolasi sosial masih ada, pasien berkenalan dengan dibantu.

Planning : Anjurkan pasien berkenalan dengan satu orang temannya pada jam 11.30 WIB, dan anjurkan pasien untuk memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan Keperawatan : Selasa, 21 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak tau cara berkenalan, pasien tidak mau berkenalan dengan orang lain karena tidak percaya dengan orang lain, pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan berkenalan dengan satu orang temannya pada jam 11.30 WIB.

Data Objektif : Pasien terlihat masih sering menyendiri, pasien tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu, jika diminta melihat ke arah perawat pasien nampak ragu, pasien tidak melakukan kegiatan berkenalan dengan satu orang temannya pada jam 11.30 WIB, pasien tidak dapat menyebutkan penyebab isolasi sosial, keuntungan berhubungan sosial, dan kerugian isolasi sosial.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien dapat bersosialisasi dengan lingkungannya.

Tujuan Khusus : Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, pasien dapat mengidentifikasi keuntungan berhubungan sosial, dan kerugian isolasi sosial, pasien dapat bersosialisasi secara bertahap, pasien mampu menjelaskan perasaannya setelah bersosialisasi dengan orang lain.

Kriteria Hasil : Setelah 2x interaksi pasien dapat menyebutkan penyebab isolasi sosial, keuntungan berhubungan sosial, dan kerugian isolasi sosial, pasien dapat berkenalan dengan satu orang.

Tindakan Keperawatan : Membina hubungan saling percaya dengan pasien, mendiskusikan dengan pasien tentang keuntungan berteman dan kerugian bila tidak punya teman, melatih SP 1 Isolasi sosial : Berkenalan dengan 1 orang, memberikan kesempatan pada pasien untuk berinteraksi berkenalan dengan dua sampai tiga orang atau lebih sambil jalani terapi aktivitas kelompok (TAK), dan menganjurkan pasien memasukkan kegiatan berkenalan dengan satu orang ke dalam jadwal kegiatan harian.

Rencana Tindak Lanjut : Evaluasi SP 1 Isolasi sosial, latih pasien SP 2 Isolasi sosial : Berkenalan dengan 2 orang atau lebih.

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak mau berkenalan dengan orang lain karena tidak percaya dengan orang lain, pasien mengatakan lupa tanggal lahirnya.

Data Objektif : Pasien mempraktekan cara berkenalan dengan dibantu, pasien nampak ragu jika diminta untuk melihat ke arah perawat, pasien tidak dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial, dan kerugian isolasi sosial.

Asesmen : Isolasi sosial masih ada, pasien berkenalan dengan dibantu.

Planning : Anjurkan pasien berkenalan dengan 1 orang temannya pada jam 11.30 WIB, dan anjurkan pasien untuk memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan Keperawatan : Rabu, 22 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak tau cara berkenalan, pasien tidak mau berkenalan dengan orang lain karena tidak percaya dengan orang lain, pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan berkenalan dengan satu orang temannya pada jam 11.30 WIB.

Data Objektif : Pasien terlihat masih sering menyendiri, pasien tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu, jika diminta melihat ke arah perawat pasien nampak ragu, pasien tidak melakukan kegiatan berkenalan dengan satu orang temannya pada jam 11.30 WIB, pasien tidak dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial, dan kerugian isolasi sosial.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien dapat bersosialisasi dengan lingkungannya.

Tujuan Khusus : Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, pasien dapat bersosialisasi secara bertahap dengan satu orang, pasien mampu menjelaskan perasaannya setelah bersosialisasi dengan orang lain.

Kriteria Hasil : Setelah 3x interaksi pasien dapat berkenalan dengan satu orang.

Tindakan Keperawatan : Membina hubungan saling percaya dengan pasien, melatih pasien SP 1 Isolasi sosial : Berkenalan dengan 1 orang,

memberikan kesempatan pada pasien untuk berinteraksi berkenalan dengan satu orang, dan menganjurkan pasien memasukkan kegiatan berkenalan dengan satu orang ke dalam jadwal kegiatan harian.

Rencana Tindak Lanjut : Evaluasi SP 1 Isolasi sosial, latih pasien SP 2

Isolasi sosial : Berkenalan dengan 2 orang atau lebih.

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan mau berkenalan dengan orang lain, pasien merasa senang diajarkan cara berkenalan dengan orang lain, pasien mengatakan perasaan sepi berkurang.

Data Objektif : Pasien mampu mempraktekan cara berkenalan dengan orang lain secara mandiri, tampak sedihnya berkurang.

Asesmen : Isolasi sosial masih ada, pasien mau berkenalan dengan satu orang secara mandiri.

Planning : Anjurkan pasien berkenalan dengan 1 orang temannya pada jam 11.30 WIB, dan anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

3. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi pendengaran dan penglihatan

Data Subjektif : Pasien mengatakan melihat bayangan laki-laki, sering kali muncul setiap kali pasien sedang diam dan sendirian. Pasien juga terkadang mendengar suara-suara gaduh tak jelas.

Data Objektif : Saat dikaji wajah pasien terlihat labil kadang senang kadang juga terlihat sedih tidak menentu, sering melamun, gelisah, pasien terlihat berbicara sendiri pada saat sendirian.

Perencanaan :

TUM : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien tidak mendengar suara-suara dan melihat bayangan yang mengganggu lagi.

TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

Kriteria Hasil : Setelah 3x15 menit interaksi pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat. Pasien dapat berinteraksi secara aktif dengan perawat yang ditunjukkan dengan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat, dan bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi.

Rencana Tindakan : Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik seperti sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal, perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berkenalan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi dengan pasien, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dihadapi pasien, dengarkan dengan penuh perhatian, hindari respon mengkritik atau

menyalahkan saat pasien mengungkapkan perasaannya, buat kontrak interaksi yang jelas.

TUK 2 : Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik

Kriteria Hasil : Setelah 2x interaksi pasien menyebutkan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, efek terapi, dan efek samping obat. Setelah 1x interaksi pasien mampu mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar. Setelah 1x interaksi pasien dapat menyebutkan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter.

Rencana Tindakan : Diskusikan dengan pasien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi, dan efek samping penggunaan obat, pantau pasien saat penggunaan obat. Beri pujian jika pasien minum obat dengan benar. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter, anjurkan pasien konsultasi dengan dokter atau perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

TUK 3 : Pasien dapat mengenal halusinasinya

Kriteria Hasil : Setelah 1x interaksi pasien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi, dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, perasaan dan respon saat mengalami halusinasi, pasien mampu menyebutkan tindakan yang bisa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.

Rencana Tindakan : Adakan kontak yang sering dan singkat secara bertahap, observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya jika menemukan pasien sedang berhalusinasi, tanyakan apakah pasien

mendengar atau melihat sesuatu, apa yang sedang dialaminya, katakan bahwa perawat mempercayainya namun perawat tidak mendengar ataupun melihatnya, katakan bahwa perawat akan membantu pasien. Jika pasien tidak sedang halusinasi, klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan pasien mengenai isi, waktu, dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam, sering, atau kadang-kadang), situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi, diskusikan dengan pasien apa yang dirasakan dan dilakukan saat halusinasi, diskusikan dengan pasien dampak menikmati halusinasi. Identifikasi bersama pasien cara atau tindakan yang dilakukan saat terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dan lain-lain), diskusikan dengan pasien cara yang digunakan pasien. Jika caranya adaptif berpujian, jika caranya maladaptif diskusikan kerugiannya.

TUK 4 : Pasien dapat mengontrol halusinasinya

Kriteria Hasil : Setelah 1x interaksi pasien dapat menyebutkan cara baru untuk mengontrol halusinasinya.

Rencana Tindakan : Diskusikan cara baru untuk mengontrol halusinasinya seperti katakan kepada diri sendiri “kamu tidak nyata, saya tidak mau dengar, pergi sana”, menemui orang lain seperti perawat, teman, ataupun keluarga untuk bercerita tentang halusinasinya, membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun, meminta keluarga, perawat, atau teman untuk menegurnya jika ia sedang berhalusinasi.

TUK 5 : Pasien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya

Kriteria Hasil : Setelah 2x pertemuan keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.

Rencana Tindakan : Diskusikan dengan keluarga mengenai pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi, cara yang paling tepat dilakukan pasien dan keluarga untuk mengontrol halusinasi, obat-obatan halusinasi, cara merawat anggota keluarga halusinasi di rumah seperti beri pasien kegiatan, jangan dibiarkan sendiri, makan bersama, bepergian bersama, memantau obat-obatan, dan cara pemberian obat untuk mengontrol halusinasi, beri informasi waktu kontrol ke Rumah Sakit dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi di rumah.

Pelaksanaan Keperawatan : Selasa, 21 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan melihat bayangan laki-laki, sering kali muncul setiap kali pasien sedang diam dan sendirian. Pasien juga terkadang mendengar suara-suara gaduh tak jelas.

Data Objektif : Saat dikaji wajah pasien terlihat labil kadang senang kadang juga terlihat sedih tidak menentu, sering melamun, gelisah, pasien terlihat berbicara sendiri pada saat sendirian.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien tidak mendengar suara-suara dan melihat bayangan yang mengganggu lagi.

Tujuan Khusus : Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, pasien dapat mengenal halusinasinya, pasien dapat mengontrol halusinasinya

Kriteria Hasil : Setelah 1x interaksi pasien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi, dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, perasaan dan respon saat mengalami halusinasi, pasien mampu menyebutkan tindakan yang bisa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.

Tindakan Keperawatan : Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, mengenali halusinasi yang dialami pasien, mengajarkan cara menghardik halusinasi, dan menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

Rencana Tindak Lanjut : Evaluasi SP 1 : Menghardik halusinasi, latih SP 2 : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat dan memanfaatkan obat dengan baik.

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak mampu menghardik halusinasinya jika muncul kembali.

Data Objektif : Wajah pasien terlihat labil kadang senang kadang juga terlihat sedih tidak menentu, sering melamun, gelisah, pasien terlihat berbicara sendiri, pasien tidak mau menghardik halusinasinya.

Asesmen : Halusinasi masih ada, pasien tidak dapat menghardik halusinasinya.

Planning : Anjurkan pasien menghardik halusinasi jika muncul 2x sehari pada jam 10.30 & 19.30 WIB, anjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan Keperawatan : Rabu, 22 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan melihat bayangan laki-laki, sering kali muncul setiap kali pasien sedang diam dan sendirian, pasien melihat adik dan teman-teman sekolahnya di Rumah Sakit. Pasien juga terkadang mendengar suara-suara gaduh tak jelas, pasien mengatakan tidak dapat menghardik halusinasinya.

Data Objektif : Wajah pasien masih terlihat labil kadang senang kadang juga terlihat sedih tidak menentu, sering melamun, gelisah, pasien terlihat berbicara sendiri pada saat sendirian, pasien tidak melakukan kegiatan menghardik halusinasinya pada jam 10.30 WIB dan jam 19.30 WIB.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien tidak mendengar suara-suara dan melihat bayangan yang mengganggu lagi.

Tujuan Khusus : Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, pasien dapat mengenal halusinasinya, pasien dapat mengontrol halusinasinya

Kriteria Hasil : Setelah 2x interaksi pasien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi, dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, perasaan dan respon saat mengalami halusinasi, pasien mampu menyebutkan tindakan yang bisa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.

Tindakan Keperawatan : Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, mengenali halusinasi yang dialami pasien, mengajarkan cara menghardik halusinasi, dan menganjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian

Rencana Tindak Lanjut : Evaluasi SP 1 : Menghardik halusinasi, latih SP 2 : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat dan memanfaatkan obat dengan baik.

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan memahami cara menghardik halusinasinya jika muncul kembali, pasien mengatakan tau apa yang harus dilakukan saat halusinasinya datang.

Data Objektif : Wajah pasien masih terlihat labil kadang senang kadang juga terlihat sedih tidak menentu, sering melamun, gelisah, pasien terlihat

berbicara sendiri, pasien mampu menghardik halusinasinya dengan dibantu.

Asesmen : Halusinasi masih ada, pasien dapat menghardik halusinasinya dengan dibantu.

Planning : Anjurkan pasien menghardik halusinasi jika muncul 2x sehari pada jam 10.30 & 19.30 WIB, anjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian.

4. Diagnosa Keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

Data Subjektif : Pasien mengatakan marah terhadap dirinya sendiri, pasien mengekspresikan rasa marahnya dengan cara menggigit area lengan dan jari tangannya.

Data Objektif : Saat dikaji terlihat banyak luka kering bekas gigitan di area lengan dan jari tangan pasien, pasien terlihat mengakui diri, pandangan pasien kosong.

Perencanaan :

TUM : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien tidak melakukan tindakan kekerasan baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Hasil : Setelah 3x15 menit interaksi pasien dapat membalas salam, berjabat tangan, menyebutkan nama, tersenyum, melakukan kontak mata, mengetahui nama perawat, dan menyediakan waktu untuk perawat.

Rencana Tindakan : Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik seperti beri salam dan panggil nama pasien, sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan, jelaskan maksud hubungan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat, beri rasa aman dan tunjukkan sikap empati, lakukan kontak singkat tapi sering, dan penuhi kebutuhan dasar pasien.

TUK 2 : Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan

Kriteria Hasil : Setelah 2x interaksi pasien dapat mengungkapkan perasaannya, penyebab perasaan marah, jengkel/kesal pada diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan.

Rencana Tindakan : Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya, penyebab perasaan marah, jengkel, atau kesal.

TUK 3 : Diskusikan tanda-tanda pada pasien jika terjadi perilaku kekerasan

Kriteria Hasil : Setelah 3x interaksi pasien dapat mengungkapkan dan menyimpulkan tanda-tanda marah, jengkel, atau kesal yang dialami.

Rencana Tindakan : Anjurkan pasien mengungkapkan yang dialami saat marah, jengkel, atau kesal, observasi tanda perilaku kekerasan pada

pasien, simpulkan bersama pasien tanda-tanda jengkel atau kesal yang dialami pasien.

TUK 4 : Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

Kriteria Hasil : Setelah 3x interaksi pasien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien, pasien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, pasien mengetahui cara yang biasa dapat menyelesaikan masalah atau tidak.

Rencana Tindakan : Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien, bantu pasien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan bicarakan dengan pasien apakah dengan cara yang pasien lakukan masalahnya selesai.

TUK 5 : Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

Kriteria Hasil : Setelah 3x interaksi pasien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan pasien.

Rencana Tindakan : Bicarakan akibat atau kerugian dari cara yang telah dilakukan pasien, bersama pasien simpulkan akibat cara yang digunakan oleh pasien, tanyakan pada pasien apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat.

TUK 6 : Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan

Kriteria Hasil : Setelah 3x interaksi pasien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif.

Rencana Tindakan : Tanyakan pada pasien apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat, berikan pujian bila pasien mengetahui cara lain yang sehat, diskusikan dengan pasien cara lain yang sehat seperti, secara fisik : tarik nafas dalam saat kesal, memukul kasur atau bantal, olah raga, melakukan pekerjaan yang penuh tenaga, secara verbal : katakan pada perawat atau orang lain, secara sosial : latihan asertif, manajemen perilaku kekerasan, secara spiritual : anjurkan pasien sembahyang, berdoa, atau ibadah lainnya.

TUK 7 : Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan

Kriteria Hasil : Setelah 3x intraksi pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan seperti, fisik : tarik nafas dalam, olah raga, menyiram tanaman, verbal : mengatakan langsung dengan tidak menyakiti, spiritual : sembahyang, berdoa, atau ibadah lainnya.

Rencana Tindakan : Bantu pasien memilih cara yang paling tepat untuk pasien, bantu pasien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih, bantu pasien menstimulasi cara tersebut (*role play*), beri *reinforcement* positif atas keberhasilan pasien menstimulasi cara tersebut, anjurkan pasien untuk menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah.

TUK 8 : Pasien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan

Kriteria Hasil : Setelah 2x interaksi keluarga pasien dapat menyebutkan cara merawat pasien yang berperilaku kekerasan, mengungkapkan rasa puas dalam merawat pasien

Rencana Tindakan : Identifikasi kemampuan keluarga pasien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap pasien selama ini, jelaskan peran serta keluarga dalam merawat pasien, jelaskan cara-cara merawat pasien, bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat pasien, bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi.

TUK 9 : Pasien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai program pengobatan)

Kriteria Hasil : Setelah 2x interaksi pasien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaan (jenis, waktu, dosis, dan efek), pasien dapat minum obat sesuai program terapi.

Rencana Tindakan : Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum pasien (pada pasien dan keluarga), diskusikan manfaat minum obat dan kerugian jika berhenti minum obat tanpa seijin dokter, jelaskan prinsip benar minum obat (nama, dosis, waktu, cara minum), anjurkan pasien minta obat dan minum obat tepat waktu, anjurkan pasien melapor kepada perawat atau dokter bila merasakan efek yang tidak menyenangkan, berikan pujian pada pasien bila minum obat dengan benar.

Pelaksanaan Keperawatan : Rabu, 22 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan marah terhadap dirinya sendiri, pasien mengekspresikan rasa marahnya dengan cara menggigit area lengan dan jari tangannya.

Data Objektif : Saat dikaji terlihat banyak luka kering bekas gigitan di area lengan dan jari tangan pasien, pasien terlihat tiba-tiba mengakui diri, memukul-mukul kepalanya, dan menangis, pandangan mata pasien kosong.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien tidak melakukan tindakan kekerasan baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

Tujuan Khusus : Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi penyebab dan akibat perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien, cara konstruktif pasien dalam berespon terhadap kemarahan, pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : Setelah 1x interaksi pasien dapat mengungkapkan perasaannya, penyebab perasaan marah, jengkel/kesal pada diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan, pasien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien, pasien mengetahui cara yang biasa

dapat menyelesaikan masalah atau tidak, pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan seperti tarik nafas dalam saat kesal.

Tindakan Keperawatan : Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, mengenali perasaan pasien, penyebab perasaan marah, jengkel, atau kesal dialami pasien, membicarakan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien, akibat atau kerugian dari cara yang telah dilakukan pasien, mengajarkan cara tarik nafas dalam saat kesal, dan menganjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Rencana Tindak Lanjut : Evaluasi SP 1 : Tarik nafas dalam, latih SP 2 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat dan memanfaatkan obat dengan baik.

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan akan melakukan tarik nafas dalam bila dirinya merasa kesal atau marah, pasien mengatakan sudah lebih tenang setelah melakukan tarik nafas dalam.

Data Objektif : Pasien dapat melakukan tarik nafas dalam saat merasa kesal atau marah dengan dibantu, pasien tampak lebih tenang, pandangan mata pasien masih kosong, pasien nampak gelisah.

Asesmen : Risiko perilaku kekerasan masih ada, pasien dapat melakukan tarik nafas dalam dengan dibantu.

Planning : Anjurkan pasien melakukan tarik nafas dalam saat kesal 2x sehari pada jam 09.30 & 16.30 WIB, anjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dan kasus termasuk faktor pendukung dan faktor penghambat yang merupakan hasil dari pengamatan dan pelaksanaan praktek keperawatan jiwa di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Harga Diri Rendah Kronis”. Penulis mulai melakukan asuhan keperawatan pada tanggal 20-22 Maret 2023 yang dilaksanakan dengan melakukan pendekatan proses keperawatan meliputi : pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Berikut penulis akan membahas satu persatu dari proses keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Data predisposisi yang ditemukan penulis pada pasien ada yang tidak sesuai dengan teori dan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Dari faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural yang menjadi faktor predisposisi pasien mengalami harga diri rendah kronis adalah faktor psikologis meliputi merasa perannya gagal, sikap orang tua yang tidak realistis, kegagalan berulang kali, dan kurang mempunyai tanggung jawab personal. Faktor sosiokultural meliputi pola asuh orang tua yang otoriter terhadap anaknya, dan

masalah kelompok yang meliputi pendidikan. Faktor biologis ditemukan data pasien tidak memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan kejiwaan.

Penulis melaporkan beberapa gejala yang ada pada pasien adalah mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis, penurunan produktivitas, penolakan terhadap kemampuan diri, suka menyendiri, kontak mata kurang, perasaan negatif terhadap diri sendiri, dan ketegangan peran, hal tersebut dibuktikan dengan pasien merasa gagal perannya sebagai seorang anak dan siswa sekolah menengah pertama, pasien merasa stres selama pembelajaran daring, tidak mendapat perhatian dari orang tua selama belajar, keluarga pasien mengatakan pasien menjadi pendiam, banyak menyendiri di dalam kamar, dan sering melamun.

Faktor pendukung saat melakukan pengkajian adalah mendapatkan dukungan dan bantuan dari perawat ruangan dalam mengkaji pasien. Faktor penghambat saat melakukan pengkajian yaitu dihari pertama pasien terlihat tidak kooperatif, belum terbuka dan percaya seutuhnya. Solusinya yaitu penulis terus membina hubungan saling percaya, penuhi kebutuhan pasien, membuat kontrak waktu yang tidak terlalu lama, dan memberikan *reinforcement* sesuai dengan keberhasilan pasien.

B. Diagnosa Keperawatan

Dari data yang ditemukan penulis tidak ada kesenjangan antara diagnosa keperawatan teori dan kasus yaitu diagnosa harga diri rendah kronis karena

pasien selalu merasa gagal perannya sebagai seorang anak dan siswa sekolah menengah pertama, pasien merasa stres selama pembelajaran daring, pasien mengatakan tidak mampu memahami pembelajaran yang diberikan sang guru, dan merasa tidak mendapat perhatian dari orang tua selama belajar karena ibunya sibuk mengurus adik-adiknya yang masih kecil, pasien merasa sering dimarahi ayahnya saat di rumah, pasien harus mengikuti aturan dari ayahnya.

Isolasi sosial karena pasien mengatakan tidak pandai bergaul, tidak mau terlalu percaya dengan orang lain karena orang lain sulit untuk dipercaya. Halusinasi karena pasien mengatakan melihat bayangan laki-laki, sering kali muncul setiap kali pasien sedang diam dan sendirian, pasien juga terkadang mendengar suara-suara gaduh tak jelas. Dan risiko perilaku kekerasan karena keluarga pasien mengatakan pasien menyakiti dirinya sendiri dengan cara menggigit area lengan dan jari tangannya, pasien sering tiba-tiba mengamuk dan galak ke orang-orang di rumah, pasien membenturkan kepalanya ke tembok atau lantai jika sedang marah.

Dari data yang ditemukan penulis tidak ada kesenjangan antara pohon masalah teori dan kasus yaitu diagnosa menurut Samosir (2021), pada pohon masalah dijelaskan bahwa harga diri rendah kronis merupakan masalah utama. Pada analisa data penulis lebih memprioritaskan harga diri rendah kronis karena ditemukan data-data seperti selalu merasa gagal perannya sebagai seorang siswa sekolah menengah pertama, pasien merasa stres selama

pembelajaran daring, tidak mendapat perhatian dari orang tua selama belajar, sering dimarah-marahi, harus mengikuti aturan dari ayahnya, kehilangan minat dan kegembiraan, cara bicara kadang cepat dan kadang lambat, jarang melakukan kontak mata selama interaksi, pasien berbicara dengan nada suara pelan dan kadang suka mengulang pembicaraan, pasien berbicara bila diberi stimulus. Faktor penghambat yang dialami oleh penulis, afek pasien labil wajahnya terlihat kadang senang kadang juga terlihat sedih tidak menentu.

Faktor pendukung saat mengangkat diagnosa keperawatan adalah penulis mendapatkan dukungan dan bantuan dari kakak perawat ruangan dan dibantu data-data dari rekam medis pasien. Faktor penghambat saat mengangkat diagnosa yaitu penulis mengalami kebingungan saat memprioritaskan diagnosa karena saat dikaji data yang paling kuat terlihat itu lebih ke harga diri rendah kronis sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul di rekam medis itu halusinasi pendengaran dan penglihatan, risiko perilaku kekerasan. Hingga pada akhirnya penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu harga diri rendah kronis karena diagnosa ini yang paling menonjol dan dirasakan oleh pasien saat di Ruang PHCU Wanita atau ruang pemulihan. Solusinya yaitu penulis mengatasi hambatan itu dengan cara mencoba untuk mengkonsultasikan dengan CI pembimbing di Ruang PHCU Wanita dan mendapat saran serta data tambahan untuk mengangkat diagnosa prioritas yaitu harga diri rendah kronis.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan kelompok hanya menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah keperawatan yaitu harga diri rendah kronis.

Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan sehingga penulis dapat melaksanakan perencanaan seoptimal mungkin didukung dengan tersedianya sarana ruangan perawat yang baik dan adanya bimbingan serta petunjuk dari petugas kesehatan di Rumah Sakit Jiwa yang diberikan kepada penulis. Secara teoritis digunakan cara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. Adapun upaya yang dilakukan penulis yaitu harga diri rendah kronis.

Harga diri rendah kronis dengan cara diskusikan dengan pasien tentang aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien, keluarga, dan lingkungan, bersama pasien buat daftar tentang aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien, keluarga, dan lingkungan, latih pasien melakukan kegiatan atau kemampuan positif yang pasien miliki, beri pujian yang realistis, hindari memberi penilaian negatif. Isolasi sosial yaitu latih pasien berkenalan dengan satu orang, berkenalan dengan dua orang atau lebih, latih pasien bercakap-cakap dengan orang lain, latih pasien bercakap-cakap sambil melakukan

kegiatan harian, dan latih pasien berbicara sosial seperti meminta sesuatu, berbelanja, dan sebagainya.

Halusinasi pendengaran dan penglihatan dengan identifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, dan respon terhadap halusinasi seperti mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, dan anjurkan melakukan kegiatan aktifitas terjadwal. Risiko perilaku kekerasan yaitu latih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur, minum obat secara teratur, mengucapkan verbal yang baik, dan melakukan kegiatan spiritual.

Faktor pendukung saat melakukan perencanaan keperawatan adalah pasien terlihat kooperatif karena sudah terbina hubungan saling percaya antara penulis dan pasien, serta mendapat dukungan dan bantuan dari perawat ruangan. Tidak ada faktor penghambat yang dialami penulis saat melakukan perencanaan keperawatan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap pelaksanaan keperawatan mahasiswa dapat mengatasi masalah keperawatan dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah kronis, isolasi sosial, halusinasi pendengaran dan penglihatan, dan risiko perilaku kekerasan.

Pada diagnosa keperawatan harga diri rendah kronis sudah dilakukan strategi pertemuan pertama sampai ketiga yaitu mendiskusikan dengan pasien tentang aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien, keluarga, dan lingkungan, bersama pasien membuat daftar tentang aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien, keluarga, dan lingkungan, memberikan pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negatif. Hasilnya pasien mampu melakukan kegiatan positif dan kemampuan yang dimilikinya yaitu mengaji, merapihkan tempat tidur, dan menggambar dengan dimotivasi. Dari daftar kemampuan pasien 1, 2, dan 3 yaitu mengaji, merapihkan tempat tidur, dan menggambar sudah dilakukan pasien mengatakan senang, perasaan negatif atas dirinya berkurang, pasien merasa memiliki kegiatan yang positif, namun pasien tidak mau melakukannya secara mandiri jika tidak dimotivasi. Faktor pendukung dalam melaksanakan strategi pelaksanaan yaitu penulis dapatkan dalam pelaksanaan keperawatan tersedianya sumber, terbinanya hubungan saling percaya antara penulis dengan pasien. Faktor penghambat yang penulis temukan pasien tidak mau berinteraksi terlalu lama, solusinya agar pasien tidak mudah bosan dan jenuh kegiatan dilakukan di taman.

Pada diagnosa keperawatan yang kedua isolasi sosial hanya dilakukan strategi pertemuan pertama yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berteman dan kerugian bila tidak punya teman, melatih SP

1 Isolasi sosial : Berkenalan dengan satu orang, menganjurkan pasien memasukkan kegiatan berkenalan dengan satu orang kedalam jadwal kegiatan

harian. Hasilnya pasien mampu berkenalan dengan penulis secara mandiri setelah 3x pertemuan. Faktor pendukung dalam melaksanakan strategi pelaksanaan yaitu penulis dapatkan dalam pelaksanaan keperawatan tersedianya sumber, terbinanya hubungan saling percaya antara penulis dengan pasien. Faktor penghambat yang penulis temukan pasien tidak mau berkenalan dan lupa dengan umurnya, solusinya pasien dimotivasi dan dibantu untuk berkenalan.

Pada diagnosa keperawatan yang ketiga halusinasi pendengaran dan penglihatan hanya dilakukan strategi pertemuan pertama yaitu membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, mengenali halusinasi yang dialami pasien, mengajarkan cara menghardik halusinasi, dan menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Hasilnya pasien tidak mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. Faktor pendukung dalam melaksanakan strategi pelaksanaan yaitu penulis dapatkan dalam pelaksanaan keperawatan tersedianya sumber, terbinanya hubungan saling percaya antara penulis dengan pasien. Faktor penghambat yang penulis temukan pasien tidak mampu menghardik halusinasinya, solusinya pasien dimotivasi dan dibantu untuk menghardik halusinasi.

Pada diagnosa keperawatan yang keempat risiko perilaku kekerasan hanya dilakukan strategi pertemuan pertama yaitu membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, mengenali

perasaan pasien, penyebab perasaan marah, jengkel, atau kesal dialami pasien, mengajarkan cara tarik nafas dalam saat kesal, dan menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Hasilnya pasien mampu tarik nafas dalam dengan dimotivasi. Faktor pendukung dalam melaksanakan strategi pelaksanaan yaitu penulis dapatkan dalam pelaksanaan keperawatan tersedianya sumber, terbinanya hubungan saling percaya antara penulis dengan pasien. Faktor penghambat yang penulis temukan pasien hanya mau tarik nafas dalam saat kesal atau marah dengan dimotivasi, solusinya pasien dimotivasi untuk tarik nafas dalam saat terlihat kesal atau marah.

E. Evaluasi Keperawatan

Dari hasil evaluasi terhadap pasien terjadi kesenjangan antara kasus dan teori, penulis mengangkat empat diagnosa keperawatan dan hanya satu diagnosa yang tujuannya tercapai sesuai batas waktu yang telah ditentukan penulis sedangkan tiga diagnosa yang tidak tercapai sesuai batas waktu karena pasien tidak mau atau tidak mampu melakukannya secara mandiri dan harus dengan bantuan atau motivasi dari penulis. Hasil evaluasi yang tercapai adalah harga diri pasien meningkat, kontak mata meningkat, perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun, penilaian diri positif meningkat, dan perilaku asertif meningkat.

Faktor pendukung saat melakukan evaluasi yaitu dalam proses implementasi dan perencanaan tindakan sudah terbina hubungan saling percaya antara penulis dan pasien, mendapat dukungan serta bantuan dari

kakak perawat ruangan. Tidak ada faktor penghambat yang dialami penulis saat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien.

BAB V

PENUTUP

Setelah membuat asuhan keperawatan pada An. N dengan harga diri rendah kronis di Ruang PHCU Wanita Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor, penulis membuat kesimpulan dan saran.

A. Kesimpulan

Harga diri rendah adalah perasaan negatif terhadap dirinya sendiri, menyebabkan kehilangan rasa percaya diri, pesimis, dan tidak berharga di kehidupan. Pengkajian pada pasien harga diri rendah menggunakan konsep faktor predisposisi dan presipitasi. Data predisposisi yang ditemukan penulis pada pasien yang tidak sesuai dengan teori dan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Dari faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural, faktor predisposisi pasien adalah faktor psikologis dan faktor sosiokultural.

Hasil diagnosa dari data yang ditemukan penulis tidak ada kesenjangan antara diagnosa keperawatan teori dan kasus pasien dengan harga diri rendah kronis. Perencanaan keperawatan, antara tinjauan teoritis dan kasus tidak terdapat kesenjangan sehingga penulis dapat melaksanakan perencanaan seoptimal mungkin dan didukung dengan tersedianya sarana ruangan perawat yang baik dan bimbingan serta petunjuk dari petugas kesehatan di Rumah

Sakit Jiwa yang diberikan kepada penulis.

Faktor pendukung dalam melaksanakan strategi pelaksanaan yang penulis dapatkan dalam pelaksanaan keperawatan adalah sumber, terbinanya hubungan saling percaya antara penulis dan pasien. Hasil evaluasi yang tercapai adalah harga diri pasien meningkat, kontak mata meningkat, perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun, penilaian diri positif meningkat, dan perilaku asertif meningkat.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Hendaknya mahasiswa/i dapat melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan tahapan-tahapan secara baik dan benar yang diperoleh selama masa pendidikan. Diharapkan mahasiswa mampu mempelajari dengan lebih mendalam mengenai setiap keluhan yang dialami oleh pasien harga diri rendah kronis dan dapat meningkatkan pengetahuannya serta mengaplikasikan ilmunya dalam kehidupan sehari-hari.

2. Bagi Rumah Sakit

Laporan ini diharapkan dapat menjadi acuan dan referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa. Harapannya Rumah Sakit dapat menjaga dan terus meningkatkan kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, terutama pada pasien dengan harga diri rendah kronis.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambo, A., Firmawati, & Syukur, S. B. (2023). Pengaruh Terapi Thought Stopping Pada Pasien Dengan Masalah Harga Diri Rendah Di Wilayah Kerja Puskesmas Kabila Kabupaten Bone Bolango. *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, 3(1), 96–103. <https://ejurnal.politeknikpratama.ac.id/index.php/JRIK/article/view/1315>
- Andri, J., Febriawati, H., Panzilion, P., Sari, S. N., & Utama, D. A. (2019). Implementasi Keperawatan dengan Pengendalian Diri Klien Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(2), 146–155. <https://doi.org/10.31539/jka.v1i2.922>
- Damanik, I. A. (2022). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . Y Dengan Masalah Harga Diri Rendah Kronis: Studi Kasus. *Osfpreprints*. <https://osf.io/vxt5j/download>
- Diana, P. K. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Harga Diri Rendah Kronis Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Arif Zainudin Surakarta. *Doctoral Dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo*. <http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/6155>
- Dwi, S. C. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Skizofrenia Dengan Masalah Harga Diri Rendah Kronik. *Doctoral Dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo*. <http://eprints.umpo.ac.id/6116/>
- Elvidiana, H., & Fitriani, D. R. (2019). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Ibu R dengan Harga Diri Rendah dengan Intervensi Inovasi Logoterapi Terhadap Gangguan Harga Diri Rendah di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda*. <https://dspace.umkt.ac.id/handle/463.2017/905>
- Evayanti, L., G. (2014). *Suatu Laporan Kasus Skizofrenia Akut Pada Anak Usia 12 Tahun dengan Riwayat Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas*. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/download/9639/7175/>
- Fajarani, A. S. (2017). Tingkat Stres Dan Harga Diri Narapidana Wanita Di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II A Kota Bogor. *Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung*, 9(2), 26–33. <https://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v9i2.288>

- Fatah, A. A. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Harga Diri Rendah Kronis di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang Tahun 2018*. http://pustaka.poltekkespdg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=5154&keywords
- Febriana, B. (2016). Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Harga Diri Remaja Korban Bullying. *Journal of Nursing Science Update (JNSU)*, 4(1), 73–84. <https://jik.ub.ac.id/index.php/jik/article/view/92>
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Salemba Medika.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori Dan Aplikasi*. Penerbit Andi.
- Pardede, J. A., & Laia, B. (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3), 291–300. <http://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj/article/view/621/338>
- PPNI, T. P. S. D. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. EGC.
- Rahayu, S., Mustikasari, M., & Daulima, N. H. (2019). Perubahan Tanda Gejala dan Kemampuan Pasien Harga Diri Rendah Kronis Setelah Latihan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga. *Journal Educational of Nursing (JEN)*, 2(1), 39–51. <https://doi.org/10.37430/jen.v2i1.10>
- Rokhimmah, Y., & Rahayu, D. A. (2020). Penurunan Harga Diri Rendah Dengan Menggunakan Penerapan Terapi Okupasi (Berkebun). *Ners Muda*, 1(1), 18–22. <https://doi.org/10.26714/Nm.V1i1.5493>
- Samosir, E. F. (2021). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada An. A Dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Di Lingk. XVI Lorong Jaya. V*, 56. <https://osf.io/r6zqu/download>
- Samosir, M. L. (2022). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . S Dengan Harga Diri Rendah Kronis: Studi Kasus*. <https://osf.io/7x4tc/download>
- Sihombing, F. M. (2022). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . F Dengan Masalah Harga Diri Rendah Kronis*. <https://osf.io/nea5k/download>

Sitorus, C. (2019). *Pengkajian Klasifikasi Data Dalam Proses Keperawatan*. <https://osf.io/ksdca/download>

Syafitri, F. (2022). *Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . A Dengan Masalah Harga Diri Rendah*. <https://osf.io/zfawy/download>

Tuasikal, H., Siauta, M., & Embuai, S. (2019). Upaya Peningkatan Harga Diri Rendah Dengan Terapi Aktivitas Kelompok (Stimulasi Persepsi) Di Ruang Sub Akut Laki RSKD Provinsi Maluku. *Window Of Health: Jurnal Kesehatan*, 345–351. <https://doi.org/10.33368/Woh.V0i0.210>

Yusuf, A. H., Fitryasari PK, R., & Nihayati, H. E. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Jakarta : Salemba Medika*.

STRATEGI PELAKSANAAN
HARGA DIRI RENDAH KRONIS

Pertemuan : Kesatu

Hari/Tanggal : Senin, 20 Maret 2023

Nama Pasien : An. N

Ruangan : PHCU Wanita

SP/Diagnosa : I / Harga Diri Rendah Kronis “Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki”

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif : Pasien merasa gagal perannya sebagai seorang siswa sekolah menengah pertama, pasien merasa stres selama pembelajaran daring, dan tidak mendapat perhatian dari orang tua selama belajar. Pasien mengatakan orang tua pasien melarang pasien untuk mengikuti Idol Kpop, pasien suka dimarah-marahi, pasien harus mengikuti aturan dari ayahnya.

Data Objektif : Saat dikaji pasien terlihat kehilangan minat dan kegembiraan, afek pasien labil wajahnya terlihat sedih tidak menentu, cara bicara pasien kadang cepat dan kadang lambat, pasien jarang melakukan kontak mata selama interaksi, pasien berbicara dengan nada suara pelan dan kadang suka mengulang pembicaraan, pasien berbicara bila diberi stimulus.

2. Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah Kronis

3. Tujuan

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimilikinya
- c. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
- d. Pasien dapat menetapkan atau memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan
- e. Pasien dapat merencanakan kegiatan yang telah dilatih

4. Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
- c. Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan
- d. Membantu pasien memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien
- e. Melatih kegiatan yang telah dipilih pasien sesuai kemampuan
- f. Membantu pasien merencanakan kegiatan yang sesuai kemampuan dan menyusun rencana kegiatan

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi, Adek. Apakah Adek masih ingat dengan saya?”

“Iya betul, wah Adek hebat”

b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana kabar Adek hari ini?”

“Semalam tidurnya nyenyak tidak?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Baik, bagaimana jika hari ini kita berbicara mengenai kondisi perasaan yang Adek rasakan? Najla mau dimana? Jam berapa dan berapa lama?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar Adek dapat mengatasi perasaan yang sedang Adek rasakan saat ini”

2. Fase Kerja

“Ada yang sedang Adek pikirkan? Sepertinya Adek terlihat sedih”

“Kenapa memangnya? Ada kendala selama daring?”

“Sekarang saya mau tanya kemampuan yang Adek punya apa saja. Coba Adek sebutkan kegiatan yang sering Adek lakukan”

“Wah hebat, ternyata banyak ya kemampuan yang Adek miliki”

“Baik kita buat daftar kemampuan Adek ya”

Daftar Kemampuan An. N

No.	Daftar Kemampuan	Sudah Dilakukan	Akan Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Mengaji			

(Lanjutan)

2.	Merapihkan tempat tidur			
3.	Menggambar			
4.	Menulis cerita			

“Adek sekarang mau melakukan kegiatan yang mana?”

“Baik, sekarang kita mulai mengaji ya. Adek mau baca surat apa?”

“Wah masya Allah Adek hebat”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

“Bagaimana perasaan Adek setelah melakukan kegiatan mengaji?”

“Wah jadi senang ya. Coba sekarang Adek sebutkan kembali kegiatan apa yang sudah kita lakukan hari ini”

“Betul, Adek hebat sekali”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Ini ada jadwal kegiatan harian Adek ya. Adek bisa masukkan kegiatan kita hari ini di jadwal kegiatan harian Adek. Adek mau melakukannya sehari berapa kali? Di jam berapa?”

“Baik nanti Adek lakukan di jam 11 dan jam 4 sore ya. Jangan lupa setiap Adek selesai melakukannya, Adek masukkan kedalam jadwal kegiatan hariannya”

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, pertemuan kita cukup sampai disini dulu ya. Besok bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk melakukan kemampuan Adek yang selanjutnya. Adek mau melakukan apa?”

“Baik besok kita berlatih merapihkan tempat tidur ya waktunya sekitar 15 menit”

“Adek harus tetap semangat dan sehat selalu ya, kalau begitu saya permisi dulu, selamat pagi”

Daftar Kemampuan An. N

No.	Daftar Kemampuan	Sudah Dilakukan	Akan Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Mengaji	√		
2.	Merapihkan tempat tidur		√	
3.	Menggambar			
4.	Menulis cerita			

STRATEGI PELAKSANAAN HARGA DIRI RENDAH KRONIS

Pertemuan : Kedua

Hari/Tanggal : Selasa, 21 Maret 2023

Nama Pasien : An. N

Ruangan : PHCU Wanita

SP/Diagnosa : II / Harga Diri Rendah Kronis “Melatih dan membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan”

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif : Pasien mengatakan senang bisa mengaji, pasien mengatakan perasaan negatif atas dirinya berkurang, pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan mengaji pada jam 16.00 WIB.

Data Objektif : Pasien terlihat mampu mengaji, perasaan negatif pasien nampak berkurang, pasien tidak melakukan kegiatan mengaji pada jam 16.00 WIB, pasien dapat melakukan kegiatan mengaji dengan dimotivasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah Kronis

3. Tujuan

- a. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
- b. Pasien dapat menetapkan atau memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan

- c. Pasien dapat melatih kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dipilih
- 4. Tindakan Keperawatan
 - a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 - b. Melatih kemampuan kedua “Merapihkan tempat tidur”
 - c. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan ke jadwal kegiatan harian pasien

B. Strategi Komunikasi

- 1. Fase Orientasi
 - a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi, Adek. Apakah Adek masih ingat dengan saya?”

“Wah Adek hebat masih ingat dengan saya”
 - b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Adek hari ini, apakah perasaan sedih yang Adek rasakan masih ada?”

“Berarti perasaan sedih yang Adek rasakan sudah berkurang ya. Bagaimana dengan kegiatan mengajinya, apakah sudah Adek lakukan?”

“Wah nanti jangan lupa dikerjakan ya, coba sekarang Adek praktekan lagi cara mengaji”

“Masya Allah bagus sekali”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Sesuai janji kita kemarin, sekarang kita akan melakukan kemampuan Adek yang kedua ya yaitu merapihkan tempat tidur. Waktunya sekitar 15 menit”

d. Tujuan

“Tujuannya agar Adek terbiasa melakukan dan melatih kegiatan secara mandiri. Apakah Adek sudah siap?”

2. Fase Kerja

“Baik, kita mulai ya. Sebelumnya saya mau tanya kira-kira apa saja ya alat-alat yang dibutuhkan untuk merapihkan tempat tidur?”

“Betul sekali, disini saya sudah siapkan alat untuk Adek merapihkan tempat tidur. Sekarang ayo kita lakukan, apakah Adek masih ingat cara merapihkan tempat tidur?”

“Wah bagus sekali. Bisa Adek praktekan?”

“Adek memang hebat, tempat tidur Adek sekarang jadi bersih dan rapih ya”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

“Bagaimana perasaan Adek setelah kita melakukan kemampuan Adek yang kedua yaitu merapihkan tempat tidur?”

“Wah jadi senang ya, sekarang coba Adek sebutkan kembali apa yang sudah kita lakukan tadi”

“Wah Adek hebat, betul sekali”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang kita masukkan kegiatan merapihkan tempat tidur kedalam jadwal kegiatan harian Adek ya, Adek mau melakukannya sehari berapa kali? Di jam berapa?”

“Baik nanti jangan lupa Adek lakukan sendiri di jam 7 pagi lalu tulis di jadwal kegiatan harian Adek ya”

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, pertemuan kita cukup sampai disini dulu ya. Besok bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk mengevaluasi kegiatan Adek dan melakukan kemampuan Adek yang selanjutnya. Adek mau melakukan apa?”

“Baik Adek mau menggambar dimana? Jam berapa?”

“Baik jam 10 di Taman ya, Adek harus tetap semangat sehat selalu, kalau gitu saya permisi dulu. Selamat pagi”

Daftar Kemampuan An. N

No.	Daftar Kemampuan	Sudah Dilakukan	Akan Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Mengaji	√		
2.	Merapihkan tempat tidur	√		
3.	Menggambar		√	
4.	Menulis cerita			

STRATEGI PELAKSANAAN HARGA DIRI RENDAH KRONIS

Pertemuan : Ketiga

Hari/Tanggal : Rabu, 22 Maret 2023

Nama Pasien : An. N

Ruangan : PHCU Wanita

SP/Diagnosa : III / Harga Diri Rendah Kronis “Melatih dan membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan”

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif : Pasien mengatakan senang bisa mengaji dan merapihkan tempat tidur, pasien mengatakan perasaan negatif atas dirinya berkurang, pasien mengatakan melakukan kegiatan mengaji pada jam 11.00 WIB dan jam 16.00 WIB, pasien tidak melakukan kegiatan merapihkan tempat tidur pada jam 07.00 WIB.

Data Objektif : Pasien terlihat mampu mengaji dan merapihkan tempat tidur, perasaan negatif pasien nampak berkurang, pasien melakukan kegiatan mengaji pada jam 11.00 WIB dan jam 16.00 WIB, pasien tidak melakukan kegiatan merapihkan tempat tidur pada jam 07.00 WIB, pasien dapat melakukan kegiatan mengaji dan merapihkan tempat tidur dengan dimotivasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah Kronis

3. Tujuan

- a. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
- b. Pasien dapat menetapkan atau memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan
- c. Pasien dapat melatih kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dipilih

4. Tindakan Keperawatan

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b. Melatih kemampuan ketiga “Menggambar”
- c. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan ke jadwal kegiatan harian pasien

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi, Adek. Apakah Adek masih ingat dengan saya?”

“Wah Adek hebat masih ingat dengan saya”

b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Adek hari ini, apakah perasaan sedih yang Adek rasakan masih ada?”

“Berarti perasaan sedih yang Adek rasakan sudah berkurang ya. Bagaimana dengan kegiatan mengaji dan merapihkan tempat tidurnya, apakah sudah Adek lakukan?”

“Wah Adek hebat sudah mengaji secara mandiri, tapi kenapa tadi pagi tidak merapihkan tempat tidur?”

“Baik nanti dikerjakan ya, coba sekarang Adek praktekan lagi cara mengaji dan merapihkan tempat tidur”

“Masya Allah hebat sekali Adek”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Sesuai janji kita kemarin, sekarang kita akan melakukan kemampuan Adek yang ketiga ya yaitu menggambar di Taman. Waktunya sekitar 15 menit”

d. Tujuan

“Tujuannya agar Adek terbiasa melakukan dan melatih kegiatan secara mandiri. Apakah Adek sudah siap?”

2. Fase Kerja

“Baik, kita mulai ya. Sebelumnya saya mau tanya kira-kira apa saja ya alat-alat yang dibutuhkan untuk menggambar?”

“Betul sekali, disini saya sudah siapkan alat untuk Adek menggambar. Sekarang ayo kita lakukan, apakah Adek masih ingat cara menggambar?”

“Wah bagus sekali. Adek gambar apa?”

“Wah indah sekali pemandangan rumah nenek Adek ya”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

“Bagaimana perasaan Adek setelah kita melakukan kemampuan Adek yang ketiga yaitu menggambar?”

(Lanjutan)

“Wah jadi senang ya, sekarang coba Adek sebutkan kembali apa yang sudah kita lakukan tadi”

“Wah Adek hebat, betul sekali”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang kita masukkan kegiatan menggambar kedalam jadwal kegiatan harian Adek ya, Adek mau melakukannya sehari berapa kali? Di jam berapa?”

“Baik nanti jangan lupa Adek lakukan sendiri di jam 10 pagi ya lalu Adek tulis di jadwal kegiatan harian Adek”

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, pertemuan kita cukup sampai disini dulu ya. Besok bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk mengevaluasi kegiatan Adek dan melakukan kemampuan Adek yang selanjutnya. Adek mau melakukan kegiatan apa?”

“Baik Adek tetap semangat ya sehat selalu, kalau gitu saya permisi dulu. Selamat pagi”

Daftar Kemampuan An. N

No.	Daftar Kemampuan	Sudah Dilakukan	Akan Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Mengaji	√		
2.	Merapihkan tempat tidur	√		

(Lanjutan)

3.	Menggambar	√		
4.	Menulis cerita		√	

STRATEGI PELAKSANAAN ISOLASI SOSIAL

Pertemuan : Kesatu

Hari/Tanggal : Senin, 20 Maret 2023

Nama Pasien : An. N

Ruangan : PHCU Wanita

SP/Diagnosa : I / Isolasi Sosial “Membantu pasien untuk mengenali isolasi sosial dan melatih pasien berkenalan dengan satu orang”

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak tau cara berkenalan, pasien mengatakan tidak pandai bergaul, pasien tidak mau terlalu percaya dengan orang lain karena orang lain sulit untuk dipercaya.

Data Objektif : Saat dikaji pasien terlihat sering menyendiri, pasien tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu, jika diminta melihat ke arah perawat pasien nampak ragu.

2. Diagnosa Keperawatan

Isolasi sosial

3. Tujuan

- a. Terbinanya hubungan saling percaya
- b. Pasien dapat menyebutkan penyebab isolasi sosial

- c. Pasien dapat menyebutkan keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain
 - d. Pasien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap
4. Tindakan Keperawatan
- a. Membina hubungan saling percaya
 - b. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial
 - c. Mengajarkan pasien cara berkenalan atau berdiskusi dengan satu orang
 - d. Mengajukan untuk memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian pasien

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi
- a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi, Adek. Apakah Adek masih ingat dengan saya?”

“Wah Adek hebat masih ingat dengan saya”
 - b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Adek hari ini, apakah perasaan sedih yang Adek rasakan masih ada?”

“Kenapa Adek sendirian aja disini?”
 - c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Baik, bagaimana kalau sekarang kita berbicara mengenai perasaan yang Adek rasakan saat ini? Adek mau dimana? Berapa lama?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar Adek tidak sendirian saja, mengetahui keuntungan dari mempunyai teman, dan kerugian bila tidak mempunyai teman”

2. Fase Kerja

“Baik, kita mulai ya. Apa yang Adek rasakan selama dirawat disini?”

“Siapa saja yang sudah Adek kenal di ruangan ini?”

“Apa yang menjadi penghambat Adek dalam berkenalan atau berinteraksi dengan orang lain?”

“Menurut Adek, apa saja keuntungan mempunyai teman dan kerugian bila tidak memiliki teman?”

“Jadi kita harus mempunyai teman untuk berinteraksi dan berdiskusi agar kita tidak kesepian”

“Kalau begitu bagaimana jika kita sekarang belajar cara berkenalan?”

“Pertama kita temui dulu orang yang mau kita ajak berkenalan lalu julurkan tangan, tatap matanya, lalu sebutkan nama kita, nama panggilan, umur, daerah asal, dan hobi. Saya contohkan ya halo nama saya Shela, nama panggilan saya Shela, asal saya dari Jakarta, hobi saya mendengarkan musik, lalu setelah itu tanyakan kembali “Kalau kamu namanya siapa?” Apakah Adek sudah paham?”

“Coba sekarang Adek praktekan apa yang sudah saya contohkan tadi”

“Saya bantu ya”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

“Bagaimana perasaan Adek setelah belajar cara berkenalan?”

“Sekarang coba Adek praktekan kembali apa yang sudah kita lakukan tadi, saya bantu ya”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Baik saya masukkan kegiatan berkenalan dengan satu orang kedalam jadwal kegiatan harian Adek ya, Adek mau melakukannya sehari berapa kali? Di jam berapa?”

“Baik nanti jangan lupa Adek lakukan di jam 11.30 ya lalu tulis di jadwal kegiatan harian Adek”

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, pertemuan kita cukup sampai disini dulu ya. Besok bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk mengevaluasi kegiatan Adek dan belajar lagi cara berkenalan. Apakah Adek bersedia?”

“Baik Adek tetap semangat ya sehat selalu, kalau gitu saya permisi dulu. Selamat pagi”

STRATEGI PELAKSANAAN ISOLASI SOSIAL

Pertemuan : Kedua

Hari/Tanggal : Selasa, 21 Maret 2023

Nama Pasien : An. N

Ruangan : PHCU Wanita

SP/Diagnosa : I / Isolasi Sosial “Membantu pasien untuk mengenali isolasi sosial dan melatih pasien berkenalan dengan satu orang”

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak tau cara berkenalan, pasien tidak mau berkenalan dengan orang lain karena tidak percaya dengan orang lain, pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan berkenalan dengan satu orang temannya pada jam 11.30 WIB.

Data Objektif : Pasien terlihat masih sering menyendiri, pasien tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu, jika diminta melihat ke arah perawat pasien nampak ragu, pasien tidak melakukan kegiatan berkenalan dengan satu orang temannya pada jam 11.30 WIB, pasien tidak dapat menyebutkan penyebab isolasi sosial, keuntungan berhubungan sosial, dan kerugian isolasi sosial.

2. Diagnosa Keperawatan

Isolasi sosial

3. Tujuan

- a. Terbinanya hubungan saling percaya
- b. Pasien dapat menyebutkan keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain
- c. Pasien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap

4. Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengajarkan pasien cara berkenalan atau berdiskusi dengan satu orang
- c. Menganjurkan untuk memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian pasien

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi, Adek. Apakah Adek masih ingat dengan saya?”

“Wah Adek hebat masih ingat dengan saya”

b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Adek hari ini, apakah perasaan sedih yang Adek rasakan masih ada?”

“Kenapa Adek masih sendirian saja disini? Apakah Adek sudah berkenalan dengan satu orang teman disini?”

“Kenapa Adek tidak melakukan berkenalan pada jam 11.30?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Baik, bagaimana kalau sekarang kita berbicara mengenai perasaan yang Adek rasakan saat ini dan berlatih lagi cara berkenalan dengan satu orang? Adek mau dimana? Waktunya berapa lama?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar Adek memiliki teman disini, mengetahui keuntungan dari mempunyai teman, dan kerugian bila tidak mempunyai teman”

2. Fase Kerja

“Baik, kita mulai ya. Adek masih ingat tidak apa yang sudah kita bicarakan kemarin?”

“Apa yang menjadi penghambat Adek dalam berkenalan atau berinteraksi dengan orang lain?”

“Menurut Adek, apa saja keuntungan mempunyai teman dan kerugian bila tidak memiliki teman?”

“Jadi kita harus mempunyai teman untuk berinteraksi dan berdiskusi agar kita tidak kesepian”

“Kalau begitu bagaimana jika kita sekarang belajar lagi cara berkenalan? Apakah Adek masih ingat?”

“Baik pertama kita temui dulu orang yang mau kita ajak berkenalan lalu julurkan tangan, tatap matanya, lalu sebutkan nama kita, nama panggilan, umur, daerah asal, dan hobi. Saya contohkan ya halo nama saya Shela, nama panggilan saya Shela, asal saya dari Jakarta, hobi saya

mendengarkan musik, lalu setelah itu tanyakan kembali “Kalau kamu namanya siapa?” Apakah Adek sudah paham?”

“Coba sekarang Adek praktekan apa yang sudah saya contohkan tadi”

“Saya bantu ya”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

“Bagaimana perasaan Adek setelah belajar cara berkenalan?”

“Sekarang coba Adek praktekan kembali apa yang sudah kita lakukan tadi, saya bantu ya”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Baik saya masukkan kegiatan berkenalan dengan satu orang kedalam jadwal kegiatan harian Adek ya, Adek mau melakukannya sehari berapa kali? Di jam berapa?”

“Baik nanti jangan lupa Adek lakukan di jam 11.30 ya lalu tulis di jadwal kegiatan harian Adek”

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, pertemuan kita cukup sampai disini dulu ya. Besok bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk mengevaluasi kegiatan Adek dan belajar lagi cara berkenalan. Apakah Adek bersedia?”

“Baik Adek tetap semangat ya sehat selalu, kalau gitu saya permisi dulu. Selamat pagi”

STRATEGI PELAKSANAAN ISOLASI SOSIAL

Pertemuan : Ketiga

Hari/Tanggal : Rabu, 22 Maret 2023

Nama Pasien : An. N

Ruangan : PHCU Wanita

SP/Diagnosa : I / Isolasi Sosial “Melatih pasien berkenalan dengan satu orang”

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak tau cara berkenalan, pasien tidak mau berkenalan dengan orang lain karena tidak percaya dengan orang lain, pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan berkenalan dengan satu orang temannya pada jam 11.30 WIB.

Data Objektif : Pasien terlihat masih sering menyendiri, pasien tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu, jika diminta melihat ke arah perawat pasien nampak ragu, pasien tidak melakukan kegiatan berkenalan dengan satu orang temannya pada jam 11.30 WIB, pasien tidak dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial, dan kerugian isolasi sosial.

2. Diagnosa Keperawatan

Isolasi sosial

3. Tujuan

- a. Terbinanya hubungan saling percaya
- b. Pasien dapat berkenalan dengan satu orang
- c. Pasien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap

4. Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengajarkan pasien cara berkenalan atau berdiskusi dengan satu orang
- c. Menganjurkan untuk memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian pasien

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi, Adek. Apakah Adek masih ingat dengan saya?”

“Wah Adek hebat masih ingat dengan saya”

b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Adek hari ini, apakah perasaan sedih yang Adek rasakan masih ada?”

“Kenapa Adek masih sendirian saja disini? Apakah Adek sudah berkenalan dengan satu orang teman disini?”

“Kenapa Adek tidak melakukan berkenalan pada jam 11.30?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Baik, bagaimana kalau sekarang kita berbicara mengenai perasaan yang Adek rasakan saat ini dan berlatih lagi cara berkenalan dengan satu orang? Adek mau dimana? Waktunya berapa lama?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar Adek bisa berkenalan dengan teman-teman disini sehingga Adek memiliki teman disini dan tidak kesepian”

2. Fase Kerja

“Baik, kita mulai ya. Adek masih ingat tidak apa yang sudah kita bicarakan kemarin?”

“Wah betul, Adek sudah tau ya keuntungan mempunyai teman dan kerugian bila tidak memiliki teman”

“Lalu apa yang masih menjadi penghambat Adek dalam berkenalan atau berinteraksi dengan orang lain?”

“Kalau begitu bagaimana jika kita sekarang belajar lagi cara berkenalan? Apakah Adek masih ingat?”

“Baik pertama kita temui dulu orang yang mau kita ajak berkenalan lalu julurkan tangan, tatap matanya, lalu sebutkan nama kita, nama panggilan, umur, daerah asal, dan hobi. Saya contohkan ya halo nama saya Shela, nama panggilan saya Shela, asal saya dari Jakarta, hobi saya mendengarkan musik, lalu setelah itu tanyakan kembali “Kalau kamu namanya siapa?” Apakah Adek sudah paham?”

“Coba sekarang Adek praktekan apa yang sudah saya contohkan tadi”

“Wah hebat Adek sudah bisa berkenalan”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

“Bagaimana perasaan Adek setelah belajar cara berkenalan?”

“Sekarang coba Adek praktekkan kembali apa yang sudah kita lakukan tadi”

“Wah Adek memang hebat”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Baik saya masukkan kegiatan berkenalan dengan satu orang kedalam jadwal kegiatan harian Adek ya, Adek mau melakukannya sehari berapa kali? Di jam berapa?”

“Baik nanti jangan lupa Adek lakukan di jam 11.30 ya lalu tulis di jadwal kegiatan harian Adek”

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, pertemuan kita cukup sampai disini dulu ya. Besok bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk mengevaluasi kegiatan Adek dan belajar cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih. Apakah Adek bersedia?”

“Baik Adek tetap semangat ya sehat selalu, kalau gitu saya permisi dulu. Selamat pagi”

**STRATEGI PELAKSANAAN
HALUSINASI PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN**

Pertemuan : Kesatu

Hari/Tanggal : Selasa, 21 Maret 2023

Nama Pasien : An. N

Ruangan : PHCU Wanita

SP/Diagnosa : I / Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan “Melatih pasien menghardik halusinasi”

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif : Pasien mengatakan melihat bayangan laki-laki, sering kali muncul setiap kali pasien sedang diam dan sendirian. Pasien juga terkadang mendengar suara-suara gaduh tak jelas.

Data Objektif : Saat dikaji wajah pasien terlihat labil kadang senang kadang juga terlihat sedih tidak menentu, sering melamun, gelisah, pasien terlihat berbicara sendiri pada saat sendirian.

2. Diagnosa Keperawatan

Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan

3. Tujuan

- a. Pasien dapat mengenal halusinasi
- b. Pasien dapat mengetahui jenis, waktu, frekuensi, dan isi halusinasi
- c. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

- d. Pasien dapat menerapkan cara mengontrol halusinasi dan memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian
- 4. Tindakan Keperawatan
 - a. Mengidentifikasi isi, jenis, waktu, dan frekuensi halusinasi
 - b. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
 - c. Mengidentifikasi respon terhadap halusinasi
 - d. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - e. Menganjurkan pasien untuk memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian pasien

B. Strategi Komunikasi

- 1. Fase Orientasi
 - a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi, Adek. Apakah Adek masih ingat dengan saya?”

“Wah Adek hebat masih ingat dengan saya”
 - b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Adek hari ini?”

“Ada yang sedang Adek rasakan?”
 - c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Baik, bagaimana kalau sekarang kita berbicara mengenai halusinasi yang Adek rasakan saat ini? Adek mau dimana? Berapa lama?”
 - d. Tujuan

“Tujuannya agar Adek bisa mengontrol halusinasi yang Adek rasakan dan membuat lebih nyaman”

2. Fase Kerja

“Baik, kita mulai ya. Apakah Adek merasa ada suara atau bayangan yang mengganggu Adek?”

“Apakah suara dan bayangan tersebut muncul secara terus-terusan atau hanya sewaktu-waktu? Berapa kali Adek merasakannya dalam sehari?”

“Pada keadaan apa suara dan bayangan itu muncul? Apakah pada saat itu Adek sedang sendiri?”

“Apa yang Adek rasakan saat mendengar suara dan melihat bayangan tersebut? Apa yang Adek lakukan saat mendengar suara atau melihat bayangan tersebut?”

“Saya percaya Adek mendengar dan melihat bayangan tersebut, tapi saya tidak mendengar dan melihatnya. Itu yang dinamakan halusinasi”

“Bagaimana kalau kita sekarang belajar cara menghardik halusinasi tersebut supaya tidak mengganggu Adek lagi?”

“Jadi caranya seperti ini, saya contohkan ya pertama Adek tutup mata dan tutup kedua telinga menggunakan tangan Adek, lalu Adek bilang “Kamu palsu, kamu tidak nyata, pergi sana”. Apakah Adek sudah paham?”

“Coba sekarang Adek praktekan apa yang sudah saya contohkan tadi”

“Saya bantu ya”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

“Bagaimana perasaan Adek setelah belajar mengontrol halusinasi dengan cara menghardik?”

“Sekarang coba Adek praktekan kembali apa yang sudah kita lakukan tadi, saya bantu ya”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Baik saya masukkan kegiatan menghardik halusinasi kedalam jadwal kegiatan harian Adek ya, Adek mau melakukannya sehari berapa kali? Di jam berapa?”

“Baik nanti jangan lupa Adek lakukan di jam 10.30 dan 19.30 ya lalu tulis di jadwal kegiatan harian Adek”

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, pertemuan kita cukup sampai disini dulu ya. Besok bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk mengevaluasi kegiatan Adek dan belajar lagi cara menghardik halusinasi. Apakah Adek bersedia?”

“Baik Adek tetap semangat ya sehat selalu, kalau gitu saya permisi dulu. Selamat pagi”

STRATEGI PELAKSANAAN HALUSINASI PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN

Pertemuan : Kedua

Hari/Tanggal : Rabu, 22 Maret 2023

Nama Pasien : An. N

Ruangan : PHCU Wanita

SP/Diagnosa : I / Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan “Melatih pasien menghardik halusinasi”

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif : Pasien mengatakan melihat bayangan laki-laki, sering kali muncul setiap kali pasien sedang diam dan sendirian, pasien melihat adik dan teman-teman sekolahnya di Rumah Sakit. Pasien juga terkadang mendengar suara-suara gaduh tak jelas, pasien mengatakan tidak dapat menghardik halusinasinya.

Data Objektif : Wajah pasien masih terlihat labil kadang senang kadang juga terlihat sedih tidak menentu, sering melamun, gelisah, pasien terlihat berbicara sendiri pada saat sendirian, pasien tidak melakukan kegiatan menghardik halusinasinya pada jam 10.30 WIB dan jam 19.30 WIB.

2. Diagnosa Keperawatan

Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan

3. Tujuan

- a. Pasien dapat mengenal halusinasi
- b. Pasien dapat mengetahui jenis, waktu, frekuensi, dan isi halusinasi
- c. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- d. Pasien dapat menerapkan cara mengontrol halusinasi dan memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian

4. Tindakan Keperawatan

- a. Mengidentifikasi isi, jenis, waktu, dan frekuensi halusinasi
- b. Mengidentifikasi respon terhadap halusinasi
- c. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- d. Menganjurkan pasien untuk memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian pasien

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi, Adek. Apakah Adek masih ingat dengan saya?”

“Wah Adek hebat masih ingat dengan saya”

b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Adek hari ini? Ada yang sedang Adek rasakan?”

“Bagaimana dengan kegiatan menghardik halusinasinya? Apakah sudah dilakukan?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Baik, bagaimana kalau sekarang kita berlatih lagi cara mengontrol halusinasi yang Adek rasakan saat ini dengan cara menghardik? Adek mau dimana? Berapa lama?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar Adek bisa mengontrol halusinasi yang Adek rasakan dan membuat lebih nyaman”

2. Fase Kerja

“Baik, kita mulai ya. Apakah Adek masih merasa ada suara atau bayangan yang mengganggu Adek?”

“Apakah suara dan bayangan tersebut muncul secara terus-terusan atau hanya sewaktu-waktu? Berapa kali Adek merasakannya dalam sehari?”

“Pada keadaan apa suara dan bayangan itu muncul? Apakah pada saat itu Adek sedang sendiri?”

“Apa yang Adek rasakan saat mendengar suara dan melihat bayangan tersebut? Apa yang Adek lakukan saat mendengar suara atau melihat bayangan tersebut?”

“Saya percaya Adek mendengar dan melihat bayangan tersebut, tapi saya tidak mendengar dan melihatnya. Itu yang dinamakan halusinasi”

“Bagaimana kalau kita sekarang belajar lagi cara menghardik halusinasi tersebut supaya tidak mengganggu Adek?”

“Jadi caranya seperti ini, saya contohkan ya pertama Adek tutup mata dan tutup kedua telinga menggunakan tangan Adek, lalu Adek bilang “Kamu palsu, kamu tidak nyata, pergi sana”. Apakah Adek sudah paham?”

“Coba sekarang Adek praktekan apa yang sudah saya contohkan tadi”

“Saya bantu ya”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

“Bagaimana perasaan Adek setelah belajar mengontrol halusinasi dengan cara menghardik?”

“Sekarang coba Adek praktekan kembali apa yang sudah kita lakukan tadi, saya bantu ya”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Baik saya masukkan kegiatan menghardik halusinasi kedalam jadwal kegiatan harian Adek ya, Adek mau melakukannya sehari berapa kali? Di jam berapa?”

“Baik nanti jangan lupa Adek lakukan di jam 10.30 dan 19.30 ya lalu tulis di jadwal kegiatan harian Adek”

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, pertemuan kita cukup sampai disini dulu ya. Besok bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk mengevaluasi kegiatan Adek dan belajar lagi cara menghardik halusinasi. Apakah Adek bersedia?”

“Baik Adek tetap semangat ya sehat selalu, kalau gitu saya permisi dulu. Selamat pagi”

STRATEGI PELAKSANAAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Pertemuan : Kesatu

Hari/Tanggal : Rabu, 22 Maret 2023

Nama Pasien : An. N

Ruangan : PHCU Wanita

SP/Diagnosa : I / Resiko Perilaku Kekerasan “Melatih pasien tarik nafas dalam”

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif : Pasien mengatakan marah terhadap dirinya sendiri, pasien mengekspresikan rasa marahnya dengan cara menggigit area lengan dan jari tangannya.

Data Objektif : Saat dikaji terlihat banyak luka kering bekas gigitan di area lengan dan jari tangan pasien, pasien terlihat tiba-tiba mengakui diri, memukul-mukul kepalanya, dan menangis, pandangan mata pasien kosong.

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab dan akibat perilaku kekerasan

- c. Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien saat marah
 - d. Pasien dapat menerapkan cara mengontrol rasa marah dan memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian
4. Tindakan Keperawatan
- a. Mengidentifikasi penyebab dan akibat perilaku kekerasan pasien
 - b. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien saat marah
 - c. Melatih pasien mengontrol rasa marah dengan cara tarik nafas dalam
 - d. Menganjurkan pasien untuk memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian pasien

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi
- a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi, Adek. Apakah Adek masih ingat dengan saya?”

“Wah Adek hebat masih ingat dengan saya”
 - b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Adek hari ini?”

“Ada yang sedang Adek rasakan?”
 - c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Baik, bagaimana kalau sekarang kita berbicara mengenai rasa marah dan kesal yang Adek rasakan saat ini? Adek mau dimana? Berapa lama?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar Adek bisa mengontrol rasa marah yang Adek rasakan dan membuat lebih nyaman”

2. Fase Kerja

“Baik, kita mulai ya. Apa yang membuat Adek merasa marah dan kesal?”

“Apa yang Adek lakukan saat merasa marah atau kesal? Apa yang Adek rasakan setelah melakukan itu?”

“Bagaimana kalau kita sekarang belajar cara mengontrol rasa marah Adek dengan cara tarik nafas dalam?”

“Jadi caranya seperti ini, saya contohkan ya pertama Adek tarik nafas yang panjang lalu tahan selama tiga detik, kemudian hembuskan secara perlahan melalui mulut sambil keluarkan rasa marah yang ada didalam diri Adek. Apakah Adek sudah paham?”

“Coba sekarang Adek praktekan apa yang sudah saya contohkan tadi”

“Saya bantu ya”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

“Bagaimana perasaan Adek setelah belajar mengontrol rasa marah dengan cara tarik nafas dalam?”

“Sekarang coba Adek praktekan kembali apa yang sudah kita lakukan tadi, saya bantu ya”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Baik saya masukkan kegiatan tarik nafas dalam kedalam jadwal kegiatan harian Adek ya, Adek mau melakukannya sehari berapa kali? Di jam berapa?”

“Baik nanti jangan lupa Adek lakukan di jam 09.30 dan 16.30 ya lalu tulis di jadwal kegiatan harian Adek”

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, pertemuan kita cukup sampai disini dulu ya. Besok bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk mengevaluasi kegiatan Adek dan belajar lagi cara mengontrol rasa marah Adek dengan cara tarik nafas dalam. Apakah Adek bersedia?”

“Baik Adek tetap semangat ya sehat selalu, kalau gitu saya permisi dulu. Selamat pagi”

ANALISA OBAT

1. Risperidone

Indikasi : Untuk mengobati skizofrenia. Obat ini juga digunakan untuk mengatasi gangguan bipolar atau gangguan tingkah laku.

Kontraindikasi : Pasien dengan riwayat hipersensitivitas pada terapi risperidone, epilepsi.

Efek samping : Pusing, mengantuk, peningkatan jumlah air liur, mual atau muntah, peningkatan berat badan, kelelahan, gangguan tidur, dan tremor.

2. Trihexyphenidyl

Indikasi : Digunakan untuk penyakit parkinson (kerusakan atau kematian sel saraf di bagian otak), dan gejala sindrom ekstrapiramidal (pada pasien skizofrenia) yang diinduksi obat.

Kontraindikasi : Tidak boleh diberikan pada pasien dengan glukoma sudut tertutup.

Efek samping : Kekeringan mulut, mual, sembelit, muntah, pusing, kantuk, sakit kepala, penglihatan kabur, gugup, retensi urin, kelemahan, ruam, gangguan kejiwaan (amnesia, depersonalisasi, rasa tidak sadar, dan paranoia).

3. Clozapine

Indikasi : Untuk meredakan gejala skizofrenia, yaitu gangguan mental yang menyebabkan seseorang mengalami halusinasi, delusi, serta gangguan berpikir dan berperilaku.














(Lanjutan)

Kontraindikasi : Pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap clozapine, pasien yang tidak bisa melakukan pemeriksaan darah rutin, dan epilepsi yang tidak terkontrol.

Efek samping : Kantuk, sakit kepala atau pusing, produksi air liur meningkat, sendawa, gangguan penglihatan, sembelit, dan berat badan meningkat.

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Tri Setyaningsih, M.kep., Sp.kep.-J
 Nama Mahasiswa : Shela Pradita Umastuti
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien An.H dengan
 Harga Diri Rendah kronis di Ruang PHCU Wanita
 Rumah Sakit Dr. H. Mardjono Mahdi Bogor

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	Jumat, 24 Feb 2023	Pengarahan dari Ibu Tri terkait penyusunan KTI Jiwa	
2.	Senin, 20 Maret 2023	Persiapan untuk ujian praktek pada tanggal 24 Maret 2023	
3.	Selasa, 21 Maret 2023	Konsultasi dan bimbingan BAB II	
4.	Kamis, 23 Maret 2023	Konsultasi dan bimbingan revisi BAB II	
5.	Jumat, 24 Maret 2023	Konsultasi dan bimbingan BAB I	
6.	Senin, 15 Mei 2023	Konsultasi dan bimbingan revisi BAB I dan II	
7.	Rabu, 31 Mei 2023	Konsultasi dan bimbingan revisi BAB I	
8.	Senin, 5 Juni 2023	Konsultasi dan bimbingan BAB III	
9.	Kamis, 8 Juni 2023	Konsultasi dan bimbingan BAB IV dan V	
10.	Jumat, 9 Juni 2023	Konsultasi dan bimbingan revisi BAB I, III, IV, dan V	
11.	Kamis, 15 Juni 2023	Konsultasi dan bimbingan cover, revisi BAB III, IV, dan V	
12.	Jumat, 16 Juni 2023	Konsultasi dan bimbingan lampiran, lembar persetujuan, dan halaman pernyataan orisinalitas	
13.	Jumat, 16 Juni 2023	Pengarahan dari Ibu Tri terkait pembuatan dan isi ppt untuk sidang pada tanggal 20 Juni 2023	
14.	Jumat, 16 Juni 2023	ACC sidang Selasa, 20 Juni 2023	