



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. W DENGAN
HARGA DIRI RENDAH KRONIS DI RUANG BRATASENA
RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI
BOGOR**

BELLA PUSPITA SARI

2011083

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. W DENGAN
HARGA DIRI RENDAH KRONIS DI RUANG BRATASENA
RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI
BOGOR**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
Pendidikan diploma tiga keperawatan**

BELLA PUSPITA SARI

2011083

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Bella Puspita Sari

NIM : 2011083

Tanda tangan : 

Tanggal : 09 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. W Dengan
Harga Diri Rendah Di Ruang Bratasena
Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi
Bogor**

Pembimbing

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

Penguji 1

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

Penguji 2

(Ns. Ninuk Catur Puspitarini., S. Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, SE. M.M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmad dan karunia-Nyalah, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir. Penulisan tugas akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 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 terimakasih kepada :

1. Ibu Ellynia, SE., MM, selaku Ketua Stikes RS Husada.
2. Bapak Dr. dr. Fidiansjah Mursid, Sp. KJ., M. P. H selaku direktur utama RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi yang sudah mengizinkan untuk berdinas dan mengambil kasus untuk Laporan Tugas Akhir.
3. Ns. Dian Fitria, M. Kep. Sp. Kep. J, selaku pembimbing keperawatan jiwa yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan saya dalam penyusunan Tugas Akhir ini.
4. Ns. Tri Setyaningsih, M. Kep, Sp. Kep. J selaku penguji I dalam Ujian Akhir Program ini.
5. Ns. Ninuk Catur Puspitarini., S. Kep selaku penguji II dalam Ujian Akhir Program ini.
6. Ns. Yarwin Yari, S. Kep., M. Biomed selaku Pembimbing Akademi yang selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
7. Dosen dan staff pendidikan STIKes RS Husada yang telah banyak membantu dan memberikan bimbingan kepada penulis dalam memberikan pendidikan.
8. Terimakasih kepada CI dan seluruh perawat ruangan Bratasena RS.Dr.H. Marzoeki mahdi
9. Terimakasih kepada Tn.W atas bantuan dan kerjasamanya selama penulis memberikan asuhan keperawatan
10. Kedua orang tua tercinta ibu Sutarti, yang telah memberikan doa serta dukungan kepada penulis baik secara moral dan material, senantiasa

memberikan motivasi dan mendengarkan keluh kesah selama masa perkuliahan, tidak lelah memberikan dukungan semangat dan kasih sayang kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan program pendidikan Diploma Tiga Keperawatan.

11. Sahabat tersayang seperjuangan Apricia Kusuma Dewi, Resti Noviana, Muhamad Nurul Vikri dan Febrina Kusuma Putri yang selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
12. Rekan – rekan mahasiswa/i Sekolah RS Husada Jakarta Angkatan XXXIII yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah sama-sama berjuang dan memberikan do'a sehingga dapat menyelesaikan Pendidikan.

Akhir kata penulis berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Laporan Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 20 Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR TABEL	x
 BAB I : PENDAHULUAN.....	 1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	5
1. Tujuan umum.....	5
2. Tujuan khusus.....	5
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan.....	7
 BAB II : TINJAUAN TEORI.....	 8
A. Pengertian.....	8
B. Psikodinamika.....	9
C. Rentang Respon.....	10
D. Tanda dan gejala.....	12
E. Asuhan Keperawatan Halusinasi.....	12
 BAB III : TINJAUAN KASUS.....	 20
A. Pengkajian	20
B. Analisa Data	25
C. Pohon Masalah	27
D. Diagnosa Keperawatan.....	27
E. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi.....	27
 BAB IV : PEMBAHASAN.....	 42
A. Pengkajian	42
B. Diagnosa.....	44
C. Intervensi	45
D. Implementasi	46
 BAB V : PENUTUP.....	 50
A. Kesimpulan.....	50
B. Saran.....	51
 DAFTAR PUSTAKA	

Daftar Lampiran

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan

Lampiran 2 Analisa Obat

Lampiran 3 Rencana Keperawatan

Lampiran 4 Konsul

Daftar Gambar

Gambar 2.1 Rentang Respon Harga Diri Rendah	10
Gambar 2.2 Pohon masalah Harga Diri Rendah	14
Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. W	21
Gambar 3.2 Pohon Masalah Tn. W	26

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	25
------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap perubahan situasi kehidupan baik positif maupun negatif dapat mempengaruhi keseimbangan fisik, mental, dan psikososial seperti konflik yang dialami sehingga berdampak sangat besar terhadap kesehatan jiwa seseorang yang berarti akan meningkatkan jumlah pasien gangguan jiwa (Keliat, 2011). Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dan bertingkah laku. Hal ini terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan (Muhith, 2011).

Kesehatan jiwa menurut Undang-Undang RI No. 18 Tahun 2014, adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Pada pasal 70 menjelaskan bahwa klien dengan gangguan jiwa mendapatkan pelayanan kesehatan Jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau, mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai dengan standar pelayanan kesehatan Jiwa, mendapatkan jaminan atas ketersediaan obat psikofarmaka sesuai dengan kebutuhannya (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Seseorang dengan gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan bio-psiko-social. Penderita gangguan jiwa didunia di perkirakan akan semakin meningkat seiring dengan dinamisnya kehidupan masyarakat. Masalah ini merupakan masalah yang sangat serius. Gangguan jiwa merupakan permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh gangguan biologis, sosial, psikologis, genetik fisik atau kimiawi dengan jumlah penderita yang terus meningkat dari tahun ketahun (WHO, 2015). Prevalensi gangguan jiwa didunia pada tahun 2014 diperkirakan gangguan jiwa mencapai 516 juta jiwa (WHO, 2015). Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk; maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang (Kemenkes RI, 2018). Jumlah pasien gangguan jiwa di Indonesia saat ini

menurut Riskesdas (2018) Prevalensi gangguan jiwa skizofrenia atau psikosis di Indonesia yaitu 7,0‰ artinya 7 orang gangguan jiwa dari 1000 populasi penduduk di Indonesia. Hasil angka ini meningkat dibanding data riskesdas sebelumnya pada tahun 2013 yaitu hanya 1,7‰ artinya kejadian gangguan jiwa meningkat 5,3%. (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Gangguan jiwa berat yang banyak di temukan di masyarakat adalah Skizofrenia. Data *American Psychiatric Association (APA)* tahun 2013 menyebutkan 1% dari populasi Penduduk Dunia menderita gangguan jiwa berupa Skizofrenia. Sementara itu di Indonesia Departemen Kesehatan RI (2013) mencatat bahwa 70% gangguan Jiwa terbesar adalah Skizofrenia. Kelompok Skizofrenia juga menempati 90% klien di Rumah Sakit Jiwa di seluruh Indonesia (Widia dkk, 2017).

Gangguan jiwa yang menjadi masalah utama di negara-negara berkembang adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu. Skizofrenia terbentuk secara bertahap dan klien tidak menyadari ada sesuatu yang bermasalah dalam otaknya dalam kurun waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi skizofrenia akut. Periode skizofrenia akut adalah gangguan yang singkat dan kuat, yang meliputi penyesatan pikiran (delusi), dan kegagalan berpikir, dan harga diri rendah (Yosep, 2011).

Harga diri rendah adalah suatu perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilangnya kepercayaan diri, gagal mencapai tujuan yang diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung. Harga diri rendah merupakan semua pikiran, keyakinan, dan kepercayaan tentang dirinya dan mempengaruhi orang lain. Harga diri tidak terbentuk dari lahir, tetapi dipelajari dari pengalaman unik seseorang dalam dirinya sendiri, dengan orang terdekat, dan dengan lingkungan (Stuart, 2013). Dari 34 provinsi di Indonesia, Hasil penelitian Titik Suerni, dkk (2013) di ruang Bratasena Rumah Sakit Dr. H.Marzoeki Mahdi Bogor tahun 2013 dari 60 pasien yang dirawat terdapat 35 pasien (58.33%) dengan harga diri rendah.

Menurut (Keliat, 2011) tanda dan gejala harga diri rendah yaitu mengkritik

diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis, penurunan produktifitas, penolakan terhadap kemampuan diri. Selain tanda dan gejala diatas, dapat juga mengamati penampilan seorang dengan harga diri rendah yang tampakkurang memperhatikan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan menurun, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk dan bicara lambat dengan nada suara rendah.

Pasien dengan harga diri rendah beresiko muncul masalah gangguan jiwa lain apabila tidak segera diberikan terapi dengan benar, karena pasien dengan harga diri rendah cenderung mengurung diri dan menyendiri, kebiasaan itulah yang memicu munculnya masalah isolasi sosial. Harga diri rendah kronis menyebabkan pasien tidak dapat memusatkan perhatian yang menyebabkan suara atau bisikan muncul sehingga menimbulkan masalah halusinasi, masalah lain yang kemudian terjadi adalah resiko perilaku kekerasan, rasa tidak terima tentang suatu hal karena merasa direndahkan seseorang maupun suara bisikan yang menghasut untuk melakukan tindakan merusak lingkungan dan menciderai orang lain (Direja, 2011).

Peran perawat untuk mengatasi masalah klien dengan harga diri rendah adalah mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien, membantu klien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien untuk memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih dan melatih kemampuan yang dipilih klien serta membantu pasien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih (Prabowo, 2014)

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus masalah kejiwaan khususnya dengan gangguan konsep diri dengan memberi “Asuhan Keperawatan Pada Tn. W dengan Harga Diri Rendah Kronis di ruang Bratasena RSJ Dr. H. Marzoeqi Mahdi

B. Tujuan

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mendapatkan suatu rumusan hasil dari suatu penelitian melalui proses mencari, menemukan, serta menguji suatu pengetahuan. Tujuan sendiri ada dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus :

1. Tujuan umum

Tujuan umum dalam karya tulis ini adalah menambah pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan harga diri rendah kronis

2. Tujuan khusus

Penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan jiwa dengan harga diri rendah
- b. Menentukan masalah keperawatan pasien dengan gangguan jiwa dengan harga diri rendah
- c. Merencanakan asuhan keperawatan pasien dengan gangguan jiwa dengan masalah harga diri rendah
- d. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan
- e. Melakukan evaluasi pasien dengan gangguan jiwa dengan masalah harga diri rendah
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi atau alternatif pemecah masalah.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan masalah harga diri rendah.

C. Ruang Lingkup

Karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan tentang kesenjangan antara teori dan kasus mengenai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. W dengan masalah Harga Diri Rendah di ruang Bratasena RSJ. dr, H. Marzoeki Mahdi Bogor.

D. Metode Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu dengan pendekatan studi kasus. Proses penulisan metode ini digunakan dalam pengumpulan data oleh penulis adalah metode wawancara, yaitu melakukan pengumpulan data dengan cara tanya jawab dan interaksi langsung pasien, perawat, serta tim kesehatan lainnya dengan gangguan jiwa dengan masalah harga diri rendah.

E. Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah terdiri dari 5 BAB, yang disusun secara sistematis sebagai berikut : BAB I adalah pendahuluan yang mengurai latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II adalah tinjauan materi yang menguraikan pengertian, psikodinamika, rentan respon, asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi). BAB III adalah tinjauan kasus yang menguraikan pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, penatalaksanaan keperawatan, evaluasi. BAB IV adalah merupakan pembahasan kasus teori yang menguraikan perbandingan antara teori dan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi. BAB V adalah penutup yang menguraikan kesimpulan dan saran. Pada akhir penulisan ini disertai dengan daftar pustaka dan lampir

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Harga diri rendah merupakan perasaan tidak berharga, tidak berharga, tidak berarti, rendah diri, yang menjadikan evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri (Keliat, 2011). Harga diri rendah merupakan evaluasi diri dan perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif terhadap diri sendiri, hilangnya percaya diri dan harga diri, merasa gagal dalam mencapai keinginan (Direja, 2011). Harga diri rendah merupakan keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan dirinya (Fitria, 2012).

Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa harga diri rendah yaitu dimana individu mengalami gangguan dalam penilaian terhadap dirinya sendiri dan kemampuan yang dimiliki, yang menjadikan hilangnya rasa kepercayaan diri akibat evaluasi negatif yang berlangsung dalam waktu yang lama karena merasa gagal dalam mencapai keinginan.

B. Psikodinamika

Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang. Menurut Kemenkes RI (2012) faktor predisposisi ini dapat dibagi sebagai berikut:

a. Faktor Biologis

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

b. Faktor psikologis

Pada pasien yang mengalami harga diri rendah, dapat ditemukan adanya pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, seperti penolakan dan harapan orang tua yang tidak realistik, kegagalan berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, penilaian negatif pasien terhadap gambaran diri, krisis identitas, peran yang terganggu, ideal diri yang tidak realistik, dan pengaruh penilaian internal individu.

c. Faktor sosial budaya

Pengaruh sosial budaya meliputi penilaian negatif dari lingkungan terhadap pasien yang mempengaruhi penilaian pasien, sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak, dan tingkat pendidikan rendah.

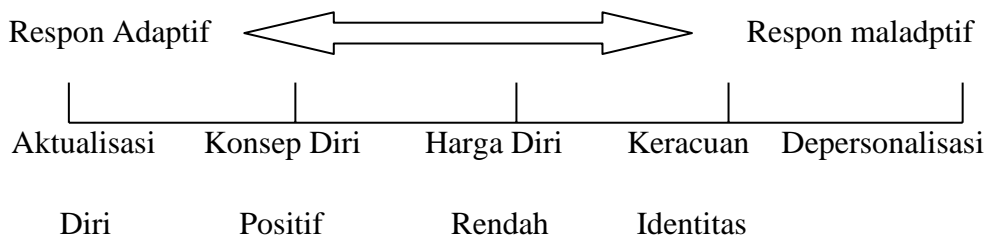
Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktifitas yang menurun. Secara umum gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional misalnya karena trauma yang muncul tiba-tiba, sedangkan yang kronik biasanya dirasakan klien sebelum sakit atau sebelum dirawat klien sudah memiliki pikiran negatif dan memingkat saat dirawat (Yosep, 2009)

Menurut Kemenkes RI (2012) faktor presipitasi harga diri rendah antara lain:

- 1) Trauma: penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan
- 2) Ketegangan peran: berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dan individu mengalaminya sebagai frustrasi
 - a) Transisi peran perkembangan: perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan
 - b) Transisi peran situasi: terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian
 - c) Transisi peran sehat-sakit: sebagai akibat pergeseran dari keadaan sehat dan keadaan sakit. Transisi ini dapat dicetuskan oleh kehilangan bagian tubuh; perubahan ukuran, bentuk, penampilan atau fungsi tubuh; perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal; prosedur medis dan keperawatan.

C. Rentang Respon

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



Gambar 2.1 Rantang respon Konsep Diri (Stuart, 2016)

Respon adaptif terhadap konsep diri meliputi:

a. Aktualisasi diri

Pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima individu dapat mengapresiasi kemampuan yang dimilikinya

b. Konsep diri positif

Apabila individu mempunyai pengalaman positif dalam beraktualisasi diri dan menyadari hal-hal positif maupun yang negatif dari dirinya. Individu dapat mengidentifikasi kemampuan dan kelemahannya secara jujur dalam menilai suatu masalah individu berfikir secara positif dan realistis.

Sedangkan respon maladaptif dari konsep diri meliputi:

a. Harga diri rendah adalah individu cenderung untuk menilai dirinya negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain.

b. Keracuan identitas

Suatu kegagalan individu mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak kendala kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.

c. Depersonalisasi

Perasaan yang tidak realitas dan asing terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

D. Tanda dan gejala

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

a. Data subjektif

Pasien mengungkapkan tentang:

Hal negatif diri sendiri atau orang lain, Perasaan tidak mampu, Pandangan hidup yang pesimis, Dan penolakan terhadap kemampuan diri

b. Data objektif

Penurunan produktifitas, Tidak berani menatap lawan bicara, Lebih banyak menundukkan kepala saat berinteraksi, Bicara lambat dengan nada suara rendah

E. Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah

1. Pengkajian

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

a. Faktor predisposisi

Pasien dengan harga diri rendah memiliki riwayat gangguan jiwa dan pernah dirawat sebelumnya. Pasien dengan harga diri rendah pernah memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya, namun pengobatan klien belum berhasil. Pasien dengan harga diri rendah pernah melakukan, mengalami, menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakandari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal.

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

1) Pengkajian psikososial

a) Genogram

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

b) Konsep diri

(1) Gambaran diri

Pasien dengan harga diri rendah akan mengatakan tidak ada keluhan apapun

(2) Identitas diri

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

(3) Peran

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

(4) Ideal diri

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

(5) Harga diri

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

c) Hubungan sosial

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

d) Spiritual

(1) Falsafah hidup

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

(2) Konsep kebutuhan dan praktek keagamaan

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

2) Status mental

(1) Penampilan

Pasien dengan harga diri rendah penampilannya tidak rapi, tidak sesuai karena klien kurang berminat untuk melakukan perawatan diri. Kemuduran dalam tingkat kebersihan dan kerapian dapat merupakan tanda adanya depresi atau skizoprenia.

(2) Pembicaraan

Pasien berbicara dengan frekuensi lambat, tertahan, volume suara rendah, sedikit bicara, inkoheren, dan *blocking*.

(3) Aktivitas motorik

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

(4) Alam perasaan

Pasien merasa tidak mampu dan pandangan hidup yang pesimis.

(5) Afek

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

(6) Interaksi selama wawancara

Pasien dengan harga diri rendah kurang kooperatif dan mudah

tersinggung.

(7) Persepsi

Pasien mengalami halusinasi dengar/lihat yang mengancam atau memberi perintah.

(8) Proses pikir

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

(9) Isi pikir

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

(10) Tingkat kesadaran

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

3) Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan

Pasien makan 3 kali sehari dengan lauk pauk dan sayuran.

b) Buang air besar dan buang air kecil

Pasien BAB dan Bak secara mandiri dengan menggunakan toilet. Klien jarang membersihkannya kembali

c) Aktivitas di dalam rumah

Pasien jarang membantu di rumah, pasien jarang menyiapkan makanan sendiri dan membantu membersihkan

d) Aktivitas di luar rumah.

Pasien jarang bersosialisasi dengan keluarga maupun dengan lingkungannya.

4) Mekanisme koping

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

5) Masalah psikososial dan lingkungan

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

6) Kurang pengetahuan

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

7) Aspek medik

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

Kemungkinan kesimpulan tersebut adalah:

a. Tidak ada masalah tetapi ada kebutuhan

- 1) Pasien tidak memerlukan peningkatan kesehatan, pasien hanya memerlukan pemeliharaan kesehatan dan memerlukan follow up secara periodik karena tidak ada masalah dan pasien telah mempunyai pengetahuan untuk antisipasi masalah.
- 2) Pasien memerlukan peningkatan kesehatan berupa upaya prevensi dan promosi sebagai program antisipasi terhadap masalah.

b. Ada masalah dengan kemungkinan:

- 1) Resiko terjadi masalah karena sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah.
- 2) Aktual terjadi masalah disertai data pendukung.

Dari pengelompokkan data, selanjutnya perawat merumuskan masalah keperawatan pada setiap kelompok data yang terkumpul. Umumnya sejumlah masalah pasien saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah (Eko Prabowo, 2014).

Agar penentuan pohon masalah dapat dipahami dengan jelas, penting untuk diperhatikan tiga komponen yang terdapat pada pohon masalah yaitu: penyebab (causa), masalah utama (core problem) dan effect (akibat). Masalah utama adalah prioritas masalah pasien dari beberapa masalah yang dimiliki oleh pasien. Umumnya masalah utama berkaitan erat dengan alasan masuk atau keluhan utama. Penyebab adalah salah satu dari beberapa masalah pasien yang merupakan penyebab masalah utama. Masalah ini dapat pula disebabkan oleh salah satu masalah lain, demikian seterusnya. Akibat adalah salah satu dari masalah pasien yang merupakan efek/akibat dari masalah utama. Efek ini dapat pula menyebabkan efek lain, demikian seterusnya.

2. Pohon masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah Harga Diri Rendah

Sumber Fitria (2010)

3. Diagnosa keperawatan

Menurut Yosep (2014) menjelaskan terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan harga diri rendah diantaranya adalah Harga diri rendah kronis, Koping Individu tidak efektif, Isolasi sosial dan Defisit Perawatan Diri

4. Rencana Keperawatan

Menurut Rohman & Walid (2012) intervensi atau perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Rencana tindakan keperawatan untuk pasien Harga Diri Rendah (Sutejo, 2017)

TUK 1 Dapat membina hubungan saling percaya. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan , pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat, pasien dapat berinteraksi dengan perawat, ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat, bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. Intervensi : bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik , sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien, jelaskan tujuan pertemuan, buat kontrak interaksi dengan jelas, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, ciptakan lingkungan tenang dan bersahabat, beri perhatian dan penghargaan temani pasien walau tidak menjawab, dengarkan dengan empati beri kesempatan bicara, jangan terburu-buru, tunjukkan bahwa perawat mengikuti pembicaraan pasien, beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar pasien.

TUK 2 Pasien dapat menyebutkan aspek positif serta kemampuan yang dimiliki. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan minimal satu aspek positif serta kemampuan yang dimiliki untuk meningkatkan harga diri. Intervensi : berikan kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya, diskusikan kepada pasien kemampuan serta aspek positif yang masih dimiliki pasien, beri pujian yang wajar dan realistis dan hindari penilaian negatif setiap kali bertemu dengan pasien dan berikan reinforcement positif terhadap kemampuan pasien dalam meningkatkan harga dirinya.

TUK 3 Pasien dapat menilai kemampuan positif yang masih dimiliki. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan kemampuan serta aspek positif yang dimiliki. Intervensi : diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dimiliki saat ini, bantu pasien menyebutkan dan beri penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkap pasien, perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang baik, beri reinforcement positif terhadap kemampuan positif yang dimiliki pasien.

TUK 4 Pasien dapat memilih kegiatan yang sesuai kemampuan yang dimiliki pasien. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien mampu menetapkan dan memilih kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki pasien, pasien mampu membuat jadwal kegiatan harian. Intervensi : diskusikan dengan pasien tentang

beberapa kegiatan yang dapat pasien lakukan untuk kegiatan sehari-hari, bantu pasien menetapkan kegiatan mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri, susun bersama pasien dan buat jadwal kegiatan harian pasien, beri reinforcement positif bila pasien sudah melakukan kegiatan harian sesuai jadwal harian.

TUK 5 pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai dengan kemampuan pasien. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien mampu melakukan kegiatan sesuai daftar kegiatan harian pasien. Intervensi : Diskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan yang dipilih, peragakan bersama pasien kegiatan yang sudah ditetapkan pasien, berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dilakukan setiap hari, beri kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya setelah melakukan kegiatan

5. Implementasi

Perencanaan tindakan keperawatan pada pasien menurut Kemenkes RI (2012), yaitu:

- a) Strategi pelaksanaan pertama pasien: pengkajian dan latihan kegiatan pertama
 - (1) Identifikasi pandangan/penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai, upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi
 - (2) Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan)
 - (3) Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan mana kegiatan yang dapat dilaksanakan)
 - (4) Membuat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini
 - (5) Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih
 - (6) Melatih kegiatan yang dipilih oleh pasien (alat dan cara melakukannya)
 - (7) Memasukkan kegiatan yang telah dilatih pada jadwal kegiatan untuk dilatih dua kali per hari

TUK : Dapat membina hubungan saling percaya :

- 1) pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat,

- 2) pasien dapat berinteraksi dengan perawat, ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat,
 - b) bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi
- Strategi pelaksanaan kedua pasien: latihan kegiatan kedua
- (1) Mengevaluasi tanda dan gejala harga diri rendah.
 - (2) Memvalidasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian.
 - (3) Mengevaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama
 - (4) Membantu pasien memilih kegiatan kedua yang telah dilatih
 - (5) Melatih kegiatan kedua (alat dan cara)
 - (6) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: dua kegiatan, masing-masing dua kali per hari
- TUK : Pasien dapat menyebutkan aspek positif serta kemampuan yang dimiliki, pasien dapat menyebutkan minimal satu aspek positif serta kemampuan yang dimiliki untuk meningkatkan harga diri.
- 1) berikan kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya,
 - 2) diskusikan kepada pasien kemampuan serta aspek positif yang masih dimiliki pasien,
 - 3) beri pujian yang wajar dan realistic dan hindari penilaian negatif setiap kali bertemu dengan pasien
 - 4) berikan reinforcement positif terhadap kemampuan pasien dalam meningkatkan harga dirinya.
- c) Strategi pelaksanaan ketiga pasien: latihan kegiatan ketiga
- (1) Mengevaluasi tanda dan gejala harga diri rendah
 - (2) Memvalidasi kemampuan melakukan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian
 - (3) Mengevaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua
 - (4) Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih
 - (5) Melatih kegiatan ketiga (alat dan cara)
 - (6) Memasukkan jadwal kegiatan untuk latihan: tiga kegiatan, masing-

masing dua kali per hari.

TUK : Pasien dapat memilih kegiatan yang sesuai kemampuan yang dimiliki pasien :

- 1) diskusikan dengan pasien tentang beberapa kegiatan yang dapat pasien lakukan untuk kegiatan sehari-hari,
- 2) bantu pasien menetapkan kegiatan mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri,
- 3) susun bersama pasien dan buat jadwal kegiatan harian pasien,
- 4) beri reinforcement positif bila pasien sudah melakukan kegiatan harian sesuai jadwal harian.

d) Strategi pelaksanaan keempat pasien: latihan kegiatan keempat

- (1) Mengevaluasi data harga diri rendah
- (2) Memvalidasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua, dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian
- (3) Mengevaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga.
- (4) Membantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih
- (5) Melatih kegiatan keempat (alat dan cara)
- (6) Memasukan pada jadwal kegiatan untuk latihan: empat kegiatan masing- masing dua kali per hari.

TUK : pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai dengan kemampuan pasien :

- 1) Diskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan yang dipilih,
- 2) peragakan bersama pasien kegiatan yang sudah ditetapkan pasien,
- 3) berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dilakukan setiap hari,
- 4) beri kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya setelah melakukan kegiatan

6. Evaluasi

Menurut Kemenkes RI (2012) evaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat harga diri rendah adalah:

- a. Evaluasi kemampuan pasien harga diri rendah berhasil apabila pasien dapat:
 - 1) Mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
 - 2) Menilai dan memilih kemampuan yang dapat dikerjakan
 - 3) Melatih kemampuan yang dapat dikerjakan
 - 4) Membuat jadwal kegiatan harian
 - 5) Melakukan kegiatan sesuai jadwal kegiatan harian
 - 6) Merasakan manfaat melakukan kegiatan positif dalam mengatasi masalah harga diri rendah

Evaluasi dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku pasien. Evaluasi kepada pasien setelah diberikan tindakan keperawatan harga diri pasien meningkat dengan kriteria hasil pasien dapat menilai diri positif, pasien merasa memiliki kelebihan atau kemampuan positif, pasien mulai menerima penilaian positif terhadap diri sendiri, pasien memiliki minat mencoba hal baru, pasien dapat berjalan menampakkan wajah, perasaan malu menurun, pasien mampu mengidentifikasi kemampuan positif dan aspek positif yang dimiliki, pasien mampu menilai kemampuan yang dilakukan dan pasien mampu merencanakan kemampuan yang dimiliki. Melakukan pencatatan kegiatan ke dalam jadwal harian. Untuk keluarga juga perlu di evaluasi karena sistem pendukung utama, bahkan dapat dikatakan keluarga merupakan indikator dari keberhasilan perawat. Diharapkan dicapai dalam 5 x 24 jam penilaian diri positif meningkat, perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat, minat mencoba hal baru meningkat, perasaan malu menurun, perasaan bersalah menurun, perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun. Menurut (Keliat et al., 2019) kemampuan kognitif pasien mampu mengenal aspek positif dan kemampuan yang dimiliki, menilai aspek positif dan kemampuan yang dapat dilakukan, memilih aspek positif dan kemampuan yang ingin dilakukan. Kemampuan psikomotor pasien

mampu melakukan aspek positif dan kemampuan yang dipilih, berperilaku aktif, menceritakan keberhasilan pada orang lain. Kemampuan afektif pasien mampu merasakan manfaat latihan yang dilakukan, menghargai kemampuan diri atau bangga, meningkatkan harga diri.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Oktober 2022, pasien bernama Tn.W, umur 39 tahun, jenis kelamin laki-laki. Masuk dengan diagnosa skizofrenia, pasien masuk RSMM pada tanggal 13 Oktober 2022, pasien menganut agama islam, status pasien belum menikah, suku bangsa Indonesia, pendidikan terakhir pasien SMP, pasien tinggal di Kp. Sampay, Cisarua, Bogor.

2. Alasan Masuk Rumah Sakit

Alasan masuk pasien, keluarga pasien mengatakan pasien kejang selama 2 hari sebanyak 10 kali karena pasien mempunyai riwayat penyakit epilepsi, pasien mengatakan putus obat dari 3 bulan yang lalu, pasien mengatakan pernah mendengar bisikan dan badan nya seperti kesurupan ketika pasien sudah sadar dari kejangnya ibu jari dan kelingking pasien sudah terluka tanpa di sadari, pasien merasa malu karena terdapat luka di ibu jari dan kelingking yang menyebabkan pasien tidak bisa bekerja secara normal, pasien merasa tidak puas terhadap dirinya karena tidak bisa bekerja seperti biasanya dan sering meminta maaf dan merasa bersalah kepada keluarganya.

3. Faktor Predisposisi

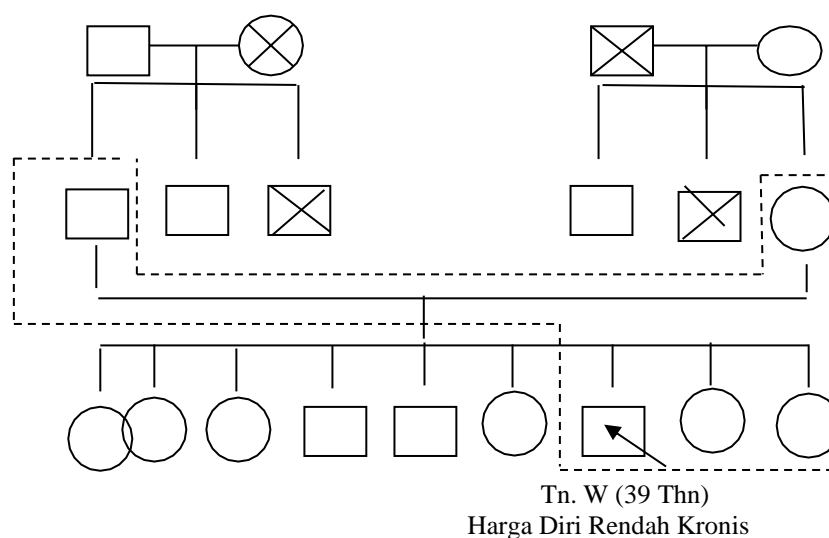
Pasien sebelumnya pernah masuk RSJ tiga kali tahun 2016, 2018 dan 2019, pasien tidak patuh akan pengobatannya karena tidak ada yang mengantar dan mengambilnya sehingga masuk ke RSJ kembali, pasien malu karena penganiayaan fisik terhadap dirinya sendiri yang mengakibatkan ibu jari dan kelingking pasien terluka .

4. Pemeriksaan fisik

Setelah diperiksa tanda-tanda vital pasien yaitu :TD 130/90 mmHg, S : 36,5 C, N : 90 x/menit, RR : 25 x/menit, TB :155 cm, BB:55kg






5. Psikososial

a. Genogram :



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. W

Keterangan :

	Laki-laki
	Perempuan
	Pasien
	Meninggal
	Satu rumah

Pasien atas nama Tn. W, umur 39 tahun, anak ke 7 dari 9 bersaudara tinggal serumah dengan bapak, ibu, dan 2 adiknya pola komunikasi dua arah, pengambilan keputusan kakak pasien, pasien lebih dekat dengan ibunya saat di rumah.

b. Konsep diri :

Pasien merasa tidak puas, merasa cacat di bagian ibu jari dan kelingking, pasien dapat menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, alamat dan hobinya. Pasien dalam keluarga berperan sebagai anak sekaligus tulang punggung keluarga. Pasien ingin cepat sembuh dan pulang karena rindu dengan keluarga, pasien ingin bekerja untuk membeli sesuatu yang diinginkan. Pasien merasa malu dan bersalah terhadap keluarganya karena pasien mempunyai riwayat meminum alkohol dan obat-obatan narkoba, pasien mengatakan malu karena bagian ibu jari dan

kelingkingnya cacat, pasien mengatakan tidak dapat mencari uang, Pasien tampak tidak percaya diri pada saat kumpul dengan temannya, pasien tampak sering tidur, pasien lebih memilih diam dan menjauh pada saat dilakukan kegiatan senam dan Terapi Aktivitas Kelompok pagi, Pasien tidak mampu memulai pembicaraan dan bicara sangat pelan, saat dilakukan pengkajian wajah pasien tampak datar seperti tidak ada ekspresi wajah dan Ketika di tanya psien menjawab dengan seadanya, kontak mata pasien lebih sering menunduk, berbicara pelan. Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis

c. Hubungan sosial

Pasien mengatakan orang yang berharga yaitu ibunya. Peran serta dalam kelompok/masyarakat : Pasien mengatakan tidak ikut kegiatan kelompok atau masyarakat, pasien mengatakan malu bersosialisasi dengan orang lain. pasien mengatakan sulit untuk berkomunikasi dengan oranglain. Pada saat di RSJ pasien mengatakan malas untuk mengikuti kegiatan kelompok dan lebih suka menyendiri dikamar. Masalah keperawatan : Isolasi sosial

d. Spiritual

Spiritual pasien menganut agama islam dan pasien mengakui akan adanya Allah. Kegiatan ibadah : pasien mengatakan shalat lima waktu. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

6. Status mental

- a. Penampilan : pakaian pasien rapih dan selalu ganti baju setelah mandi.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

- b. Pembicaraan : pasien tidak mampu memulai pembicaraan dan bicara sangat pelan. Masalah keperawatan : isolasi sosial, harga diri rendah kronis

- c. Aktivitas motorik : pasien terlihat lemas dan mengantuk pada saat mengikuti kegiatan di ruangan seperti senam . Masalah keperawatan : isolasi sosial, harga diri rendah kronis

- d. Alam perasaan : pasien merasa khawatir mendengar bisikan yang mengajak pasien untuk berbuat keburukan seperti meminum alkohol dan meminum obat narkoba.

Masalah keperawatan : halusinasi pendengaran

- e. Afek : saat dilakukan pengkajian wajah pasien terlihat tumpul seperti tidak ada ekspresi wajah dan Ketika di tanya pasien menjawab dengan seadanya. Masalah keperawatan : isolasi sosial
- f. Interaksi selama wawancara : kontak mata kurang, pasien lebih sering menunduk berbicara pelan dan menjawab sebatasnya saja Masalah keperawatan : isolasi sosial, harga diri rendah kronis
- g. Persepsi : pasien mengatakan mendengar suara bisikan yang mengajak pasien meminum alkohol dan memakai narkoba ketika ingin tidur malam, kurang lebih 3-4 kali selama kurang lebih 2-5 menit, Ketika pasien mendengar suara bisikan pasien langsung beristigfar. Masalah keperawatan : halusinasi pendengaran.
- h. Proses pikir : pasien saat berbicara tiba-tiba terhenti. masalah keperawatan : isolasi sosial
- i. Isi pikir : saat dilakukan pengkajian pasien memiliki waham terhadap kehidupannya jika pasien merasa banyak masalah dan banyak pikiran badannya akan kejang dan terasa seperti kesurupan, pada saat kejang pasien melukai dirinya tanpa disadari. Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan
- j. Tingkat kesadaran : pasien mampu berhitung sederhana dengan konsentrasi. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan
- k. Memori : pasien mampu mengingat kejadian dimasa lalu. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan
- l. Tingkat konsentrasi dan berhitung : mudah berlatih, pasien mampu melakukan perhitungan matematika sederhana. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan
- m. Kemampuan penilaian : pasien memilih mencuci tangan sebelum makan. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan
- n. Daya tilik diri : pasien mengingkari penyakit yang dideritanya, pasien mengatakan dirinya tidak sakit. Masalah keperawatan : Isolasi sosial

7. Kebutuhan persiapan pulang

Pasien makan secara mandiri, pasien BAB/BAK secara mandiri di toilet, pasien mandi secara mandiri, pasien berpakaian dan berhias secara mandiri, pasien istirahat dan tidur siang dari jam 12.00-14.00, tidur malam dari jam 20.00-05.00, pasien mengatakan berdoa sebelum tidur. Pengobatan minimal, pemeliharaan kesehatan pasien belum diperbolehkan pulang. Persiapan untuk pendampingan pasien minum obat.

8. Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien mengatakan tidak mendapat dukungan dari keluarga, pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan Rumah Sakit, hanya saja pasien mengatakan jarang mengobrol. Masalah dengan perumahan pasien mengatakan ia tidak ada masalah dengan lingkungan perumahan.

9. Aspek medik

Diagnosa medik pasien adalah Schizophrenia. Terapi medik yang di dapat pasien adalah Haloperidol 2x5 mg, Phenutoin 3x100 mg, THP 2x2 mg, Therixyphenidil 2x2 mg

B. Analisa Data

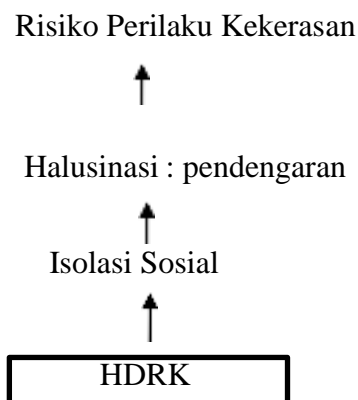
Tabel 3.1 Analisa Data

Tanggal/ Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
25 November 2022	<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan malu dengan keluarganya karena memiliki riwayat keburukan dimasa lalu, pasien mengatakan malu karena bagian ibu jari dan kelingkingnya cacat, pasien mengatakan tidak dapat mencari uang</p> <p>Do :</p> <p>Pasien tidak percaya diri pada saat kumpul dengan temannya, pasien tampak sering tidur, pasien lebih memilih diam dan menjauh pada saat dilakukan kegiatan senam dan Terapi Aktivitas Kelompok pagi, Pasien tidak mampu memulai pembicaraan dan bicara sangat pelan, saat dilakukan pengkajian wajah pasien tampak datar seperti tidak ada ekspresi wajah dan Ketika di tanya psien menjawab dengan seadanya, kontak mata pasien terhadap perawat kurang</p>	Harga Diri Rendah Kronis

<p>25 November 2022</p>	<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan tidak mampu memulai percakapan, pasien mengatakan tidak suka berbaaur dengan teman lainnya, Pasien mengatakan tidak ikut kegiatan kelompok atau masyarakat, pasien mengatakan malu bersosialisasi dengan orang lain. pasien mengatakan sulit untuk berkomunikasi dengan orang lain. Pada saat di RSJ pasien mengatakan malas untuk mengikuti kegiatan kelompok dan lebih suka menyendiri dikamar</p> <p>Do :</p> <p>Pasien selalu duduk dibelakang sendiri dan tidur, pasien bicaranya pelan, pasien tampak kaku dan lesu mudah mengantuk saat melakukan kegiatan</p>	<p>Isolasi Sosial</p>
---------------------------------	--	-----------------------

25 November 2022	<p>Ds :</p> <p>pasien mengatakan mendengar suara bisikan yang mengajak pasien meminum alcohol dan memakai narkoba ketika ingin tidur malam, kurang lebih 3-4 kali selama kurang lebih 2-5 menit, Ketika pasien mendengar suara bisikan pasien langsung beristigfar.</p> <p>Do :</p> <p>Pasien tampak sulit berkonsentrasi, kontak mata dengan perawat kurang, pasien tampak bingung dan suka menyendiri</p>	Halusinasi Pendengaran
25 November 2022	<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan sering mendengar suara bisikan yang mengajak pasien meminum alcohol dan memakai narkoba ketika ingin tidur malam, kurang lebih 3-4 kali selama kurang lebih 2-5 menit, Ketika pasien mendengar suara bisikan pasien langsung beristigfar, pasien mengatakan ketika kejang melukai dirinya sendiri</p> <p>Do :</p> <p>Pasien tampak tidak fokus dan kurang konsentrasi, pasien tampak melotot dan tangan mengepal, pasien mudah beralih</p>	Risiko perilaku kekerasan

B. Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah Tn.W

C. Diagnosa Keperawatan

1. Harga Diri Rendah
2. Isolasi Sosial
3. Halusinasi : Pendengaran
4. Resiko Perilaku Kekerasan

D. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi

TUK 1 Dapat membina hubungan saling percaya. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan , pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat, pasien dapat berinteraksi dengan perawat, ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat, bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. Intervensi : bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik , sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien, jelaskan tujuan pertemuan, buat kontrak interaksi dengan jelas, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, ciptakan lingkungan

tenang dan bersahabat, beri perhatian dan penghargaan temani pasien walau tidak menjawab, dengarkan dengan empati beri kesempatan bicara, jangan terburu-buru, tunjukkan bahwa perawat mengikuti pembicaraan pasien, beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar pasien.

TUK 2 Pasien dapat menyebutkan aspek positif serta kemampuan yang dimiliki. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan minimal satu aspek positif serta kemampuan yang dimiliki untuk meningkatkan harga diri. Intervensi : berikan kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya, diskusikan kepada pasien kemampuan serta aspek positif yang masih dimiliki pasien, beri pujian yang wajar dan realistic dan hindari penilaian negatif setiap kali bertemu dengan pasien dan berikan reinforcement positif terhadap kemampuan pasien dalam meningkatkan harga dirinya.

TUK 3 Pasien dapat menilai kemampuan positif yang masih dimiliki. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan kemampuan serta aspek positif yang dimiliki. Intervensi : diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dimiliki saat ini, bantu pasien menyebutkan dan beri penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkap pasien, perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang baik, beri reinforcement positif terhadap kemampuan positif yang dimiliki pasien.

TUK 4 Pasien dapat memilih kegiatan yang sesuai kemampuan yang dimiliki pasien. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien mampu menetapkan dan memilih kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki pasien, pasien mampu membuat jadwal kegiatan harian. Intervensi : diskusikan dengan pasien tentang beberapa kegiatan yang dapat pasien lakukan untuk kegiatan sehari-hari, bantu pasien menetapkan kegiatan mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri, susun bersama pasien dan buat jadwal kegiatan harian pasien, beri reinforcement positif bila pasien sudah melakukan kegiatan harian sesuai jadwal harian.

TUK 5 pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai dengan kemampuan pasien. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien mampu melakukan kegiatan sesuai daftar kegiatan harian pasien. Intervensi : Diskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan yang dipilih, peragakan bersama pasien kegiatan yang sudah ditetapkan pasien, berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dilakukan setiap hari, beri kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya setelah melakukan kegiatan.

1. Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah Pelaksanaan keperawatan Selasa, 25 Oktober 2022

Data subjektif : Pasien mengatakan malu dengan keluarganya karena memiliki riwayat keburukan dimasa lalunya, pasien mengatakan malu karena ibu jari dan kelingkingnya cacat, pasien mengatakan tidak dapat mencari uang

Data obyektif : Pasien tampak tidak percaya diri pada saat kumpul dengan temannya, pasien tampak sering tidur, pasien lebih memilih diam dan menjauh pada saat dilakukan kegiatan senam dan TAK pagi.

Kriteria hasil : setelah dilakukan pertemuan 3x diharapkan pasien dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, ekspresi wajah bersahabat, kontak mata positif, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi, mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki pasien.

Rencana tindakan : bina hubungan saling percaya, dengan menggunakan komunikasi terapeutik, panggilan yang disukai, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas setiap pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, berikan perhatian pada pasien, diskusikan kemampuan aspek positif yang dimiliki pasien, setiap bertemu pasien hindari respon negatif berikan pujian yang positif, diskusikan bersama pasien kegiatan yang bisa dilakukan di rumah sakit, rencanakan bersama aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan, beri kesempatan pasien untuk mencoba melakukan kegiatan yang dapat dilakukan. Latih sp 1 kemampuan pasien yang pertama. Evaluasi sp 1 melakukan kegiatan yang pertama, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih sp 2 kegiatan yang kedua yaitu mengidentifikasi kemampuan dan

aspek positif yang dimiliki pasien.

Evaluasi :

Subjektif : pasien mengatakan senang berkenalan dengan perawat, pasien mengatakan suka merapikan tempat tidur, pasien mengatakan senang melihat tempat tidurnya rapih, bernyanyi, pasien mau melakukan kegiatan merapihkan tempat tidur.

Objektif : pasien mampu merapikan tempat tidur dengan di bantu perawat, pasien mampu menyebutkan kemampuan positif yang dimiliki.

Analisa : Harga diri rendah masih ada

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk merapikan tempat tidur 2x sehari setiap jam 05.00 WIB dan 14.00 WIB

Pelaksanaan keperawatan : Rabu, 26 Oktober 2022Pukul, 09.20 WIB

Data subjektif : Pasien mengatakan malu dengan keluarganya karena memiliki riwayat keburukan dimasa lalunya, pasien mengatakan malu karena ibu jari dan kelingkingnya cacat, pasien mengatakan tidak dapat mencari uang

Data obyektif : Pasien tampak tidak percaya diri pada saat kumpul dengan temannya, pasien tampak sering tidur, pasien lebih memilih diam dan menjauh pada saat dilakukan kegiatan senam dan TAK pagi.

Rencana tindakan : bina hubungan saling percaya, dengan menggunakan komunikasi terapeutik, panggilan yang disukai, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas setiap pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, berikan perhatian pada pasien, diskusikan kemampuan aspek positif yang dimiliki pasien, setiap bertemu pasien hindari respon negatif berikan pujian yang positif, diskusikan bersama pasien kegiatan yang bisa dilakukan di rumah sakit, rencanakan bersama aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan, beri kesempatan pasien untuk mencoba melakukan kegiatan yang dapat dilakukan. Latih sp 2 kemampuan pasien yang pertama. Evaluasi sp 2 melakukan kegiatan yang kedua, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih sp 3 kegiatan yang ketiga yaitu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien.

Pelaksanaan keperawatan : strategi pelaksanaan yang pertama antarlain

membina hubungan saling percaya, mendiskusikan kepada pasien tentang kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, mendiskusikan bersama

pasien kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari, membantu pasien memilih kegiatan pertama yang dilakukan bersama merapikan tempat tidur, pasien memilih dengan bantuan perawat, menganjurkan pasien memasukan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian yang realistis.

Rencana tindak lanjut : Evaluasi SP 2, menganjurkan untuk memasukan kedalam jadwal kegiatan harian, latih sp 3

Evaluasi :

Subjektif : pasien mengatakan senang berkenalan dengan perawat, pasien mengatakan suka merapikan tempat tidur, pasien mengatakan senang melihat tempat tidurnya rapih, bernyanyi, pasien mau melakukan kegiatan merapihkan tempat tidur.

Objektif : pasien mampu merapikan tempat tidur dengan di bantu perawat, pasien mampu menyebutkan kemampuan positif yang dimiliki.

Analisa : Harga diri rendah masih ada

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk mencuci piring 2x sehari setiap jam 05.00 WIB dan 14.00 WIB

Pelaksanaan keperawatan, Kamis, 27 Oktober 2022 Pukul, 08.30 WIB

Data subjektif : pasien mengatakan sudah merapihkan tempat tidurnya

Data objektif : tempat tidur pasien terlihat rapih

Pelaksanaan keperawatan : mengevaluasi sp 1 melakukan kegiatan yang pertama, mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih sp 2 melakukan kegiatan menggambar , menganjurkan pasien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian, beri pujian positif untuk kemampuan pasien.

Rencana tidak lanjut : evaluasi sp 1 melakukan kegiatan yang pertama, evaluasi sp 2 melakukan kegiatan yang kedua, evaluasi jadwal kegiatan harian, lanjut sp 3 melatih kemampuan yang dimiliki yaitu menyapu lantai

Evaluasi :

Subjektif : pasien mengatakan bisa menyapu lantai

Objektif : pasien tampak senang bisa menyapu lantai

Analisa : harga diri rendah teratasi

Perencanaan : Anjurkan klien untuk menyapu lantai 2x/hari setiap jam 09.00 WIB dan 13.00

2. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial

Hari jumat, 28 Oktober 2022 pada jam 10 : 00

Data Subjektif : pasien mengatakan malas berkumpul dengan orang lain, pasien mengatakan senang menyendiri., pasien mengatakan tidak mampu memulai komunikasi.

Data Objektif : pasien tampak menyendiri, pasien sering menunduk, pasien tampak jarang berkomunikasi dengan orang lain, pasien tampak banyak diam, kontak mata pasien kurang.

Kriteria hasil : Setelah dilakukan 3x pertemuan pasien dapat menerima kehadiran perawat. Pasien dapat mengungkapkan perasaan dan keberadaannya saat ini secara verbal. Pasien mau menjawab salam, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau berkenalan, mau menjawab pertanyaan, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan perasaannya dan berlatih Sp 1 yaitu cara berkenalan dengan satu orang.

Tindakan keperawatan : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, mendiskusikan tentang keuntungan memiliki teman dan kerugian tidak memiliki teman, melakukan sp 1 isolasi sosial mengajarkan cara berkenalan dengan satu orang, menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. **Rencana tindakan keperawatan** : evaluasi Sp 1 cara berkenalan, evaluasi jadwal harian, latih Sp 2 cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih.

Evaluasi :

Subjektif : pasien senang berkenalan dengan perawat, pasien mengatakan mau berkenalan dengan orang lain, pasien mengatakan pahan cara berkenalan.

Objektif : pasien mampu menyebutkan cara berkenalan dengan orang lain, pasien mampu mempraktikkan cara berkenalan.

Analisa : isolasi sosial

Perencanaan : anjurkan pasien untuk berkenalan dengan orang yang berbeda, pada jam 10.00 dan 13.00

Hari Sabtu, 29 Oktober 2022 pada jam 11:00

Data subjektif : pasien mengatakan malas berkumpul dengan orang lain, pasien mengatakan senang menyendiri, pasien mengatakan tidak bisa memulai pembicaraan.

Data objektif : pasien tampak menyendiri, pasien jarang berkomunikasi dengan orang lain, pasien tampak banyak diam, kontak mata pasien kurang, pasien sering menunduk.

Kriteria hasil : setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien mampu melakukan SP 2 isolasi sosial berkenalan dengan dua orang.

Tindakan keperawatan : pelaksanaan SP 2 yaitu melatih pasien melakukan perkenalan dengan dua orang teman atau perawat.

Rencana tindakan keperawatan : evaluasi kemampuan pasien SP 1 isolasi sosial cara berkenalan dengan satu orang, evaluasi Sp 2 isolasi

sosial berkenalan dengan dua orang, latih Sp 3 berkenalan dengan kelompok dengan melakukan aktivitas

Evaluasi

Subjektif : pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara berkenalan dan mempunyai banyak teman.

Objektif : pasien mampu melakukan perkenalan dengan baik, pasien mampu menyebutkan nama teman yang telah diajak berkenalan.

Analisa : isolasi sosial masih ada, pasien masih perlu dibantu untuk berkenalan dengan orang lain

Perencanaan : anjurkan pasien untuk berkenalan dengan dua orang atau lebih sebanyak 2x sehari jam 10:00 dan 14:00, anjurkan pasien selalu mengingat apa yang telah diajarkan oleh perawat.

Hari Senin, 31 Oktober 2022 pada jam 10:00

Data subjektif : pasien sudah mau bersosialisasi dengan orang lain, pasien sudah mempunyai teman.

Data objektif : pasien senang dengan teman baru, kontak mata pasien sudah ada, pasien sudah mau berkenalan dengan teman.

Kriteria hasil : setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan pasien mampu

melakukan SP 3 isolasi sosial berkenalan dengan kelompok sambil beraktivitas, mengevaluasi jadwal kegiatan harian, memasukkan kejadwal kegiatan harian.

Tindakan keperawatan : melatih sp 3 cara berkenalan dengan kelompok dengan melakukan aktivitas (menggambar), mengingatkan pada pasien untuk kontrak waktu yang kemarin telah dijanjikan, mengevaluasi jadwal kegiatan harian.

Rencana tindakan keperawatan : evaluasi kemampuan pasien Sp 3 isolasi sosial berkenalan dengan kelompok dengan melakukan aktifitas, latih Sp 4 isolasi sosial cara berkenalan dengan beraktifitas.

Evaluasi :

Subjektif : pasien mampu menyebutkan nama teman-temannya yang diajak berkenalan kemarin.

Objektif : pasien mampu melakukan perkenalan dengan baik, pasien tampak bersahabat saat berkenalan.

Analisa : isolasi sosial masih ada.

Perencanaan : melatih pasien cara berkenalan sambil beraktivitas, menganjurkan pasien untuk melakukan pada jam 13:00 dan 16:00.

3. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Pendengaran Senin, 31 Oktober 2022, pukul, 11.00 WIB

Data subjektif : pasien mengatakan tidurnya tidak nyenyak, pasien mengatakan ada suara menyuruhnya untuk “bangun”, pasien mengatakan melihat orang membawa keris dan pisau.

Data objektif : pasien tampak menyendiri, pasien tampak melamun, pandangan klien kosong

Tindakan Keperawatan : Melaksanakan Sp 1 Halusinasi (Mengidentifikasi waktu, isi, respons dan perasaan saat halusinasi dan cara menghardik halusinasi) dengan tindakan keperawatan yang dilakukan, yaitu Mengidentifikasi waktu, isi, respons dan perasaan saat halusinasi, mendiskusikan cara mengatasi halusinasi, mengajarkan pasien untuk menghardik halusinasi, memotivasi pasien untuk menghardik Halusinasi.

Rencana tindak lanjut : Evaluasi Sp 1 menghardik halusinasi, evaluasi jadwal

kegiatan harian, evaluasi Tanda-Tanda halusinasi, mengajarkan Sp 2 (Cara minum obat dengan benar dan teratur).

Evaluasi

Subjektif : Pasien mengatakan mendengar suara – suara menyuruhnya untuk bangun, pasien mengatakan tidak tau suara itu muncul dari mana

Objektif : Pasien mampu menyebutkan isi, dan jenis halusinasinya, klien terlihat mampu mempraktikkan cara menghardik

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk menghardik 1x/ hari setiap jam 19.00 WIB

Pelaksanaan keperawatan, Selasa, 01 November 2022 Pukul, 11.15 WIB

Data subjektif : pasien mengatakan tidurnya semalam nyenyak, pasien mengatakan sudah jarang mendengar suara-suara

Data objektif : pasien mampu menyebutkan cara menghardik, pasien mampu mempraktikkan cara menghardik.

Tindakan Keperawatan : Dilaksanakannya SP 2 Halusinasi(Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur) dengan tindakan keperawatan yang dilakukan, mengevaluasi jadwal harian pasien, mengevaluasi SP 1 halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara menghardik), dan melatih Sp 2 halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur)

Rencana Tindak lanjut : evaluasi sp 1 menghardik halusinasi, evaluasi sp 2 cara minum obat, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih sp 3 cara bercakap – cakap

Evaluasi

Subjektif : pasien mengatakan sudah melakukan menghardik, pasien mengatakan sudah tau manfaat minum obat, klien mengatakan setelah minum obat mengantuk

Objektif : pasien terlihat minum obat secara mandiri, pasien mampu menyebutkan jumlah obat dan waktu minum obat

Analisa : halusinasi pendengaran masih ada

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk minum obat 2x sehari setiap jam 08.00 WIB dan 17.00 WIB

Pelaksanaan Keperawatan : Rabu, 02 November 2022 Pukul 11.15 WIB.

Data subjektif : pasien mengatakan tidurnya nyenyak

Data objektif : pasien terlihat tenang, pasien mampu minum obat secara mandiri

Tindakan keperawatan : melatih sp 3 dengan bercakap-cakap mengenai suara yang sering di dengar oleh pasien, dan tindakan yang telah dilakukan yaitu mengevaluasi sp 1 halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara menghardik), mengevaluasi Sp 2 halusinasi minum obat yang benar dan teratur.

Rencana tindak lanjut : evaluasi sp 1 cara menghardik, evaluasi sp 2 cara minum obat, evaluasi sp 3 bercakap – cakap, evaluasi jadwal kegiatan harian, lantih sp 4 cara mengatasi halusinasi dengan cara aktivitas.

Evaluasi

Subjektif : Pasien mengatakan tenang, pasien mengatakan senang

Objektif : Pasien mampu mempraktekkan cara bercakap – cakap

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk berlatih cara bercakap – cakap 2x/ hari setiap jam 11.00 WIB dan 18.00 WIB

4. Diagnosa keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

Kamis, 03 November 2022, pukul 10.30 WIB

Data subjektif : Pasien mengatakan meminta gunting, Pasien mengatakan kesal dan marah saat dipukul dan ditendang oleh orang yang tidak dikenal di suatu warung, pasien mengatakan ingin melihat orang membawa keris dan pisau.

Data objektif : Pasien tampak tegang, tatapan mata pasien tampak tajam, TD 140/100 mmHg, Nadi 110 x/menit, Suhu 36,7°C, pernafasan 25x/menit

Kriteria Hasil : Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat dengan ekspresi wajah bersahabat, menunjukan rasa senang ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi. Pasien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan; menceritakan penyebab perasaan

jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya.

Tindakan keperawatan : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, mengajarkan pasien untuk mengenal perilaku kekerasan dan cara mengontrol emosi, mengajarkan Sp 1 teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak (bantal), mendiskusikan cara penanganan RPK, mengidentifikasi upaya yang dilakukan, motivasi pasien mengontrol emosi.

Rencana Tindakan : evaluasi Sp 1 mengenal perilaku kekerasan dengan cara teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak (bantal), evaluasi jadwal kegiatan harian, ajarkan Sp 2 cara minum obat yang benar.

Evaluasi :
Subjektif : Pasien mengatakan kesal jika mendengar bisikan untuk menyuruhnya bangun, pasien mengatakan sedikit tenang setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Objektif : Pasien mampu mengontrol rasa marahnya, pasien terlihat tenang.

Pelaksanaan keperawatan: Kamis, 03 November 2022 Pukul, 10.00 WIB

Data subjektif : Pasien mengatakan meminta gunting, Pasien mengatakan kesal dan marah saat dipukul dan ditendang oleh orang yang tidak dikenal di suatu warung, pasien mengatakan ingin pergi saat melihat orang membawa keris dan pisau.

Data objektif : Pasien tampak tegang, tatapan mata pasien tampak tajam, TD 130/90 mmHg, Nadi 98 x/menit, Suhu 36,5°C, pernafasan 20x/menit

Tindakan keperawatan : membina hubungan saling percaya, mengevaluasi Sp 1 teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak (bantal), evaluasi jadwal kegiatan harian.

Rencana tindak lanjut : Evaluasi Sp 1 mengenal perilaku kekerasan dan cara mengontrol emosi dengan relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak (bantal), evaluasi sp 2 cara minum obat dengan benar, evaluasi jadwal kegiatan harian, ajarkan Sp 3 meminta dan menolak dengan benar.

Evaluasi :

Subjektif : Pasien mengatakan tenang setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan mengantuk setelah minum obat

Objektif : Pasien terlihat mampu mengontrol rasa marahnya, pasien terlihat tenang, pasien mampu menyebutkan kembali cara teknik relaksasi nafas dalam.

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam 2x sehari setiap jam 10.00 WIB dan 13.00 WIB

Pelaksanaan keperawatan : Jum'at, 04 November 2022 Pukul 11.30 WIB

Data subjektif : pasien mengatakan kesal dan marah saat dipukul dan ditendang oleh orang yang tidak di kenal di warung

Data objektif : pasien tampak tegang, tatapan mata pasien tajam.

Tindakan keperawatan : membina hubungan saling percaya, mengevaluasi sp 1 cara mengontrol emosi, teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak (bantal), mengevaluasi jadwal kegiatan harian, mengajarkan sp 2 cara minum obat dengan benar.

Rencana tindak lanjut : Evaluasi Sp 1 mengenal perilaku kekerasan dan cara mengontrol emosi dengan relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak (bantal), evaluasi sp 2 cara minum obat dengan benar, evaluasi jadwal kegiatan harian.

Evaluasi Keperawatan

Subjektif : Pasien mengatakan mengantuk setelah minum obat, pasien mengatakan minum obat pagi dan sore

Objektif : Pasien mengetahui waktu minum obat, pasien mampu minum obat secara mandiri, pasien mampu menyebutkan kembali cara teknik relaksasi nafas dalam

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk melakukan minum obat 2x sehari setiap jam 08.00 WIB dan 17.00 WIB

BAB IV PEMBAHASAN

BAB ini akan membahas kesenjangan teori dan kasus termasuk faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada Tn. W di Ruangan Bratasena Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor. Penulis mulai melakukan Asuhan Keperawatan pada tanggal 25-28 Oktober 2022. Dengan melakukan pendekatan proses keperawatan meliputi: pengkajian, perumusan, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien, serta merumuskan diagnosa keperawatan. Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik mental, sosial, dan lingkungan (Keliat, 2011). Dari data-data tersebut perawat dapat mengelompokkan hal-hal yang menjadi faktor predisposisi, presipitasi, dan penilaian terhadap stresor dari sumber coping pasien. Data-data yang diperoleh selama pengkajian dapat dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif.

Pada kasus penulis dapat menemukan kesamaan dengan teori diatas yaitu penulis melakukan pengkajian mulai dari faktor predisposisi, presipitasi dan penilaian terhadap stresor dari sumber coping pasien, dari data tersebut maka penulis dapat mengelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang. Menurut Kemenkes RI (2012) faktor predisposisi ini dapat dibagi sebagai berikut:

Pengaruh faktor biologis meliputi adanya faktor herediter anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, riwayat penyakit atau trauma kepala. Pada pasien yang mengalami harga diri rendah, dapat ditemukan adanya pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, seperti penolakan dan harapan orang tua yang tidak realistik, kegagalan berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, penilaian negatif pasien terhadap gambaran diri,

krisis identitas, peran yang terganggu, ideal diri yang tidak realistik, dan pengaruh penilaian internal individu. Pengaruh sosial budaya meliputi penilaian negatif dari lingkungan terhadap pasien yang mempengaruhi penilaian pasien, sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak, dan tingkat pendidikan rendah.

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun. Secara umum gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional misalnya karena trauma yang muncul tiba-tiba, sedangkan yang kronik biasanya dirasakan klien sebelum sakit atau sebelum dirawat klien sudah memiliki pikiran negatif dan memingkat saat dirawat (Yosep, 2009)

Berdasarkan hasil pengkajian penulis mendapatkan dari hasil wawancara dengan pasien, pengamatan dari rekam medis dan informasi dari perawat ruang bratasena. Pada faktor predisposisi hal-hal yang dapat mempengaruhi yaitu sosial-budaya. Faktor predisposisi yang dapat ditemukan pada kasus ini yaitu faktor psikologis yang dimana dalam kasus tersebut Tn. W tampak menyendiri dan enggan untuk mengikuti kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok karena merasa dirinya tidak mampu melakukan kegiatan seperti yang lainnya. Tidak ada hambatan pada saat pengkajian untuk terbinanya hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien karena pada saat berinteraksi pasien selalu terbuka dan menjawab apa yang ditanya oleh perawat, sedangkan faktor penghambat yang penulis temukan adalah pasien tidak bisa memulai pembicaraan dan enggan berbicara ketika ditempat keramaian.

B. Diagnosa

Menurut Yosep (2014) menjelaskan terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan harga diri rendah diantaranya adalah Harga diri rendah kronis, Isolasi Sosial, Halusinasi Pendengaran, Defisit Perawatan Diri

Ada beberapa kesamaan dengan kasus Tn. W yaitu : Harga diri rendah kronis, Isolasi sosial, Halusinasi pendengaran tetapi penulis mengangkat diagnosis utama Harga diri rendah kronis karna dari data rekam medis dan pengkajian yang dilakukan oleh penulis Alasan masuk pasien, keluarga pasien mengatakan pasien

kejang selama 2 hari sebanyak 10 kali karena pasien mempunyai riwayat penyakit epilepsi, pasien mengatakan putus obat dari 3 bulan yang lalu, pasien mengatakan pernah mendengar bisikan dan badan nya seperti kesurupan ketika pasien sudah sadar dari kejangnya ibu jari dan kelingking pasien sudah terluka tanpa di sadari, pasien merasa malu karena terdapat luka di ibu jari dan kelingking yang menyebabkan pasien tidak bisa bekerja secara normal, pasien merasa tidak puas terhadap dirinya karena tidak bisa bekerja seperti biasanya dan sering meminta maaf dan merasa bersalah kepada keluarganya.

C. Intervensi

Menurut Prabowo (2014) Untuk mengatasi masalah pada klien dengan harga diri rendah maka disusun perencanaan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk membantu klien memenuhi kebutuhannya dan mengatasi atau mengurangi masalah keperawatan serta meningkatkan aktualisasi diri klien. Diagnosa koping individu tidak efektif bertujuan pasien mampu membina hubungan saling percaya. Adapun intervensi yang dilakukan oleh perawat membina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik.

Diagnosa harga diri rendah bertujuan agar klien mampu meningkatkan harga diri. Intervensi yang dilakukan perawat menggunakan strategi pelaksanaan pasien: perawat membantu pasien memilih beberapa kegiatan yang dapat dilakukannya, pilih kegiatan yang dapat dilakukan saat ini, kedua yaitu perawat membantu pasien memilih kegiatan kedua, dan melatih kegiatan kedua, ketiga perawat membantu pasien memilih kegiatan ketiga, dan melatih kegiatan ketiga, keempat perawat membantu pasien memilih kegiatan keempat dan melatih kegiatan keempat. Kemudian pada strategi pelaksanaan keluarga intervensi yang dilakukan melatih keluarga dalam membimbing klien melakukan kegiatan yang disukainya.

Rencana tindakan diagnosa harga diri rendah sudah terstandar menurut Kemenkes RI (2012) intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien dengan harga diri rendah, isolasi sosial antara lain melakukan strategi pelaksanaan pasien dan keluarga. Berdasarkan paparan diatas, penulis berasumsi bahwa intervensi yang diberikan sudah sesuai dengan masalah yang dimiliki pasien.

D. Implementasi

Implementasi keperawatan untuk diagnosa harga diri rendah pada Tn. W yaitu meningkatkan kepercayaan diri yang dimiliki oleh Tn. W dengan cara Mengkaji kemampuan yang dimiliki Tn. W serta melatih Tn. W melakukan kegiatan yang dapat dilakukan pasien yaitu menyapu ruangan, mencuci piring dan merapikan tempat tidur. Sedangkan implementasi keperawatan yang diberikan pada keluarga Tn. W yaitu menjelaskan cara merawat Tn. W dengan harga diri rendah dan melatih keluarga dalam membimbing pasien melakukan kegiatan yang disukainya.

Strategi pelaksanaan yang telah diberikan pada pasien sesuai dengan teori, menurut Prabowo (2014) tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien harga diri rendah yaitu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien. Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan klien di rumah, serta melatih kegiatan yang telah dipilih oleh klien. Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan pada kedua partisipan terdapat perbedaan kegiatan yang telah dipilih, menurut asumsi peneliti perbedaan tersebut muncul karena perbedaan keinginan dan kemampuan dari masing-masing partisipan.

Penulis tidak menulis kesenjangan antara teori dan kasus pada pelaksanaan keperawatan, pada teori implementasi keperawatan diagnosis harga diri rendah kronis melakukan lima strategi pelaksanaan. Pada kasus ini penulis juga melakukan 5 strategi pelaksanaan untuk menambah rasa percaya diri pada pasien yang pertama penulis membantu pasien untuk memilih tiga kegiatan yang disukai yaitu : menyapu ruangan, mencuci piring dan merapihkan tempat tidur, lalu yang kedua penulis membantu pasien memilih satu kegiatan yang disukai dan melakukan kegiatan tersebut, seperti contoh : merapihkan tempat tidur, lalu yang ketiga penulis membantu pasien untuk melakukan kegiatan menyapu ruangan, lalu yang keempat penulis membantu pasien melakukan kegiatan mencuci piring, dan yang terakhir penulis membantu mengevaluasi dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian pasien.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan keperawatan pasien mau melakukan kegiatan yang diajarkan oleh penulis dan melakukan kegiatannya sendiri tanpa ditemani penulis, faktor penghambatnya pasien kurang kooperatif Ketika diajarkan melakukan kegiatan untuk menambah rasa percaya diri pada pasien.

E. Evaluasi

Menurut Kemenkes RI (2012) evaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat harga diri rendah adalah evaluasi kemampuan pasien harga diri rendah berhasil apabila pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, Menilai dan memilih kemampuan yang dapat dikerjakan, Melatih kemampuan yang dapat dikerjakan, Membuat jadwal kegiatan harian, Melakukan kegiatan sesuai jadwal kegiatan harian, Merasakan manfaat melakukan kegiatan positif dalam mengatasi harga diri rendah

Pada kasus penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori diatas dengan kasus karna pada saat dilakukan evaluasi untuk diagnosa harga diri rendah kronis didapatkan Tn. W mampu mengungkap aspek positif yang dimiliki. Namun dari hasil observasi penulis, Tn. W tampak kurang bersemangat ketika diajak melakukan kegiatan yang telah dijadwalkan. Tn. W mengatakan dirinya ingin berkerja dan berpenghasilan agar tidak menyusahkan kedua orangtuanya.

Kemampuan awal yang dimiliki pasien, pasien dapat menggambar dan mewarnai. Setelah dilakukan intervensi kemampuan pasien bertambah seperti, menyapu lantai, membereskan tempat tidur dan mencuci piring. Jadi kemampuan yang dimiliki pasien setelah intervensi meningkat sebesar 100%.

Tanda dan gejala awal yang dimiliki pasien enggan untuk mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok, pasien tampak malas dan menyendiri dikamar, pasien tampak tidur disamping meja makan. Setelah dilakukan intervensi tanda dan gejala awal pasien menurun seperti, pasien mau mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok, pasien sudah mau berbaur dengan teman-temannya dan rasa malas pasien sudah berkurang jadi dapat disimpulkan tanda dan gejala awal pasien yang turun sebesar 75%.

BAB V

PENUTUP

Penulis menguraikan pada masing-masing BAB mengenai asuhan keperawatan dengan Harga Diri Rendah Kronis di ruang Bratasena RSMM Bogor mulai tanggal 25-28 Oktober 2022 maka di bab ini penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian didapatkan pada Tn. W terlihat mengalami perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis, lebih banyak menunduk dan nada suara lemah, tidak mau bergaul dan memulai pembicaraan dengan orang lain, menarik diri dari lingkungan.
2. Rumusan diagnosa keperawatan jiwa yang muncul pada Tn. W yaitu harga diri rendah kronis, isolasi sosial, halusinasi pendengaran, risiko perilaku kekerasan.
3. Rencana keperawatan yang disusun berdasarkan teori. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. W yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien menggunakan komunikasi terapeutik, mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki, melatih kemampuan yang dimiliki pasien serta mendampingi pasien melakukan kegiatan sehari-hari yang ia pilih, mengajarkan pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap dan melatih keluarga untuk mendampingi pasien berinteraksi secara bertahap.
4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. W sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun. tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn. W yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien menggunakan komunikasi terapeutik, mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki, melatih kemampuan yang dimiliki pasien, mengajarkan pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap. Pada tahap akhir peneliti mengevaluasi kepada pasien sehingga pasien sudah mampu melaksanakan kemampuan yang telah dilatih secara mandiri, melakukan interaksi dengan orang lain.

B. Saran

Penulis akan menyimpulkan saran untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien khususnya dengan harga diri rendah kronis. Adapun saran yang penulis ingin sampaikan adalah sebagai berikut :

1. Bagi mahasiswa/penulis

Melakukan pengkajian pada pasien harga diri rendah dengan membina hubungan saling percaya, membangun trust dengan menggunakan komunikasi terapeutik, sehingga pasien dapat menceritakan masalahnya dengan perawat selain itu perawat memvalidasi data yang didapat tentang pasien, serta melihat rekam medis untuk data penunjang membuat asuhan keperawatan.

2. Institusi

Institusi diharapkan dapat memberikan pengetahuan yang baru tentang asuhan keperawatan khususnya dalam bidang keperawatan jiwa agar menyediakan lebih banyak lagi literatur terbaru seperti jurnal, buku, dan artikel yang dapat membantu mahasiswa/penulis dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa dan dapat menyesuaikan pemberian asuhan keperawatan saat ini yang mungkin berbeda dengan kondisi terdahulu sesuai standar yang sudah terakreditasi institusi untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penegakan diagnosa, menentukan intervensi, melakukan strategi pelaksanaan, serta evaluasi keperawatan yang tepat dalam pendokumentasian yang akurat.

3. Perawat

Untuk dapat memantau perkembangan pasien hendaknya perawat ruangan memperhatikan jadwal yang sudah ada dan menambahkan jadwal kegiatan harian pasien, perawat dapat membuat pendidikan kesehatan tentang pasien di rumah sakit dan bimbingan konseling untuk keluarga cara merawat pasien di rumah.

4. Rumah sakit

Saran untuk rumah sakit agar perawat lebih meningkatkan kemampuan dalam memberikan perawatan dengan pasien gangguan jiwa seperti mengadakan terapi aktivitas, workshop, seminar, dan pelatihan. Diharapkan juga rumah sakit agar pasien dapat diberikan asuhan keperawatan dengan kondisi lingkungan yang tenang dan kondusif sehingga akan lebih efektif dalam meningkatkan kondisi pasien dan disesuaikan dengan spesifik dari masalah keperawatan yang ada pada pasien dan dapat melakukan aktivitas kelompok yang disesuaikan kondisi pasien serta pihak rumah sakit hendaknya melibatkan keluarga dalam proses perawatan pasien agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah kronis.

DAFTAR PUSTAKA

- Dermawan, D. 2013. *Keperawatan Jiwa, Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Biru
- Direja, Ade Herman Surya. 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Fitria, Nita. 2009. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika
- Fitria, Nita. 2010. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika
- Fitria, Nita. 2012. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika
- Friedman, Marilyn m, dkk. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori,dan Praktik*. Jakarta : EGC.
- Guindon, M, H. 2010. *Self-esteem Across the Lifespan and interventions*. NewYork: Taylor and Francis Group
- Keliat, B.A. 2011. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC
- Muhith, Abdul. 2011. *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta:CV Andi Offset
- Notoadmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka
- Cipta Padila. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Prabowo, Eko. 2014. *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Riskesdas. 2018. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Mentri Kesehatan RI

- Rohmah, N., & Walid, S. (2012). *proses keperawatan*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Stuart. 2007. *Buku Saku Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Stuart. 2016. *Buku Saku Keperawatan*. Jakarta. EGC
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- WHO. 2015. *Health For the Worlds Adolescents a Second Chance In The Second Decade*. Geneva, Switerland
- Yosep, Iyus. 2009. *Keperawatan JiwaCetakan kedua (edisi revisi)*. Bandung. PTRefrika Aditama
- Yosep, Iyus. 2011. *Keperawatan Jiwa*. Jakarta: PT. Refika Aditama
- Yosep, Iyus dan Titin Sutini. 2014. *Buku Ajar Kerawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARGA DIRI RENDAH KRONIS

Strategi Pelaksanaan I

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien :
 - a. Data Subjektif
 - 1) Pasien mengatakan malu dan tidak Percaya Diri sebagai seorang Ibu karena dibilang sakit oleh keluarganya
 - b. Data Objektif
 - 1) Klien tampak menyendiri
 - 2) Klien tampak senang tidur
 - 3) Pasien lebih memilih diam saat sedang bersama temannya
2. Diagnosa Keperawatan
Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Kronis
3. Tujuan :
 - a. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
 - b. Pasien dapat menilai kemampuan yang masih dapat digunakan
 - c. Pasien dapat memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan yang dimiliki
 - d. Pasien dapat melakukan kegiatan yang dipilih sesuai dengan kemampuan
4. Tindakan Keperawatan
SP I
 - a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
 - b. Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan
 - c. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien
 - d. Melatih pasien dengan kegiatan yang dipilih sesuai kemampuan, misal merapikan tempat tidur
 - e. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

B. Strategi Komunikasi

1. Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum wr.wb. pak, perkenalkan nama saya Bella Puspita Sari, bapak bisa memanggil saya suster bella. Saya mahasiswa STIKES RS Husada yang bertugas pada pagi hari ini. Saya disini akan membantu menyelesaikan masalah yang bapak hadapi. Kalau boleh tau nama bapak siapa ya?”

“Senang dipanggil siapa, pak?”

b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana keadaan bapak hari ini? Tampaknya bapak segar?”

c. Kontrak

1) Topik

“bapak, bagaimana kalau kita mengobrol tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah bapak lakukan? Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat bapak lakukan di rumah sakit.”

2) Waktu

“Bagaimana pak apakah bapak mau? waktunya mau 10 menit atau 15 menit?”

3) Tempat

“Karena bapak bersedia, dimana kita mau berbincang-bincang? bagaimana kalau kita bicarakan masalah ini di taman?”

2. Kerja

“Bapak kenapa? Apa ada yang dipikirkan? Apa yang bapak rasakan? Sepertinya bapak tampak malu? Nih pak, saya beritahu setiap orang itu pasti punya yang namanya kekurangan dan kelebihan masing-masing, jadi bapak tidak usah malu, sekarang suster tanya. Apakah bapak masih sering melakukan kegiatan? coba sebutkan 3 kegiatan yang sering bapak lakukan? Bagaimana kalau suster ajarkan salah satu kegiatan yang bapak sebutkan tadi? Agar bapak percaya diri lagi. Sekarang kegiatan mana yang mau dilakukan? Bagaimana kalau kita tulis kegiatan yang sering dilakukan, nanti kita pilih kegiatan yang bisa dilakukan di RS ini. Wah banyak sekali yah kegiatannya. Hari ini kita mau melakukan kegiatan yang mana? Baiklah kita mulai yah pak? Wah bapak hebat! Nanti jangan lupa dimasukkan kedalam jadwal kegiatan harian yah pak.”

3. Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita mengobrol dan latihan merapihkan tempat tidurnya?”

2) Evaluasi Objektif

“Ternyata Ibu banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan dirumah sakit ini, salah satunya merapihkan tempat tidur yang sudah Ibu praktekan dengan baik sekali.”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Nah, kemampuan ini dapat dilakukan juga dirumah setelah pulang nanti. Sekarang mari kita masukan ke jadwal harian. Ibu mau berapa sekali sehari merapihkan tempat tidur? Bagus 2x, yaitu pagi jam berapa? lalu sehabis istirahat jam 4 sore ya bu.”

c. Kontrak yang Akan Datang

1) Topik

“Besok pagi kita latihan lagi ya bu kegiatan yang mampu dilakukan dirumah sakit selain merapihkan tempat tidur, yaitu mencuci piring. Bersedia, Bu?”

2) Waktu

“Jam berapa kita akan latihan mencuci piring besok? Bagaimana kalau jam 8 pagi?”

3) Tempat

“Dimana kita akan latihan cuci piring? Bagaimana kalau di dapur saja?”

Strategi Pelaksanaan II

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien :

a. Data Subjektif

- 1) Pasien mengatakan malu dengan keluarganya karena memiliki riwayat keburukan dimasa lalunya, pasien mengatakan malu karena ibu jari dan kelingkingnya cacat, pasien mengatakan tidak dapat mencari uang.

b. Data Obyektif

- 1) Pasien tampak tidak percaya diri pada saat kumpul dengan temannya, pasien tampak sering tidur, pasien lebih memilih diam dan menjauh pada saat dilakukan kegiatan senam dan TAK pagi..

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Kronis

3. Tujuan :

Pasien dapat melakukan kegiatan kedua yang dipilih sesuai kemampuan, yaitu cuci piring

4. Tindakan Keperawatan

SP II

- a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya
- b. Melatih kegiatan kedua yang dipilih sesuai kemampuan, yaitu cuci piring
- c. Membimbing pasien memasukkan kedalam jadwal harian

B. Strategi Komunikasi

1. Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum pak. Apakah bapak masih ingat dengan saya?” “Hebat. bapak masih ingat nama saya.”

“Sesuai janji kemarin, saya datang lagi untuk melatih kemampuan bapak mencuci piring.”

b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan bapak pagi ini? Bagaimana dengan perasaan negatif yang bapak rasakan? Bagus sekali pak. Berarti perasaan tidak berguna yang bapak

rasakan sudah berkurang.”

”Bagaimana dengan kegiatan merapikan tempat tidurnya? Boleh saya lihat kamar tidurnya? Tempat tidurnya rapi sekali. Hebat bapak.”

”Sekarang mari kita lihat jadwalnya, wah ternyata bapak telah melakukan kegiatan merapikan tempat tidur sesuai jadwal, lalu apa manfaat yang bapak rasakan dengan melakukan kegiatan merapikan tempat tidur secara terjadwal?”

c. Kontrak

1) Topik

”Sekarang kita akan kita akan lanjutkan latihan kegiatan yang kedua. Hari ini kita mau latihan cuci piring kan, pak?”

2) Waktu

”Berapa lama kita akan berbincang-bincang? Bagaimana kalau 30 menit?”

3) Tempat

”Dimana tempat mencuci piringnya pak?”

2. Kerja

”Baik, sebelum mencuci piring, kita persiapkan dulu perlengkapan untuk mencuci piring. Menurut bapak apa saja yang kita perlu kita siapkan untuk mencuci piring?”

”Ya bagus, jadi sebelum mencuci piring kita perlu menyiapkan alatnya yaitu sabun cuci piring dan spoons untuk mencuci piring. Selain itu juga tersedia air bersih untuk membilas piring yang telah kita sabuni.”

”Nah sekarang bagaimana langkah-langkah atau cara mencuci yang biasa bapak lakukan?”

”Benar sekali, tapi sebaiknya sebelum kita mencuci piring pertama kita bersihkan piring dari sisa-sisa makanan dan kita kumpulkan disatu tempat atau tempat sampah. Kemudian kita basahi piring dengan air, lalu sabuni seluruh permukaan piring, dan kemudian dibilas hingga bersih sampai piringnya tidak terasa licin lagi. Kemudian kita letakkan pada rak piring yang tersedia. Jika ada piring dan gelas, maka yang pertama kali kita cuci adalah gelasnya, setelah itu baru piringnya. Sekarang bisa kita mulai pak?”

”Bagus sekali, bapak telah mencuci piring dengan cara yang baik. nanti bapak kalau dirumah juga begitu ya, pak”

”Menurut bapak bagaimana perbedaan setelah piring dicuci dibandingkan tadi

sebelum piring belum dicuci?”

3. Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita latihan mencuci piring?”

2) Evaluasi Obyektif

“Nah coba bapak sebutkan lagi langkah-langkah mencuci piring yang baik pak? Bagus pak”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang mari kita masukan dalam jadwal harian ya pak, mau berapa kali bapak mencuci piring?”

“Bagus 3 kali, setelah selesai sarapan, makan siang dan malam ya pak. Jika bapak melakukannya tanpa diingatkan perawat beri tanda M, tapi kalau bapak mencuci piring dibantu atau diingatkan perawat bapak beri tanda B, lalu kalau bapak tidak melakukannya bapak beri tanda T.”

c. Kontrak yang Akan Datang

1) Topik

“Baik, besok saya akan kembali lagi untuk melatih kemampuan bapak yang ketiga, yaitu menyapu lantai”

2) Waktu

“bapak mau jam berapa?” “Baik jam 10 pagi ya, pak.”

3) Tempat

“Tempatnya dimana, pak?”

“Bagaimana kalau disini saja, jadi besok kita ketemu lagi disini jam 10 ya pak. Wassalamualaikum wr.wb. bapak.”

Strategi Pelaksanaan III

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien :
 - a. Data Subjektif
 - 1) Pasien mengatakan malu dengan keluarganya karena memiliki riwayat keburukan dimasa lalunya, pasien mengatakan malu karena ibu jari dan kelingkingnya cacat, pasien mengatakan tidak dapat mencari uang.
 - b. Data Obyektif
 - 1) Pasien tampak tidak percaya diri pada saat kumpul dengan temannya, pasien tampak sering tidur, pasien lebih memilih diam dan menjauh pada saat dilakukan kegiatan senam dan TAK pagi..
2. Diagnosa Keperawatan
Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Kronis
3. Tujuan :
Pasien dapat melakukan kegiatan ketiga yang dipilih sesuai kemampuan, yaitu menyapu lantai
4. Tindakan Keperawatan
SP III
 - a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya
 - b. Melatih kegiatan kedua yang dipilih sesuai kemampuan, yaitu cuci piring
 - c. Membimbing pasien memasukkan kedalam jadwal harian

B. Strategi Komunikasi

1. Orientasi
 - a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum pak. Apakah bapak masih ingat dengan saya?” “Hebat. bapak masih ingat nama saya.”

“Sesuai janji kemarin, saya datang lagi untuk melatih kemampuan bapak menyapu lantai.”
 - b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan bapak pagi ini? Bagaimana dengan perasaan negatif yang bapak rasakan? Bagus sekali pak. Berarti perasaan tidak berguna yang bapak

rasakan sudah berkurang.”

”Bagaimana dengan kegiatan mencuci piring? Boleh saya lihat rak piringnya? Rak piringnya rapi sekali. Hebat bapak.”

”Sekarang mari kita lihat jadwalnya, wah ternyata bapak telah melakukan kegiatan merapikan tempat tidur sesuai jadwal, lalu apa manfaat yang bapak rasakan dengan melakukan kegiatan merapikan tempat tidur secara terjadwal?”

d. Kontrak

4) Topik

”Sekarang kita akan kita akan lanjutkan latihan kegiatan yang ketiga. Hari ini kita mau latihan menyapu lantai kan, pak?”

5) Waktu

”Berapa lama kita akan berbincang-bincang? Bagaimana kalau 30 menit?”

6) Tempat

”Dimana tempatnya pak?”

4. Kerja

”Baik, sebelum menyapu lantai, kita persiapkan dulu perlengkapan untuk menyapu. Menurut bapak apa saja yang kita perlu kita siapkan untuk menyapu lantai?”

”Ya bagus, jadi sebelum menyapu lantai kita perlu menyiapkan alatnya yaitu sapu untuk menyapu lantai.”

”Bagus sekali, bapak telah menyapu lantai dengan cara yang baik. nanti bapak kalau dirumah juga begitu ya, pak”

”Menurut bapak bagaimana perbedaan setelah menyapu lantai dibandingkan tadi sebelum lantainya disapu?”

5. Terminasi

d. Evaluasi

3) Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita latihan menyapu lantai?”

4) Evaluasi Obyektif

“Nah coba bapak sebutkan lagi langkah-langkah menyapu lantai yang baik pak? Bagus pak”

e. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang mari kita masukan dalam jadwal harian ya pak, mau berapa kali bapak menyapu lantai?”

“Bagus saat lantainya kotor bapak sapu yang lantainya, Jika bapak melakukannya tanpa diingatkan perawat beri tanda M, tapi kalau bapak mencuci piring dibantu atau diingatkan perawat bapak beri tanda B, lalu kalau bapak tidak melakukannya bapak beri tanda T.”

f. Kontrak yang Akan Datang

4) Topik

“Baik, besok saya akan kembali lagi untuk mengevaluasi kegiatan hari ini”

5) Waktu

“bapak mau jam berapa?” “Baik jam 10 pagi ya, pak.”

6) Tempat

“Tempatnya dimana, pak?”

“Bagaimana kalau disini saja, jadi besok kita ketemu lagi disini jam 10 ya pak. Wassalamualaikum wr.wb. bapak.

ANALISA OBAT

HALOPERIDOL

Haloperidol adalah obat antipsikotik yang bekerja dengan cara menyeimbangkan zat kimia alami otak bernama neurotransmitter. Obat ini membantu menjernihkan pikiran dan mengurangi halusinasi, rasa gelisah, agresi, pikiran negatif, atau keinginan untuk melukai diri sendiri. Haloperidol juga digunakan untuk mengontrol tic yang berat, misalnya pada penderita sindrom Tourette. Tic adalah gerakan atau bunyi yang muncul dengan tidak terkontrol dan terjadi berulang-ulang.

Bentuk obat : Tablet, kaplet, obat tetes oral (drops), injeksi

Haloperidol hanya boleh digunakan berdasarkan resep dokter. Perhatikan beberapa hal berikut sebelum Anda menggunakan haloperidol:

- Jangan menggunakan haloperidol jika alergi terhadap obat ini.
- Beri tahu dokter jika pernah atau sedang menderita gangguan sistem saraf yang berat, kejang, demensia, penyakit Parkinson, depresi berat, dan gangguan bipolar.
- Beri tahu dokter jika pernah atau sedang menderita hipomagnesemia atau hipokalemia, kesulitan buang air kecil, glaukoma, denyut jantung lambat, angina, gagal jantung, hipertiroidisme, atau jumlah sel darah putih rendah.
- Beri tahu dokter jika mengalami muntah-muntah atau diare yang parah saat menjalani pengobatan dengan haloperidol, karena kondisi ini dapat meningkatkan risiko terjadinya efek samping yang serius.
- Beri tahu dokter jika ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jantung tertentu, seperti perpanjangan interval QT atau henti jantung mendadak.
- Beri tahu dokter jika sedang hamil, menyusui, atau merencanakan kehamilan.
- Beri tahu dokter jika sedang mengonsumsi obat, suplemen, atau produk herbal lain, untuk mengantisipasi interaksi antarobat yang mungkin terjadi.
- Beri tahu dokter bahwa Anda sedang menggunakan haloperidol jika berencana menjalani perawatan gigi atau operasi.
- Hindari aktivitas di bawah paparan sinar matahari langsung saat udara panas, karena haloperidol dapat mengurangi keluarnya keringat sehingga bisa memicu terjadinya heatstroke.

- Jangan mengemudikan kendaraan atau mengoperasikan alat berat sesudah menggunakan haloperidol, karena obat ini bisa menyebabkan pusing dan kantuk.
- Jangan mengonsumsi minuman beralkohol saat menjalani pengobatan dengan haloperidol, karena dapat meningkatkan risiko terjadinya efek samping obat.
- Segera temui dokter jika muncul reaksi alergi obat atau efek samping yang lebih serius setelah menggunakan haloperidol.

Dosis dan Aturan Pakai Haloperidol

Bentuk obat: tablet atau tetes

Kondisi: psikosis, skizofrenia, atau mania

- Dewasa: 0,5–5 mg, 2–3 kali sehari. Dosis pemeliharaan 3–10 mg per hari tergantung respons pasien terhadap obat.
- Lansia: 0,5–2 mg, 2–3 kali sehari. Dosis maksimal 20 mg per hari.
- Kondisi: skizofrenia
- Anak usia 13–17 tahun: dosis awal 0,5 mg per hari. Dosis dapat ditingkatkan menjadi 1–6 mg per hari bila diperlukan. Dosis maksimal 10 mg per
- Anak usia 3–12 tahun: dosis awal 0,5 mg per hari. Dosis dapat ditingkatkan menjadi 1–4 mg per hari bila diperlukan. Dosis maksimal 6 mg per hari.
- Kondisi: sindrom Tourette, gangguan tic yang berat.

Haloperidol tablet dan haloperidol tetes bisa dikonsumsi sebelum atau setelah makan. Konsumsi obat ini pada waktu yang sama setiap hari agar hasil pengobatan maksimal. Jika akan menggunakan haloperidol tetes, pastikan untuk mencocok botolnya terlebih dahulu dan gunakan alat yang tersedia agar dosisnya tepat. Jika lupa mengonsumsi haloperidol, segera konsumsi obat ini begitu teringat jika jeda dengan jadwal berikutnya belum terlalu dekat. Jika sudah dekat, abaikan dan jangan menggandakan dosis. Minumlah banyak air saat menjalani pengobatan dengan haloperidol .

Interaksi Haloperidol dengan Obat Lain

- Penurunan efektivitas haloperidol jika digunakan bersama phenobarbital atau carbamazepine
- Peningkatan risiko terjadinya aritmia yang bisa berakibat fatal jika digunakan dengan ciprofloxacin atau levofloxacin
- Peningkatan risiko terjadinya efek samping jika digunakan bersama tucatinib, itraconazole, ketoconazole, atau fluoxetine
- Peningkatan risiko terjadinya efek samping antidepresan trisiklik jika digunakan secara bersamaan
- Peningkatan efek kantuk jika digunakan dengan dari alprazolam, lorazepam, zolpidem, muscle relaxant, codeine, atau antihistamin
- Peningkatan risiko terjadinya gangguan irama jantung jenis perpanjangan interval QT jika digunakan dengan amiodarone, pimozide, quinidine, sotalol, procainamide, atau antibiotik makrolid, seperti erythromycin
- Efek Samping dan Bahaya Haloperidol
- Hubungi dokter jika Anda mengalami kaku atau tegang pada otot, gemetar (tremor), atau mengiler, yang muncul beberapa jam atau hari setelah mengonsumsi haloperidol. Dokter dapat meresepkan obat lain untuk mengurangi efek samping tersebut.

Efek samping lain yang mungkin muncul setelah menggunakan haloperidol adalah:

- Kantuk
- Pusing atau sakit kepala
- Sulit buang air kecil
- Gangguan tidur
- Kecemasan
- Penglihatan kabur
- Konstipasi
- Mual

PHENYTOIN

Phenytoin adalah obat untuk mengendalikan kejang pada penderita epilepsi. Obat ini juga digunakan untuk mengatasi trigeminal neuralgia, serta mencegah dan menangani kejang yang terjadi selama atau setelah prosedur bedah saraf. Phenytoin atau fenitoin termasuk ke dalam obat golongan antikonvulsan. Obat ini bekerja dengan cara mengurangi aktivitas listrik berlebihan di otak sehingga kejang bisa mereda. Phenytoin tersedia dalam bentuk kapsul, kapsul pelepasan lambat, dan suntik yang harus digunakan dengan resep dokter.

Phenytoin tidak boleh digunakan secara sembarangan. Sebelum menggunakan phenytoin, Anda perlu memperhatikan beberapa hal berikut:

- Jangan menggunakan phenytoin jika memiliki alergi terhadap phenytoin atau pernah mengalami efek samping yang berat karena obat ini. Beri tahu dokter semua riwayat alergi yang Anda miliki.
- Beri tahu dokter jika Anda pernah atau sedang menderita penyakit jantung, tekanan darah rendah, penyakit hati, defisiensi vitamin D, osteoporosis, osteomalacia, porfiria, hipotiroidisme, penyakit ginjal, hipoalbuminemia, lupus, diabetes, atau anemia megaloblastik.
- Beri tahu dokter jika Anda pernah atau sedang mengalami depresi atau memiliki keinginan bunuh diri.
- Beri tahu dokter jika Anda pernah atau sedang menderita gangguan irama jantung, seperti sinus bradikardia, blok AV derajat 2 atau derajat 3, atau penyakit sindrom Stokes-Adams, sebelum menggunakan phenytoin suntik.
- Jangan langsung mengemudikan kendaraan atau mengoperasikan alat berat selama menjalani pengobatan dengan phenytoin, karena obat ini dapat menyebabkan kantuk atau pusing.
- Jangan mengonsumsi minuman beralkohol selama menjalani pengobatan dengan phenytoin, karena alkohol dapat menurunkan efektivitas atau menyebabkan efek samping yang berat dari phenytoin.
- Beri tahu dokter kebiasaan Anda dalam mengonsumsi minuman beralkohol, terutama jika Anda sulit mengurangi atau menghentikan kebiasaan tersebut.
- Beri tahu dokter jika Anda sedang hamil, mungkin hamil, merencanakan kehamilan, atau sedang menyusui.

- Beri tahu dokter jika Anda sedang menggunakan pil KB untuk mencegah kehamilan, karena phenytoin dapat menurunkan efektivitas pil KB. Konsultasikan dengan dokter mengenai alat kontrasepsi yang tepat selama menggunakan phenytoin.
- Beri tahu dokter jika Anda sedang menggunakan obat lain, termasuk suplemen dan produk herbal, untuk mengantisipasi interaksi obat.
- Informasikan kepada dokter bahwa Anda sedang mengonsumsi phenytoin jika berencana menjalani operasi atau prosedur medis tertentu selama pengobatan, termasuk operasi gigi.
- Segera temui dokter jika mengalami reaksi alergi obat, efek samping yang lebih serius, atau overdosis, setelah menggunakan phenytoin.

Dosis dan Aturan Pakai Phenytoin

1. Bentuk kapsul

Tujuan: Epilepsi dan kejang terkait dengan bedah saraf

- Dewasa: 3–4 mg/kgBB atau 150–300 mg per hari, yang diberikan dalam dosis tunggal atau dosis terbagi. Dosis pemeliharaan: 200–500 mg tiap hari.
- Anak-anak: dosis awal 5 mg/kgBB per hari yang dibagi untuk 2 kali pemberian. Dosis pemeliharaan adalah 4–8 mg/kgBB per hari, diberikan dalam dosis terbagi. Dosis maksimal adalah 300 mg per hari
- Kondisi: Trigeminal neuralgia
- Dewasa: 300–500 mg tiap hari yang dibagi dalam 1–2 kali pemberian.

2. Bentuk kapsul pelepasan lambat

Kondisi: Kejang

- Dewasa: dosis awal 100 mg, 3 kali sehari. Dosis pemeliharaan 100 mg, 3–4 kali sehari. Jika diperlukan, dosis dapat ditingkatkan hingga 200 mg, 3 kali sehari.

3. Bentuk suntikan intravena (melalui pembuluh darah/IV)

Kondisi: Status epileptikus atau kejang terus-menerus

- Dewasa: 10–15 mg/kgBB diberikan dengan suntikan lambat atau dengan kecepatan tidak lebih dari 50 mg per menit. Dosis pemeliharaan 100 mg tiap 6–8 jam, yang bisa diberikan dengan obat minum atau suntikan.
- Anak-anak: 15–20 mg/kgBB diberikan melalui infus IV dengan kecepatan 1–3 mg/kgBB per menit.

Interaksi Phenytoin dengan Obat Lain

Ada beberapa interaksi obat yang dapat terjadi jika phenytoin digunakan bersamaan dengan obat-obatan lain, seperti:

- Penurunan efektivitas dan peningkatan risiko terjadinya kekebalan virus HIV jika digunakan dengan obat antivirus non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTI), seperti nevirapine
- Peningkatan kadar dan efek phenytoin jika digunakan dengan asam salisilat, obat antikonvulsan lain, obat antijamur, obat benzodiazepine, disulfiram, obat antiaritmia, methylphenidate, capecitabine, cimetidine, tacrolimus, omeprazole, atau obat antidepresan SSRI
- Peningkatan risikonya terjadinya efek samping dari phenytoin jika digunakan dengan antibiotik tertentu, seperti chloramphenicol, isoniazid, kotrimoksazol, clarithromycin, dan sulfonamide
- Penurunan kadar atau efektivitas phenytoin jika digunakan dengan sukralfat, asam folat, ciprofloxacin, rifampicin, ritonavir, teofilin, atau obat antikanker, seperti bleomycin, carboplatin, cisplatin, atau doxorubicin
- Penurunan efektivitas doxycycline, voriconazole, teofilin, obat pelemas otot, methadone, tolbutamide, phenobarbital, digoxin, atorvastatin, obat antivirus, seperti indinavir atau lopinavir
- Peningkatan risiko terjadinya gangguan hati jika digunakan dengan methotrexate
- Peningkatan risiko terjadinya perdarahan dan peningkatan kadar phenytoin jika digunakan dengan warfarin

Efek Samping dan Bahaya Phenytoin

Ada beberapa efek samping yang dapat terjadi saat menggunakan phenytoin, antara lain:

- Sakit kepala, pusing, atau vertigo
- Mual
- Muntah
- Sembelit
- Kantuk
- Sulit tidur
- Rasa gugup
- Gusi bengkak dan berdarah
- Hubungi dokter jika efek samping di atas tidak kunjung membaik atau malah memburuk. Segera ke dokter jika muncul reaksi alergi obat atau efek samping serius, seperti:
- Bengkak, nyeri, atau perubahan warna kulit di tempat suntikan
- Detak jantung lambat dan perasaan seperti akan pingsan
- Sulit berbicara atau bicara cadel
- Linglung atau halusinasi
- Perubahan suasana hati
- Otot berkedut
- Gerakan, keseimbangan, atau koordinasi tubuh terganggu
- Penglihatan kabur
- Gerakan mata yang tidak normal
- Kesemutan di tangan atau kaki
- Perubahan di wajah, seperti bibir bengkak atau munculnya ruam berbentuk kupu-kupu di sekitar hidung atau pipi (gejala lupus)
- Rambut tumbuh secara berlebihan
- Mudah merasa haus
- Frekuensi buang air kecil meningkat
- Mudah lelah
- Nyeri tulang atau sendi

THP

Trihexyphenidyl merupakan obat golongan antimuskarinik yang digunakan untuk mengobati gejala penyakit Parkinson. Di samping itu, trihexyphenidyl juga digunakan untuk mengatasi gejala ekstrapiramidal akibat efek samping obat tertentu, termasuk antipsikotik. Nah, obat Trihexyphenidyl sendiri bekerja dengan cara meningkatkan kontrol otot dan mengurangi kekakuan. Namun, obat tersebut tidak dapat dikonsumsi sembarangan dan memerlukan resep dokter. Sebab, penggunaan obat trihexyphenidyl yang salah dapat memicu berbagai efek samping yang serius.

Dosis penggunaan Trihexyphenidyl akan bervariasi pada setiap orang. Sebab, dosis dan aturan penggunaannya akan diresepkan oleh dokter sesuai kondisi penggunanya. Penjelasan berikut hanya mencakup dosis rata-rata pada obat ini. Jika dosis yang diresepkan oleh dokter berbeda, maka jangan mengubahnya, kecuali dokter menganjurkan peningkatan dosis.

Untuk Trihexyphenidyl oral (tablet atau cair) yang dipergunakan untuk mengobati gejala Parkinson:

- Orang dewasa akan biasanya diberikan 1 miligram (mg) sekali dalam sehari. Dosis tersebut dapat ditingkatkan oleh dokter hingga 15 miligram sebanyak tiga atau empat kali per hari. Jika Parkinson disebabkan oleh infeksi virus, pengidapnya mungkin memerlukan dosis 12–15 mg per hari

Sementara itu, berikut adalah dosis penggunaan Trihexyphenidyl untuk mengatasi efek samping dari obat lain:

- Dewasa: biasanya dianjurkan untuk mengonsumsi 5-15 miligram per harinya dan diberikan tiga atau empat kali per harinya.
- Bagi anak-anak berusia di bawah, hingga saat ini belum ada konfirmasi apakah trihexyphenidyl aman dan efektif. Di samping itu, bagi lansia yang berusia 65 tahun atau lebih, perlu berkonsultasi dengan dokter terkait manfaat dan risiko obat tersebut. Sebab, lansia biasanya tidak dianjurkan mengonsumsi trihexyphenidyl karena tidak seefektif obat lain yang memiliki kegunaan yang sama.

Berikut adalah beberapa peringatan yang perlu kamu lakukan sebelum menggunakan obat tersebut, yaitu:

- Memberitahu dokter jika kamu mengidap alergi terhadap trihexyphenidyl, atau salah satu bahan pada komposisi obat tersebut.
- Memberitahu dokter jika kamu memiliki riwayat penyakit glaukoma, hipertensi, penyakit jantung, gangguan hati, gangguan ginjal, myasthenia gravis, pembesaran prostat, atau radang usus.
- Jika kamu sedang hamil, menyusui, atau merencanakan kehamilan, kamu perlu memberitahu dokter, sebelum menggunakan obat trihexyphenidyl.
- Memberitahu dokter jika kamu sedang merencanakan operasi, termasuk operasi gigi.
- Memberitahu dokter jika kamu sedang menggunakan suplemen, produk herbal, atau obat tertentu, termasuk obat penenang.
- Jika terjadi reaksi alergi atau overdosis setelah penggunaan, segera temui dokter.

Cara Mengonsumsi Trihexyphenidyl yang Benar

- Konsumsi obat trihexyphenidyl harus benar-benar mengikuti dosis dan aturan pakai yang diberikan oleh dokter. Jika kamu diresepkan obat tersebut, jangan menambahkan, mengurangi dosis, atau menghentikan penggunaan obat secara tiba-tiba, tanpa berkonsultasi dulu kepada dokter. Sebab, Obat ini memiliki risiko fatal jika kamu tidak meminumnya sesuai dengan resep yang diberikan dokter.
- Jika kamu melewatkan satu dosis obat ini, maka minumlah sesegera mungkin. Namun, jika sudah hampir waktunya untuk dosis berikutnya, kamu perlu melewati dosis yang terlewat dan kembali ke jadwal dosis berdasarkan resep dokter. Pastikan untuk tidak menggandakan dosis karena berisiko menyebabkan overdosis.
- Obat tersebut juga perlu disimpan dalam wadah tertutup pada suhu kamar, jauh dari panas, lembab, dan cahaya langsung. Pastikan untuk menjauhkannya dari jangkauan anak-anak.

RENCANA KEPERAWATAAN

HARGA DIRI RENDAH KRONIS

Diagnosa kep	Rencana tindakan keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	
Harga Diri Rendah Kronis	<p>Kognitif:</p> <p>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat.</p> <p>2. Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain.</p> <p>Psikomotorik:</p> <p>1. Ekspresi wajah bersahabat.</p> <p>2. Menunjukkan rasa senang, ada kontak mata.</p> <p>3. Mau berjabat tangan.</p> <p>4. Mau</p>	<p>Kriteria hasil :</p> <p>a. klien mau membalas salam</p> <p>b. klien mau Berjabat tangan</p> <p>c. klien mau menyebutkan nama</p> <p>d. klien mau tersenyum</p> <p>e. klien ada kontak mata</p> <p>f. Klien mau mengetahui nama Perawat</p> <p>g. klien mau menyediakan waktu untuk Perawat</p>	<p>1. Beri salam dan panggil nama klien</p> <p>2. Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan</p> <p>3. Jelaskan maksud hubungan interaksi</p> <p>4. Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat</p> <p>5. Beri rasa aman dan sikap empati</p> <p>6. Lakukan kontak singkat tapi sering.</p>	<p>Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk hubungan selanjutnya</p>

	<p>menyebutkan nama.</p> <p>5. Mau menjawab salam.</p> <p>6. Mau duduk berdampingan dengan mahasiswa perawat.</p> <p>7. Mau mengutarakan masalah yang di hadapi.</p> <p>Afektif:</p> <p>1. Pasien sedikit kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan mahasiswa perawat.</p> <p>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan.</p>			
--	---	--	--	--

	3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan.			
	<p>Kognitif:</p> <p>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat.</p> <p>2. Pasien mampu menyebutkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah.</p> <p>Psikomotorik:</p> <p>1. Pasien mampu</p>	<p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Pasien mengungkapkan perasaannya</p> <p>b. Pasien dapat mengungkapkan kemampuan positif yang dimiliki</p>	<p>SP1</p> <p>1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>2. Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang dapat digunakan</p> <p>3. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien</p> <p>4. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih</p> <p>5. Memberikan pujian yang wajar pasien terhadap keberhasilan pasien</p> <p>6. Menganjurkan</p>	<p>1. Diketuinya penyebab akan dihubungkan dengan faktor respirasi yang dialami klien.</p> <p>2. Melakukan nafas dalam membuat lebih nyaman.</p>

	<p>berlatih sesuai kemampuan yang dipilih.</p> <p>2. Pasien mampu memilih kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</p> <p>Afektif:</p> <p>1. Pasien kooperatif.</p> <p>2. Pasien merasa nyaman selama interaksi.</p>		<p>pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	
	<p>Kognitif:</p> <p>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat.</p> <p>2. Pasien mampu latihan kemampuan dan aspek positif ke dua</p>	<p>Kriteria hasil :</p> <p>klien dapat melakukan kemampuan positif kedua yang dimilikinya</p>	<p>SP 2</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Melatih kemampuan kedua</p> <p>3. Mengajarkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan</p>	<p>Mengkonversi energi dapat membantu meluapkan emosi dengan cara yang aman.</p>

	<p>yang dimiliki</p> <p>Psikomotor:</p> <p>1. Pasien mampu berlatih kemampuan kedua sesuai yang dipilih..</p> <p>Afektif:</p> <p>1. Pasien kooperatif.</p> <p>2. Pasien merasa nyaman selama interaksi.</p>			
--	---	--	--	--

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing
Nama Mahasiswa
Judul

: Ns. Dian Fitriani
: Bella Puspita Sari
:

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1.	3/3/23	Penulisan bab - 1 . Penggunaan e. resource dan keadeles	dfp d
2.	13/3/23	Persiapan Pengkajian UTEK	as d
3.	20/03 ²³	Konsul Aturan keperawatan jiwa (utian)	as d
4.	11/4/23	Konsep Persiapan pembuatan BAB. 3 buat bab 1, 2, 3 kumpulannya dari tgl 11/4/23	
5.	14/April/23	Revisi Bab I, tambahkan data penyaji thari penelitian, Celi Typo, perbaiki bab 2, 3.	df
6.	8/mei/2023	perbaiki Bab 2, 3 dan 4 .	df
7.	20/mei/23	perbaiki bab 3 dan 4 r	df
8.	22/mei/23	perbaiki Bab 3 dan 4	df
9.	29/mei/23	perbaiki tali pertajam pembahasan di Bab 3	df
10.	30/mei/2023	perbaiki; Bab 3 pembahasan lebih pembahasan lebih baik .	df
11.	2/juni/2023	perbaiki Bab 3, 4	df
12.	8/juni/2023	perbaiki Bab 3 dan 4	df
13.	9/juni/2023	perbaiki "	df
14.	12/juni/2023	Celi Typo, susunan, persiapkan bidang .	df