ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI SKIZOFRENIA DENGAN HARGA DIRI RENDAH KRONIK DI RUANG BERRY RSKD DUREN SAWIT

KARYA TULIS ILMIAH

DISUSUN OLEH:

TRI ANGGA LIANTO

1031222215

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

FALKUTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN

MEI, 2025

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI SKIZOFRENIA DENGAN HARGA DIRI RENDAH KRONIK DI RUANG BERRY RSKD DUREN SAWIT

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada Program Studi D-III Keperawatan Falkutas Kesehatan Universitas MH. Thamrin

DISUSUN OLEH:

TRI ANGGA LIANTO

1031222215

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

FALKUTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN

MEI, 2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

NAMA	: TRI ANGGA LIANTO
NIM	: 1031222215
Program Studi	: DIII Keperawatan
Institusi	: Universitas MH Thamrin
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia* Dengan Harga Diri Rendah Kronik Di Ruang Berry RSKD Duren Sawit

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau fikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Mengetahui	Jakarta,5 Mei 2025
Pembimbing Utama	Pembuat Pernyataan
(Ns. Suwarningsih,S.Kep.,M.Kep)	(Tri Angga Lianto)

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa oleh pembimbing dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji KTI Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI *SKIZOFRENIA* DENGAN HARGA DIRI RENDAH KRONIK DI RUANG BERRY RSKD DUREN SAWIT

Jakarta, 30 April 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama	Pembimbing Pendamping
(Ns. Suwarningsih, S.Kep., M.Kep)	(Ns. Apriyanti, S.Kep., M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : TRI ANGGA LIANTO

NIM : 1031222215

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia* Dengan Harga Diri Rendah Kronik Di Ruang Berry RSKD Duren Sawit

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Tim Penguji KTI Program Studi D III Keperawatan dan telah dilakukan revisi hasil sidang KTI

TIM PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Dwinara Febrianti, M.,Kep. Sp.Kep. (.....)

Anggota Penguji I : Ns. Suwarningsih, S.Kep., M.Kep (.....)

Anggota Penguji II : Ns. Apriyanti, S.Kep., M.Kep (.....)

Ditetapkan di:

Tanggal:

Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan

Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin

.....

Ns. Neli Husniawati, S.Kep., M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmah ini dengan judul "Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizoprenia* Dengan Harga Diri Rendah Kronik Di Ruang Berry RSKD Duren Sawit ". Karya Tulis Ilmiah ini di susun dalam rangka memenuhi syarat pendidikan gelar Ahli Madya Keperawatan Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas MH Thamrin Jakarta.

Penulis menyadari bahwa dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapatkan bimbingan dan arahan dari berbagai pihak manapun, maka dari itu penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis llmiah dengan tepat waktu. Oleh karena itu, Penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Daeng Mohammad Faqih, SH., MH selaku Rektor Universitas MH Thamrin Jakarta.
2. Bapak Atna Permana, S.Si., M. Biomed., Ph.D. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin Jakarta
3. Ns. Neli Husniawati, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas MH Thamrin.
4. Ns. Suwarningsih, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing Utama dalam penyusunan karya tulis ilmiah saya dan telah meluangakan waktunya untuk membimbing dalam menyelesaikan Karya tulis ilmiah saya dengan benar dan tepat waktu.
5. Ns. Apriyanti, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang sudah membimbing Karya tulis ilmiah saya dengan benar dan tepat waktu.

6. Ns. Dwinara Febrianti, M.,Kep. Sp.Kep.J Selaku penguji yang telah membimbing karya tulis ilmiah.
7. Kepada kedua orang tua saya, ayah anda Suprayudi dan ibunda Supriati yang selalu memberikan doa dan dukungan dalam bentuk apapun sampai saya dapat menyelesaikan Karya tulis Ilmiah ini.
8. Kepada saudara kandung saya, Teguh Prayetno , Dwi Prasutio, Tri Ayu Aprianti, Aulia Pradita Rianti yang selalu mendukung saya.
9. Untuk orang tersayang penulis Novia Dwi Susanti.terima kasih telah berkontribusi menemani,dan meluangkan waktu nya, serta membuat pikiran dan tenaga penulis menjadi semangat dalam penulisan Karya Ilmu Ilmiah ini.
10. Rekan rekan perjuangan saya, Rafael Dava Junior , Fahmi Utomo Aji, Bagus Setiaji, Putri Aulia, Erlen Resti Pandwinata, Muhammad Sendy Andrian, Diza Amanda Putri, Desnia Fadhilah,Amanda Fadila yang sudah menemani saya berjuang.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih menyadari bahwa banyak kekurangan oleh karena itu segala kritik dan saran masih penulis harapkan demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan.

Jakarta, 5 Mei 2025

Tri Angga Lianto

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN ii
LEMBAR PERSETUJUAN iii
LEMBAR PENGESAHAN iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vii
DAFTAR TABEL ix
DAFTAR GAMBAR x
Daftar Lampiran xi
ABSTRAK xii
ABSTRACT xiii
BAB 1 1
PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Batasan Masalah 6
1.3 Rumusan Masalah 6
1.4. Tujuan Penulisan 7
1.5.Manfaat Penulisan 8
1.5.1 Manfaat Teoritis 8
1.5.2 Manfaat Praktis 8
BAB 2 10
TINJAUAN PUSTAKA 10
2.1 Konsep Skizofrenia 10
2.2 Konsep harga diri 18
2.2.1 Definisi Harga Diri Rendah Kronik 18
2.3 Konsep Asuhan keperawatan Harga Diri Rendah Kronik 24
BAB 3 32
METODE PENELITIAN 32
3.1 Desain Penelitian 32
3.2 Batasan Istilah 33
3.2.1 Asuhan Keperawatan 33
3.2.2 Skizofrenia 34
3.2.3 Harga Diri Rendah Kronik 34
3.3 Partisipan 35
3.4 Lokasi Penelitian Dan Waktu Penelitian 35
3.4.1 Lokasi 35
3.4.2 Waktu 35
3.5 Metode Pengumpulan Data 35
3.5.1 Wawancara 35
3.5.2 Observasi 36
3.5.3 Studi Dokumentasi 37
3.6 Uji Keabsahan Data 37
3.7 Analisa Data 37
3.7.1 Pengumpulan Data 37
3.7.2 Meruduksi Data 37

3.7.3 Penyajian Data 38
3.7.4 Kesimpulan 38
3.8 Etika Penelitian 38
3.8.1 *Informed Consent* 38
3.8.2 *Anonimyty* 38
3.8.3 *Confidentialy* 38
3.8.4 *Beneficience* 39
3.8.5 *Justice* 39
3.8.6 *Nonmaleficience* 39
3.8.7 *Veracity* 40
3.8.8 *Fidelity* 40
BAB 4 41
HASIL DAN PEMBAHASAN 41
4.1 Hasil 41
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian 41
4.1.2 Pengkajian 41
4.1.3 Analisa Data 53
4.1.4 Pohon Diagnosis 55
4.1.5 Diagnosa Keperawatan 56
4.1.6 Perencanaan Keperawatan 58
4.1.7 Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan 67
4.2 Pembahasan 80
4.2.1 Pengkajian 80
4.2.2 Diagnosa Keperawatan 85
4.2.3 Intervensi Keperawatan 86
4.2.4 Implementasi Keperawtan 87
4.2.5 Evaluasi keperawatan 90
4.3Faktor Pendukung 91
BAB 5 93
KESIMPULAN DAN SARAN 93
5.1 ..... Kesimpulan 93
5.2 Saran 94
5.2.1 Saran mahasiswa 94
5.2.2 Saran institusi Pendidikan 95
5.2.3 Saran Pasien 95
5.2.4 Saran Bagi Rumah Sakit 95
DAFTAR PUSTAKA 97
A Proses keperawatan 104
B. Strategi Komunikasi 105

DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1Identitas Pasien 41
Tabel 4. 2 Keluhan Utama 42
Tabel 4. 3 Faktor prediposisi 42
Tabel 4. 4 Faktor Prediposisi 43
Tabel 4. 5 Pemeriksaan Fisik 43
Tabel 4. 6Tabel psikososial 45
Tabel 4. 7 Status mental 47
Tabel 4. 8 Kebutuhan persiapan pulang 51
Tabel 4. 9 Mekanisme Koping 51
Tabel 4. 10 Masalah psikososial dan lingkungan 51
Tabel 4. 11 Pengetahuan kurang tentang 52
Tabel 4. 12 Aspek medik 52
Tabel 4. 13 Analisis Data Pasien 1 53
Tabel 4. 14 Analisis Data Pasien 2 54
Tabel 4. 15 Diagnosa Keperawatan 56
Tabel 4. 16 Perencanaan Keperawatan Pasien 1 58
Tabel 4. 17 Perencanaan Keperawatan Pasien 2 62
Tabel 4. 18 Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan Pasien 1 67
Tabel 4. 19 Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan Pasien 2 73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Genogram pasien 1 44
Gambar 4.2 Geogram pasien 2 44
Gambar 4.3 Pohon Masalah Pasien 1 56
Gambar 4.4 Pohon Masalah Pasien 2 56

Daftar Lampiran

Lampiran 1 Penjelasan untuk mengikuti pelatihan 100
Lampiran 2 Informed Consent 101
Lampiran 3 Format pengkajian 103
Lampiran 4 Strategi pelaksanaan 125
Lampiran 5 Lembar revisi KTI 121
Lampiran 6 Lembar konsultasi 123
Lampiran 7 Lembar Hasil Plagiasi.....129

Nama : Tri Angga Lianto
NIM : 1031222215
Judul : Asuhan Keperawatan Pasien yang Mengalami *Skizofrenia* dengan Harga Diri Rendah Kronik di Ruang Berry RSKD Duren Sawit

ABSTRAK

Latar Belakang : *Skizofrenia* merupakan gangguan jiwa berat yang menyebabkan perubahan pola pikir, emosi, dan perilaku, sering kali disertai dengan harga diri rendah kronik. Harga diri rendah memperburuk kondisi pasien dan menghambat proses pemulihan. **Tujuan Penelitian** : yaitu untuk memberikan gambaran asuhan keperawatan secara menyeluruh pada pasien *Skizofrenia* dengan masalah harga diri rendah kronik. **Metode penelitian** : yang digunakan adalah studi kasus dengan melibatkan dua pasien di Ruang Berry, RSKD Duren Sawit. Data diperoleh melalui wawancara, observasi langsung, pemeriksaan fisik, telaah dokumen medis, dan kajian literatur. **Hasil penelitian** : yang didapatkan yaitu kedua pasien menunjukkan gejala harga diri rendah kronik yang konsisten, disertai dengan isolasi sosial, halusinasi, dan perilaku kekerasan. Intervensi dilakukan melalui tahapan SP1 hingga SP4, dengan fokus pada peningkatan harga diri, pelatihan keterampilan sosial, dan dukungan psikososial. **Kesimpulan penelitian** : Harga diri rendah kronik merupakan kondisi psikologis di mana individu memiliki penilaian negatif terhadap diri sendiri secara menetap. Kondisi ini ditandai dengan perasaan tidak berharga, menarik diri dari lingkungan sosial, kesulitan menerima pujian, serta adanya pikiran negatif yang menetap. Peran kemampuan coping sangat penting dalam membantu individu mengatasi perasaan tersebut, seperti melalui penguatan afirmasi positif, dukungan sosial, dan keterlibatan dalam aktivitas bermakna. Perawat berperan dalam menciptakan lingkungan suportif, membantu pasien mengenali kelebihan diri, serta mendorong perubahan positif secara bertahap. **Saran** : yang disampaikan yaitu diperlukan asuhan keperawatan jiwa yang holistik dan berkesinambungan untuk membantu pasien meningkatkan harga diri dan kemampuan sosial mereka.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, *Skizofrenia*, Harga Diri Rendah Kronik.

Daftar Pustaka: XXVIII (2020–2025).

Name : *Tri Angga Lianto*

Student ID : *1031222215*

Title : *Nursing Care for Patients with Schizophrenia and Chronic Low Self-Esteem in Berry Ward, RSKD Duren Sawit*

ABSTRACT

Background : *Schizophrenia is a severe mental disorder that causes disturbances in thinking, emotions, and behavior, often accompanied by chronic low self-esteem. Low self-esteem worsens the patient's condition and hampers the recovery process.* ***Objective :*** *This study aims to provide a comprehensive overview of nursing care for patients with schizophrenia experiencing chronic low self-esteem.* ***Method :*** *A case study method was applied involving two patients in Berry Ward, RSKD Duren Sawit. Data were collected through interviews, direct observation, physical examinations, medical record reviews, and literature studies.* ***Results :*** *Both patients showed consistent symptoms of chronic low self-esteem, accompanied by social isolation, hallucinations, and violent behavior. Interventions were conducted through stages SP1 to SP4, focusing on enhancing self-esteem, social skills training, and psychosocial support.* ***Conclusion :*** *Chronic low self-esteem is a psychological condition in which individuals consistently perceive themselves negatively. It is characterized by feelings of worthlessness, social withdrawal, difficulty accepting praise, and persistent negative thoughts. Coping abilities play a crucial role in managing this condition, including the use of positive affirmations, social support, and engagement in meaningful activities. Nurses play an important role by providing a supportive environment, helping patients recognize their strengths, and encouraging gradual positive change.* ***Suggestion :*** *Holistic and continuous psychiatric nursing care is recommended to support patients in improving their self-esteem and social functioning.*

Keywords: Nursing Care, Schizophrenia, Chronic Low Self-Esteem.
References: XXVIII (2020-2025).

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial, sehingga mampu menyadari potensi diri, mengatasi tekanan, dan berfungsi secara produktif. Kesehatan jiwa merupakan aspek penting dalam kesehatan global. Gangguan jiwa merupakan kondisi dimana seseorang mengalami hambatan dalam memahami kehidupan, menjalin hubungan sosial, serta dalam mengambil keputusan atau bersikap terhadap dirinya sendiri. Di tengah masyarakat, gangguan jiwa dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis, antara lain gangguan jiwa ringan seperti gangguan mental emosional, dan gangguan jiwa berat seperti *Skizofrenia* (Rokhimmah, 2020).

Skizofrenia merupakan salah satu jenis gangguan jiwa berat dimana *Skizofrenia* adalaha jenis psikosis fungsional yang paling serius dan berdampak besar terhadap gangguan kepribadian individu. Penyakit ini telah dikenal sejak zaman dahulu sebagai salah satu gangguan mental yang cukup umum, meskipun pemahaman tentang penyebab dan mekanisme terjadinya masih terbatas. Penderita *Skizofrenia* biasanya mengalami berbagai gangguan, termasuk gangguan dalam proses berpikir, pengendalian emosi, perilaku yang tidak sesuai, serta penurunan fungsi otak yang memengaruhi kemampuan seperti perhatian, konsentrasi, menghitung, dan mengambil keputusan yang secara keseluruhan dikenal sebagai gangguan kognitif (Purwanto, 2020).

Skizofrenia adalah gangguan mental berat yang bersifat kronik, ditandai dengan kesulitan dalam berkomunikasi, gangguan persepsi terhadap realitas, respons emosional yang tidak sesuai atau datar, gangguan fungsi kognitif, serta hambatan dalam menjalani aktivitas sehari-hari (Pardede & Keliat, 2020).

Menurut *World Health Organization* (2022), sekitar 300 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan jiwa, seperti depresi, bipolar, dan demensia, termasuk 24 juta orang yang menderita *Skizofrenia*. Meskipun prevalensi *Skizofrenia* relatif lebih rendah dibandingkan gangguan jiwa lainnya. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) (2023), tercatat ada 315.621 individu di Indonesia yang mengalami *Skizofrenia*, menjadikan Indonesia sebagai negara dengan jumlah penderita terbanyak di dunia. Wilayah Jakarta Timur tercatat pada tahun 2023 jumlah orang dengan gangguan jiwa sebanyak 1.975 menurut data dari Dinas Kesehatan Jakarta Timur (2023).

Individu dengan *Skizofrenia* mengalami gejala positif dan negatif yang secara signifikan mengganggu kemampuan menjalankan kegiatan harian serta menyebabkan penurunan fungsi sosial. Gejala negatif mencakup kesulitan memulai interaksi, ekspresi emosi yang datar atau tidak tampak, kurang motivasi dan perhatian, perilaku pasif, sikap apatis, menarik diri dari lingkungan sosial, serta ketidaknyamanan dalam berhubungan dengan orang lain. Sementara itu, gejala positif meliputi delusi, halusinasi, perilaku gelisah, tindakan yang tidak biasa, sikap agresif, dan gangguan berpikir formal, yang sering kali disertai penilaian negatif terhadap diri sendiri maupun orang lain,

sehingga menimbulkan perasaan rendah diri atau harga diri rendah (Pardede & Keliat, 2020).

Harga diri rendah secara konsisten ditemukan sebagai salah satu aspek yang sering muncul pada berbagai gangguan kejiwaan, seperti gangguan depresi mayor, gangguan kecemasan, serta kecanduan alkohol dan obat-obatan. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa individu dengan gangguan depresi mayor cenderung mengalami penurunan harga diri. Kondisi ini juga dianggap sebagai karakteristik psikologis yang umum pada banyak pasien dengan gangguan mental (Anggit, 2020).

Harga diri rendah kronik menggambarkan pandangan negatif terhadap diri sendiri, termasuk hilangnya kepercayaan diri, merasa tidak berharga, tidak berguna, pesimis, putus asa, dan kehilangan harapan. Beberapa perilaku yang mencerminkan harga diri rendah antara lain: sering mengkritik diri sendiri atau orang lain, penurunan produktivitas, tindakan destruktif terhadap orang lain, kesulitan dalam menjalin hubungan sosial, merasa tidak mampu, merasa bersalah, memiliki pandangan negatif terhadap tubuh sendiri, sering mengeluh secara fisik, menarik diri dari lingkungan sosial, merasa cemas, dan menjauh dari kenyataan (Maulana, 2022).

Pasien dengan harga diri rendah kronik yang tidak mendapatkan penanganan yang tepat dan segera dapat mengalami gangguan jiwa yang lebih serius, seperti isolasi sosial, perubahan persepsi sensorik (halusinasi), kekurangan dalam perawatan diri, hingga risiko tinggi untuk melukai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar. Gangguan harga diri menyebabkan seseorang terjebak dalam perasaan negatif terhadap masa lalunya dan rentan

mengalami depresi saat menghadapi stres, akibat pola pikir buruk tentang diri sendiri, tujuan hidup yang kabur, dan pandangan pesimis tentang masa depan. Semakin rendah harga diri seseorang, semakin besar kemungkinan mereka untuk mengalami gangguan kepribadian (Torres, 2021).

Pasien dengan harga diri rendah umumnya menunjukkan tanda dan gejala seperti merasa tidak mampu, memiliki pandangan hidup yang pesimis, mengalami penurunan dalam produktivitas, menolak atau meragukan kemampuan diri sendiri, serta enggan untuk berinteraksi atau bersosialisasi dengan orang lain. Jika harga diri rendah kronik tidak ditangani secara tepat, hal ini dapat berdampak serius terhadap perkembangan individu. tercatat ada 56 pasien dengan harga diri rendah kronik, yaitu harga diri rendah kronik 15 kasus (4,09%), Penderita cenderung mengalami stagnasi dalam kehidupannya, merasa terasing, dan enggan berinteraksi sosial karena kurangnya rasa percaya diri. Kondisi ini membuat individu menarik diri dari lingkungan sosial, yang pada akhirnya dapat memicu munculnya halusinasi, bahkan perilaku yang merugikan lingkungan sekitar, termasuk potensi melakukan tindakan kekerasan.

Meskipun pasien terlihat menyendiri, tidak menunjukkan ketakutan yang berlebihan, serta dapat berfungsi dalam kelompok dan diterima oleh orang lain, tetap dibutuhkan peran aktif perawat untuk membantu mereka mengatasi keluhan dan kesulitan yang dirasakan. Dalam hal ini, perawat memiliki tanggung jawab untuk menjalankan peran promotif, preventif, terapeutik, dan rehabilitatif dalam menangani permasalahan kesehatan jiwa (Susilaningsih & Sari, 2021).

Perawat memiliki peran penting dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam pelayanan kesehatan, khususnya dalam bidang kesehatan jiwa. Selain itu, perawat juga berperan sebagai edukator atau pendidik yang bertugas meningkatkan derajat kesehatan melalui penyuluhan atau pemberian informasi kepada pasien dan keluarganya. Dalam aspek promotif, perawat berfokus pada kegiatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan jiwa, seperti memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya harga diri, peran dukungan sosial, serta pengaruhnya terhadap proses penyembuhan.

Pada tahap preventif, perawat berusaha mencegah timbulnya gangguan kesehatan mental yang lebih serius. Contohnya adalah dengan mengajarkan mekanisme koping yang sehat untuk membantu pasien menghadapi tekanan atau stres dari lingkungan sosial. Peran kuratif dijalankan melalui tindakan yang bertujuan untuk mencegah memburuknya kondisi pasien. Salah satu bentuknya adalah dengan memberikan dukungan emosional secara langsung menggunakan teknik komunikasi terapeutik seperti mendengarkan secara aktif dan menunjukkan empati. Sedangkan dalam peran rehabilitatif, perawat berkontribusi dalam proses pemulihan pasien melalui layanan kesehatan jiwa yang melibatkan pasien dan keluarganya. Contohnya adalah dengan mengikutsertakan keluarga dalam rehabilitasi psikososial serta memberikan pelatihan agar mereka dapat memberikan dukungan positif kepada pasien (Susanto, 2021).

Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Provinsi Jakarta Timur,pada tahun 2025 tercatat ada 56 pasien dengan harga diri rendah kronik, yang

mencakup 1% dari total pasien. Berdasarkan data yang diperoleh penulis di ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta Timur dari Januari 2024 hingga Januari 2025, tercatat 375 kasus dengan rincian sebagai berikut: gangguan persepsi sensorik, halusinasi sebanyak 158 kasus (42,34%), isolasi sosial 30 kasus (8,19%), defisit perawatan diri 43 kasus (10,92%), perilaku kekerasan sebanyak 129 kasus (34,42%), harga diri rendah kronik 15 kasus (4,09%), risiko bunuh diri 33 kasus (1,7%), dan waham 12 kasus (0,6%).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk menulis karya ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien yang Mengalami *Skizofrenia* dengan Harga Diri Rendah Kronik di Ruangan Berry RSKD Duren Sawit."

1.2 Batasan Masalah

Masalah ini dibatasi pada pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang menderita *Skizofrenia* dengan harga diri rendah kronik di ruang Berry RSKD Duren Sawit.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan data yang diperoleh penulis di ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta Timur dari Januari 2024 hingga Januari 2025, tercatat pasien yang menderita harga diri rendah kronik berjumlah 15 kasus. Sedangkan, berdasarkan data rekam medis di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta sepanjang tahun 2023, dari total 3.520 pasien rawat inap, tercatat sebanyak 48 pasien mengalami gangguan harga diri rendah kronik.

Pasien dengan harga diri rendah cenderung kurang percaya diri dan merasa gagal karena tidak dapat mencapai cita-cita yang diinginkan. Mereka

lebih suka menyendiri, kurang dekat dengan orang lain, tidak efektif dalam berinteraksi dalam kelompok, dan sering kali merasa diterima oleh orang lain. Dengan kondisi tersebut, penulis tertarik untuk mengetahui "Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien *Skizofrenia* dengan Harga Diri Rendah Kronik di RSKD Duren Sawit?".

1.4. Tujuan Penulisan

1.4.1 Tujuan Umum

Secara umum, tujuan dari studi kasus ini adalah dapat melaksanakan "asuhan keperawatan pasien yang mengalami *Skizofrenia* dengan harga diri rendah kronik di Ruang Berry RSKD Duren Sawit".

1.4.2 Tujuan Khusus

Berikut tujuan khusus karya tulis ilmiah ini yaitu:

a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien yang menderita *Skizofrenia* dengan harga diri rendah kronik di ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta.
b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien yang menderita *Skizofrenia* dengan harga diri rendah kronik di ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta.
c. Menyusun intervensi keperawatan untuk pasien yang menderita *Skizofrenia* dengan harga diri rendah kronik di ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta.
d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien yang menderita *Skizofrenia* dengan harga diri rendah kronik di ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta.
e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien yang menderita *Skizofrenia* dengan harga diri rendah kronik di ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta.

1.5.Manfaat Penulisan

1.5.1 Manfaat Teoritis

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memperluas wawasan dalam bidang keperawatan dan menjadi sumber informasi tambahan bagi pendidik serta mahasiswa keperawatan. Selain itu, karya ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang keperawatan jiwa. Dengan demikian, diharapkan dapat meningkatkan minat pendidik dan mahasiswa untuk mengembangkan dan mempelajari intervensi dalam penanganan orang dengan gangguan jiwa.

1.5.2 Manfaat Praktis

a. **Bagi Penulis**

Penulis berharap dapat memperoleh lebih banyak pengetahuan dan pengalaman dalam merawat pasien *Skizofrenia*, khususnya dalam bidang keperawatan jiwa.

b. **Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pembelajaran dengan memberikan informasi baru yang dapat digunakan untuk memperbarui dan meningkatkan materi pendidikan keperawatan. Hal ini dapat mempermudah calon perawat untuk lebih siap dalam merawat pasien.

c. **Bagi Pasien**

Pasien akan mendapatkan manfaat langsung dari perawatan yang lebih baik dan terarah, dengan pemahaman yang lebih dalam tentang kondisi mereka dan perawatan yang diberikan. Pasien akan merasa lebih percaya diri dan nyaman

selama proses pemulihan, sehingga memungkinkan mereka untuk kembali ke aktivitas normal lebih cepat.

d. **Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini dapat membantu perawat pelaksana unit keperawatan jiwa dalam mengambil kebijakan yang lebih baik dalam merawat pasien dengan *Skizofrenia* yang memiliki harga diri rendah.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian *Skizofrenia*

Skizofrenia merupakan gangguan psikiatrik yang ditandai dengan disorganisasi pola pikir dimanifestasikan dengan masalah komunikasi dan kognisi. Gejala *Skizofrenia* meliputi gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif mencakup delusi, halusinasi, sedangkan gejala negatif seperti apatis, afek datar, hilangnya ketidakmampuan minat untuk atau melakukan aktivitas rutin, kemiskinan isi pembicaraan, gangguan dalam hubungan sosial, ditemukan pada pasien dengan harga diri rendah (Rahayu dkk., 2019).

Menurut Indriani et al. (2021), *Skizofrenia* merupakan gangguan yang mempengaruhi otak, yang dapat menyebabkan perubahan pada pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang tidak biasa serta terganggu. *Skizofrenia* tidak bisa dianggap sebagai penyakit tunggal, melainkan lebih sebagai sindrom atau proses penyakit yang mencakup berbagai jenis dengan beragam gejala.

2.1.2 Etiologi *Skizofrenia*

Menurut Videbeck (2020), *Skizofrenia* dapat dipicu oleh 2 faktor, yaitu:

Faktor Predisposisi

a. Faktor biologis

1. Komplikasi kelahiran : bayi laki-laki dengan komplikasi kelahiran sering mengalami *skizofrenia*, hipoksia, perinatal meningkatkan risiko *skizofrenia*.

2. Infeksi : studi menunjukkan bahwa paparan virus menular selama trimester kedua kehamilan meningkatkan risiko skizofrenia seseorang.
3. Hipotesis dopamin : adalah neurotransmitter pertama yang berkontribusi pada gejala skizofrenia. hampir semua antipsikotik, baik tipikal maupun antipikal, memblokir reseptor dopamine D2, memblokir persinyalan dalam sistem dopaminergic, sehingga memperbaiki gejala psikotik. Berdasarkan pengamatan diatas, disimpulkan bahwa gejala skizofrenia disebabkan oleh hiperaktivitas sistem dopaminergik.
4. Hipotesis serotonin : peran serotonin dalam pengobatan skizofrenia muncul kembali setelah studio bat antipsikotik antipikal clozapine, yang memiliki afinitas lebih tinggi untuk reseptor serotonin 5-HT daripada reseptor dopamine D2.
5. Struktur otak : otak penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dari orang normal, ventrikel tampak membesar, materi abu-abu berkurang, dan beberapa area mempercepat atau memperlambat metabolisme.

1. Faktor genetik

Faktor genetik merupakan penyebab utama timbulnya *Skizofrenia*. Anak-anak yang memiliki orang tua kandung yang mengidap *Skizofrenia*, meskipun diadopsi oleh orang tua yang tidak memiliki riwayat *Skizofrenia*, tetap memiliki risiko genetik terhadap kondisi tersebut.

Orang tua kandungnya. Penelitian menunjukkan bahwa anak yang salah satu orang tuanya mengidap *Skizofrenia* memiliki kemungkinan sebesar 15%. Angka ini meningkat menjadi 35% jika kedua orang tua kandungnya menderita *Skizofrenia*.

2. Faktor psikologis

Skizofrenia dapat terjadi akibat kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal, seperti pada anak yang kesulitan membangun rasa percaya, yang pada akhirnya dapat menyebabkan konflik intrapsikis sepanjang hidup. *Skizofrenia* yang parah dapat menyebabkan ketidakmampuan dalam mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas dan ketidakmampuan mengendalikan diri juga merupakan bagian inti dari teori ini.

3. Faktor sosial

Dapat berupa konflik dengan orang dirumah dan tetangga, tidak adanya pekerjaan, jarang bersosialisasi dilingkungan, kurangnya penghasilan dan latar belakang pendidikan yang rendah. Faktor sosial yang mempengaruhi gangguan jiwa skizofrenia yaitu, sosial ekonomi rendah, dan stress lingkungan.

Faktor Presipitasi

a. Biologis

Penyebab stres biologis yang terkait dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi, kelainan pada mekanisme pintu masuk

dalam otak yang menyebabkan ketidak mampuan untuk secara selektif menangapi stimulasi.

b). Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

c). Pemicu

Gejala pemicu adalah precursor dan rangsangan yang sering kali menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya ditemukan pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

2.1.3 Manifestasi Klinis *Skizofrenia*

Menurut Amimi (2020) menjelaskan tanda dan gejala *Skizofrenia* secara umum dibagi menjadi dua kategori, yaitu gejala positif dan negatif.

a. Gejala positif atau gejala nyata, yaitu:
    1. Halusinasi: Persepsi sensori yang salah atau pengalaman yang tidak terjadi dalam kenyataan.
    2. Waham: Keyakinan yang salah dan dipertahankan, yang tidak didasarkan pada kenyataan.
    3. Ekopraksia: Peniruan gerakan dan gestur orang lain yang diamati pasien.
    4. Flight of ideas: Aliran verbal yang terus-menerus, saat individu berpindah dari satu topik ke topik lain dengan cepat.

5. Perseverasi: Terus-menerus membicarakan satu topik atau gagasan, serta pengulangan kalimat, kata, atau frasa secara verbal dan menolak untuk mengubah topik tersebut.

b. Gejala negatif atau gejala samar, yaitu

1. Apati : Perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, dan peristiwa.
2. Alogia : Kecenderungan berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna .
3. Afek datar : Tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi atau mood.
4. Afek tumpul : Rentang keadaan perasaan emosional atau mood yang terbatas.
5. Anhedonia : Merasa tidak senang atau tidak gembira dalam menjalani hidup, aktivitas atau hubungan.
6. Katatonia : Imobilitas karena faktor psikologis, kadang kala ditandai oleh periode agitasi atau gembira, pasien tampak tidak bergerak, seolah – olah dalam keadaaan setengah sadar.
7. Tidak memiliki kemauan : Tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk bertindak atau melakukan tugas – tugas.

2.1.4 Klasifikasi *Skizofrenia*

Menurut Istichomah (2019), *Skizofrenia* diklasifikasikan sebagai berikut:

a. *Skizofrenia* tipe paranoid (F20,0)

Merupakan subtipe yang paling utama, di mana waham dan halusinasi auditorik sangat terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham

kebesaran, di mana individu merasa dikejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.

b. *Skizofrenia* tipe hebefrenik (F20,1)

Cenderung tidak bertanggung jawab dan sulit diprediksi, dengan kecenderungan untuk selalu menyendiri. Perilaku yang ditunjukkan biasanya tidak memiliki tujuan atau perasaan, afek yang tidak wajar, senyum atau tawa sendiri, proses berpikir yang terpecah, dan pembicaraan yang inkoheren.

c. *Skizofrenia* tipe katatonik (F20,2)

Gambaran perilakunya meliputi stupor (kehilangan semangat), kegelisahan, menunjukkan posisi tubuh yang tidak wajar, negativisme (perlawanan), rigiditas (kekakuan tubuh), fleksibilitas area, mematuhi perintah otomatis, dan pengulangan kalimat yang tidak jelas.

d. *Skizofrenia* tipe tak terinci (F20,3)

Memiliki halusinasi, waham, dan gejala psikosis aktif yang menonjol (misalnya kebingungan, inkoheren), atau memenuhi kriteria untuk beberapa tipe lain namun tidak dapat dikategorikan secara spesifik.

2.1.5 Penatalaksanaan *Skizofrenia*

Penatalaksanaan diagnosa medis *Skizofrenia*, yaitu:

a. Psikofarmakologi Menurut Muslim (2014) jenis obat psikofarmaka, dibagi dalam 2 golongan yaitu:

1) Golongan generasi pertama (typical) Obat yang termasuk golongan generasi pertama, misalnya:

a) Phenothiazine :

1. Rantai Aliphatic : Chlorpomazine (Largactil)

2. Rantai Piperazine : Perphenazine (Trilafon), Trifluoperazine (Stelazine), Fluphenazine (Anatensol)

3. Rantai Piperidine : Thioridazine (Melleril)

b) Butyrophenone : Haloperidol (Haldol, Serenace, dll)

c) Diphenyl-butyl-piperidine : Piomozide (Orap)

2) Golongan kedua (atypical)

a) Benzamide : Sulpride (Dogmatil)

b) Dibenzodiazepine : Clozapine (Clozaril), Olanzapine (Zyprexa), Quetiapiene (Seroquel), Zotepine (Lodopin)

c) Benzisoxazole : Risperidon (Risperdal), Aripiprazole (Abilify)

b. Psikotherapi

Terapi kejiwaan atau psikoterapi pada pasien, baru dapat diberikan apabila pasien dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas sudah kembali pulih dan pemahaman diri sudah baik. Psikotherapi pada pasien dengan gangguan jiwa adalah berupa terapi aktivitas kelompok (TAK).

c. Terapi somatik Beberapa jenis terapi somatik, yaitu:

1) Restrain Restrain adalah terapi dengan menggunakan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik pasien (Riyadi dan Purwanto, 2015).

2) Seklusi Seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung pasien dalam ruangan khusus (Riyadi dan Purwanto, 2015).

3) Foto therapy atau therapi cahaya Foto terapi atau sinar adalah terapi somatik pilihan. Terapi ini diberikan dengan memaparkan pasien sinar terang (5-20 kali lebih terang dari sinar ruangan) (Riyadi dan Purwanto, 2015).

4) ECT (Electro Convulsif Therapie) adalah suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada penderita baik tonik maupun klonik (Riyadi dan Purwanto, 2015).

d. Rehabilitasi merupakan suatu kelompok atau komunitas dimana terjadi interaksi antara penderita dan dengan para pelatih (sosialisasi), pada masa rehabilitasi ini juga pasien dapat diberikan terapi nafas dalam.

a. Definisi Konsep Diri

Konsep diri adalah persepsi seseorang terhadap dirinya sendiri, termasuk penilaian terhadap kemampuan dan pencapaian fisik yang dimilikinya. Dalam kehidupan sehari-hari, konsep diri memiliki peran penting dalam proses pengembangan diri. Individu yang mengalami konsep diri rendah memerlukan perhatian serta penanganan khusus, salah satunya dengan mendorong terbentuknya konsep diri yang lebih positif agar terjadi perubahan ke arah yang lebih baik dalam dirinya (Ranny, 2017).

b. Jenis Konsep Diri

Konsep diri terbagi menjadi beberapa komponen utama, yaitu:

1. Citra Diri (Body Image)

   Merupakan persepsi seseorang terhadap tubuhnya sendiri, termasuk penampilan fisik, fungsi tubuh, dan kondisi kesehatannya.

2. Ideal Diri (Ideal Self)

   Merupakan gambaran tentang diri yang diharapkan atau dicita-citakan oleh seseorang. Ideal diri berhubungan dengan tujuan, aspirasi, dan standar yang ingin dicapai.

3. Harga Diri (Self-Esteem)

   Merupakan penilaian individu terhadap seberapa berharga dirinya. Harga diri berkaitan dengan rasa percaya diri, penerimaan diri, serta penghargaan terhadap diri sendiri.

4. Identitas Diri (Personal Identity)

   Merupakan pemahaman seseorang tentang siapa dirinya, termasuk nilai-nilai pribadi, kepercayaan, dan karakteristik unik yang membedakan dirinya dari orang lain.

5. Peran Diri (Role Performance)

   Merupakan bagaimana individu menjalankan peran-peran sosial dalam kehidupannya, seperti peran sebagai anak, orang tua, pekerja, atau teman.

2.2 Konsep harga diri

2.2.1 Definisi Harga Diri Rendah Kronik

Harga diri rendah dapat digambarkan sebagai pandangan negatif, terhadap diri sendiri yang mencakup perasaan lemah, tidak berdaya, putus asa, takut, rentan, rapuh, tidak lengkap, tidak berharga, dan merasa tidak mampu (Munandar, 2022). Sehingga itu, harga diri rendah juga mencakup perasaan tidak berdaya, gagal, pesimis, menarik, diri atau isolasi sosial, putus asa, dan merasa bersalah dalam menghadapi sesuatu (Febriyanti, 2022). Oleh karena itu, harga diri rendah dapat didefinisikan sebagai kondisi di mana individu mengalami kesulitan dalam menilai kemampuan diri sendiri yang menyebabkan hilangnya rasa percaya diri akibat evaluasi yang negatif dan berkelanjutan dalam jangka waktu yang lama.

Jenis-jenis harga diri rendah kronik menurut Nurhalimah, (2016) :

a. Harga Diri Rendah Situasional

Terjadi akibat pengalaman atau kejadian tertentu yang bersifat sementara, seperti kegagalan, kehilangan, atau penolakan. Meskipun dinamakan *situasional*, jika tidak ditangani, dapat berkembang menjadi harga diri rendah kronik.

b. Harga Diri Rendah Akibat Internal

Muncul dari dalam diri sendiri, misalnya karena perasaan bersalah, rasa malu berlebihan, ketidakmampuan menerima kekurangan diri, atau adanya gangguan pola pikir negatif tentang diri sendiri.

c. Harga Diri Rendah Akibat Eksternal

Disebabkan oleh faktor dari luar, seperti kritik yang terus-menerus dari orang lain, pengalaman bullying, pelecehan, penolakan sosial, atau kurangnya dukungan emosional dari lingkungan.

d. Harga Diri Rendah yang Berkaitan dengan Peran Sosial

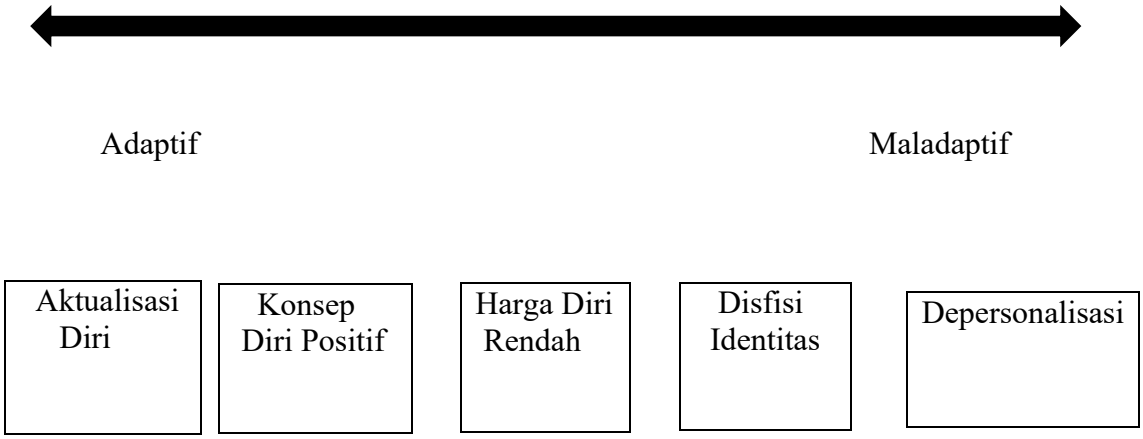
Terjadi ketika seseorang merasa gagal menjalankan peran-peran sosialnya, seperti peran sebagai orang tua, pasangan, pekerja, atau anggota masyarakat. Kegagalan ini membuat individu merasa tidak berguna dan tidak dihargai.

e. Harga Diri Rendah yang Berkaitan dengan Citra Diri

Berkaitan dengan ketidakpuasan terhadap penampilan fisik, kesehatan tubuh, atau kemampuan fungsional. Ini umum terjadi pada orang yang mengalami penyakit kronik, disabilitas, atau perubahan fisik.

2.2.2 Rentang Respon Konsep Diri

Rentang respon terhadap konsep diri dapat dijelaskan sebagai berikut, berdasarkan pendapat G.W. Stuart (2016) dalam kutipan yang diambil dari Karim (2022).



Berdasarkan rentang respon, penjelasan dapat disampaikan sebagai berikut:

a. Rentang Respon: Adaptif mencerminkan kemampuan seseorang dalam menghadapi dan mengatasi masalah yang ada. Ada dua aspek penting dalam hal ini:

   1. Aktualisasi diri

   Pengungkapan diri secara positif mencakup konsep diri, yang meliputi identitas diri, peran diri, harga diri, ideal diri, dan citra diri yang dibentuk berdasarkan pengalaman yang dapat diterima.

2. Konsep Diri Positif

   Melibatkan pengalaman yang positif dalam mengaktualisasikan potensi diri, kemampuan untuk mengenali baik aspek positif maupun negatif dari diri sendiri, serta usaha untuk mengoptimalkan aspek-aspek positif tersebut.

b. Rentang Respon Maladaptif: Terjadi saat individu tidak mampu mengatasi dan menyelesaikan masalah yang dihadapinya, sehingga merespons dengan cara yang tidak tepat atau tidak sesuai.

1. Harga Diri Rendah

   Individu dengan harga diri rendah cenderung memiliki pandangan negatif terhadap diri sendiri, merasa tidak mampu, dan merasa inferior dibandingkan dengan orang lain.

2. Kerancuan Identitas

   Individu yang mengalami kerancuan identitas merasa kesulitan dalam menetapkan tujuan hidup atau merasakan ketidakjelasan mengenai identitas diri mereka.

3. Depersonalisasi(Tidak Mengenal Diri)

   Menurut Juliasari, (2018), Individu yang mengalami depersonalisasi kesulitan dalam mengenali dirinya sendiri, menghadapi tantangan dalam menjalin hubungan yang sehat dengan orang lain, serta memiliki rasa percaya diri yang rendah.

2.2.3 Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah

Menurut Septina (2020), tanda dan gejala yang sering muncul pada pasien dengan harga diri rendah ditandai dengan:

a.Data Subjektif

1. Penilaian diri yang buruk
2. Perasaan rendah diri yang berlebihan
3. Merasa tidak mampu dalam segala hal
4. Selalu merasa salah

5. Cenderung berpikiran negatif terhadap diri sendiri
6. Pesimisme terhadap kehidupan
7. Kritis terhadap diri sendiri
8. Merasa takut dan cemas dalam menghadapi situasi
9. Menolak atau menghindari pujian positif

b.Data Objektif

1. Berbicara dengan pelan dan suara rendah
2. Tidak berani menatap lawan bicara
3. Sering menundukkan kepala
4. Menarik diri dari pergaulan sosial
5. Menunjukkan perasaan bersalah, minta maaf, atau malu
6. Ekspresi wajah yang datar
7. Mudah tersinggung dan cepat marah

2.2.4 Mekanisme Koping

Sutejo (2023) menjelaskan mekanisme koping yang umum dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Kegiatan untuk menghindari krisis sementara, seperti menggunakan obat-obatan, bekerja keras,atau menonton televisi tanpa henti

b. Tindakan untuk mengubah identitas secara sementara, seperti bergabung dengan kelompok sosial, politik, atau keagamaan.

c. Kegiatan yang memberikan dukungan sementara, seperti mengikuti kompetisi atau kontes.

d. Tindakan untuk mencoba meredakan identitas negatif sementara, contohnya dengan penyalahgunaan obat-obatan.

Jika mekanisme koping jangka pendek tidak efektif, individu akan beralih ke mekanisme koping jangka panjang. Mekanisme koping jangka panjang ini melibatkan individu yang menutupi identitasnya, yaitu keadaan di mana seseorang dengan cepat mengambil identitas yang berbeda.

Individu cenderung mencari penerimaan dari orang-orang yang dianggap penting tanpa memperhatikan potensi dirinya. Selain menutupi identitas, mekanisme koping jangka panjang lainnya adalah identitas negatif, yaitu pandangan terhadap identitas yang tidak sesuai dengan perasaan diri, seperti kecemasan dan rasa bersalah.

2.2.5 Penatalaksanaan Harga Diri Rendah

Menurut Afnuhazi (2015) penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan harga diri rendah kronik antara lain :

a. Farmakologi: Terapi medis untuk harga diri rendah ini lebih fokus pada penggunaan obat-obatan dari golongan antidepresan. Obat-obat ini bekerja dengan cara memblokir pengambilan kembali neurotransmiter norepinefrin dan serotonin, yang dapat membantu meningkatkan konsentrasi pada penderita.
b. Terapi Elektrokonvulsif: Juga dikenal sebagai terapi kejut, ECT adalah pengobatan medis modern yang melibatkan pemberian rangsangan elektrik pada otak.
c. Terapi Supportif,bertujuan untuk memberikan dukungan, motivasi, dan semangat agar penderita tidak merasa putus asa. Salah satu bentuk terapi yang dapat dilakukan adalah terapi kognitif yang berfokus pada identifikasi masalah dan solusi yang tepat.

d. Terapi Manipulasi Lingkungan,adalah terapi yang bersifat terapeutik dan dapat berupa aktivitas-aktivitas yang mendukung proses penyembuhan. Lingkungan memiliki peran yang sangat besar dalam mempengaruhi kesembuhan pasien dengan gangguan jiwa.

Tujuan dari terapi ini adalah untuk membantu pasien membangun rasa harga diri serta kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain, mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat, dan belajar untuk mempercayai orang lain.

2.3 Konsep Asuhan keperawatan Harga Diri Rendah Kronik

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian konsep diri adalah proses pengumpulan data untuk mengetahui bagaimana seseorang memandang, menilai, dan menerima dirinya sendiri.

Pengkajian ini penting karena gangguan konsep diri bisa mempengaruhi kesehatan mental, perilaku, dan hubungan sosial klien.

Menurut Stuart dan Sundeen (2016), pengkajian konsep diri dilakukan dengan menilai tiga komponen utama:

a.Identitas klien mencakup: nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor rekam medis, dan alamat.

b.Identitas penanggung jawab mencakup: nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat, serta hubungan dengan klien.

c.Alasan masuk :

Mengevaluasi alasan mengapa klien dibawa ke Klinik Nur Illahi Assanie serta gangguan yang dialami sebelum dibawa ke klinik tersebut.

d. Faktor Predisposisi:

1. Klien biasanya memiliki riwayat gangguan jiwa dan belum berhasil dalam pengobatan sebelumnya.
2. Klien pernah mengalami kekerasan fisik, penolakan, dan perlakuan kasar dalam lingkungan keluarga.
3. Klien yang memiliki gangguan orientasi cenderung bersifat keturunan.
4. Klien pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu.

e. Faktor Prespitasi:

1. Biologi: Faktor-faktor seperti genetik, gizi, kesehatan umum, dan kerentanan biologis.
2. Psikologi: Kecerdasan, kemampuan berbahasa, serta pengalaman masa lalu.
3. Sosial budaya: Usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, status sosial, latar belakang budaya, agama dan kepercayaan, partisipasi politik, pengalaman sosial, serta peran sosial.
4. Penilaian Stresor: Dimulai dengan perspektif kognitif, yaitu bagaimana pasien memandang stresor yang dihadapinya, kemudian dari sudut emosional, yaitu bagaimana perasaan pasien, serta dari sudut fisiologis, yaitu bagaimana reaksi fisik pasien terhadap stresor tersebut.

5. Mekanisme Koping: Mencakup pertahanan koping jangka pendek dan jangka panjang, serta kemampuan individu untuk melindungi diri dalam menghadapi tekanan, termasuk penggunaan

Perawat mengumpulkan data mengenai status kesehatan pasien dengan cara yang sistematis dan berkesinambungan, memastikan keakuratan data yang diperoleh. Rasional dari pengkajian keperawatan ini adalah untuk mengidentifikasi aspek-aspek penting dalam asuhan keperawatan yang dapat digunakan untuk menetapkan data dasar mengenai tingkat kesehatan pasien, yang kemudian digunakan untuk merumuskan masalah pasien dan rencana tindakan perawatan.

Berikut adalah kriteria pengkajian:

Data dikumpulkan melalui anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi hasil pemeriksaan penunjang.

a. Data yang dikumpulkan berasal dari pasien, keluarga, serta pihak terkait seperti tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lainnya.

b.Data difokuskan untuk mengidentifikasi:

1. Status kesehatan pasien di masa lalu.
2. Status kesehatan pasien saat ini.

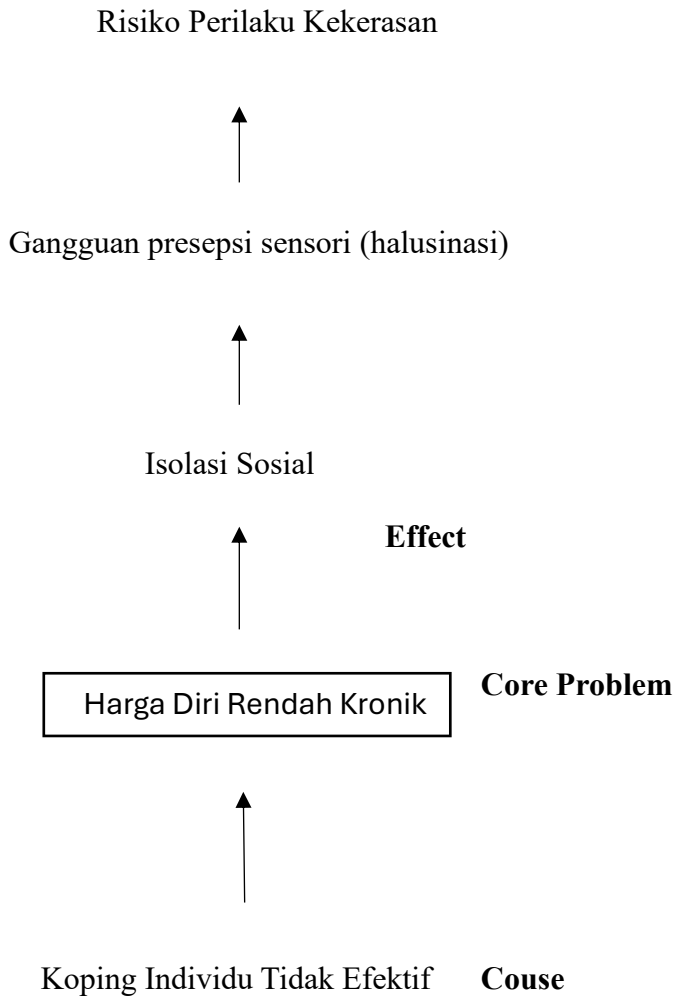
3. Status biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pasien.

4. Cara pasien merespons terapi.
5. Harapan pasien terkait dengan tingkat kesehatan yang baik.
6. Berbagai risiko tinggi yang terkait dengan masalah pasien.

Menurut Sutejo (2023) mengutip penelitian Nursalam (2008), yang menjelaskan bahwa dalam proses pengkajian keperawatan, perawat

dapat menganalisis pola perubahan perilaku terkait ketidakefektifan respon pasien atau respon adaptif pasien yang membutuhkan dukungan. Jika ditemukan respon maladaptif yang tidak efektif, perawat akan melakukan pengkajian lanjutan. Pada tahap ini, perawat mengumpulkan data terkait stimulus fokal, kontekstual, serta faktor-faktor yang memengaruhi pasien. Proses ini bertujuan untuk mengklarifikasi penyebab masalah yang dihadapi pasien.

2.3.2 Pohon Diagnosa



Gambar : Mukhripah D& Iskandar (2020)

Masalah utama pada gambar pohon diagnosa yang di atas yaitu merupakan harga diri rendah yang disebabkan pada pasien,menderita harga diri rendah dikarenakan koping individu tidak efektif,pasien dengan harga diri rendah tidak akan mendapatkan yaitu asuhan keperawatan dengan baik dan maka selalu menyebabkan isolasi sosial menurut Mukhripah D& Iskandar(2017)

2.3.3 Diagnosis Keperawatan

Masalah keperawatan merujuk pada diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang ditegakan menurut Yosep dan Titin (2020)

Yaitu:

1. Harga Diri Rendah Kronik
2. Isolasi Sosial
3. Koping Individu Efektif

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia yang diuraikan oleh Damayanti (2019), yaitu:

a. Sp 1Pasien

Perawat memperkenalkan diri dan membangun hubungan saling percaya dengan pasien, serta membantu pasien untuk mengenali kemampuan yang dimilikinya selama masa sakit. Kriteria hasilnya adalah pasien dapat menunjukkan ekspresi wajah yang ramah, melakukan kontak mata, bersedia berjabat tangan, menjawab

salam, menyebutkan nama, duduk berdampingan dengan perawat, serta bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapinya. Pasien diharapkan dapat membangun hubungan saling percaya, mengenali kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, serta menilai potensi diri yang dapat meningkatkan kesejahteraan mereka.Pasien dapat menilai kemampuan yang dimiliki dan memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan tersebut, serta dapat menjadwalkan kegiatan tersebut dua kali sehari.

b.Sp 2 pasien

Mengevaluasi kemampuan pasien berdasarkan kegiatan yang telah dipilih, dengan dua kegiatan yang dilakukan. Kriteria hasilnya: Mengevaluasi SP 1, di mana pasien mampu menilai kemampuan yang telah dipilih sesuai dengan kemampuannya, melatih kegiatan kedua yang dipilih, dan menjadwalkannya dalam rutinitas harian pasien.

c.Sp 3 Pasien

Melakukan kegiatan lanjutan yang telah dipilih pasien sesuai dengan kemampuannya. Kriteria hasilnya: Pasien mampu mengevaluasi kegiatan pertama, kedua, dan ketiga, memilih jadwal kegiatan yang sesuai dengan kemampuan, lalu memasukkan kegiatan tersebut dalam jadwal harian pasien.

d.Sp 4 Pasien

Mengevaluasi kegiatan yang dimulai dari SP 1, SP 2, dan SP 3, serta melanjutkan ke kegiatan berikutnya di SP 4. Kriteria hasilnya: Pasien mampu mengevaluasi kegiatan pertama, kedua, dan ketiga, mengidentifikasi aspek positif yang ada, memilih jadwal keempat sesuai dengan kemampuan, dan memasukkannya ke dalam jadwal harian pasien.

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana yang telah dibuat. Namun, dalam praktiknya, pelaksanaan seringkali berbeda dengan yang direncanakan, karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis saat melaksanakan tindakan keperawatan. Oleh karena itu, perawat perlu memvalidasi secara singkat apakah rencana tindakan tersebut masih relevan dan dibutuhkan oleh klien sesuai dengan kondisinya saat itu *(here and now*). Selain itu, perawat juga perlu menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikalnya sudah sesuai untuk melaksanakan tindakan tersebut, serta memastikan apakah tindakan tersebut aman bagi klien. Jika tidak ada hambatan, maka tindakan keperawatan dapat dilaksanakan (Rokhimma & Rahayu, 2020).

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan yang dilakukan. Evaluasi keperawatan merupakan proses berkelanjutan untuk menilai hasil dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien, yang dilakukan secara terus-menerus untuk melihat apakah respons klien semakin membaik (Muhith, 2015). Evaluasi keperawatan dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai berikut:

a. **S (Subjektif)**: Respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.
b. **O (Objektif)**: Respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

c. **A (Assessment)**: Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada, muncul masalah baru, atau terdapat data yang bertentangan dengan masalah yang ada.

d. **P (Planning)**: Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien atau rencana tindakan selanjutnya yang dapat dilakukan.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Menurut Nursalam (2020), desain atau rancangan penelitian merupakan komponen yang sangat penting dalam proses penelitian. Istilah "rancangan penelitian" digunakan dalam dua konteks. Pertama, sebagai metode untuk mengidentifikasi masalah sebelum merancang proses pengumpulan data secara menyeluruh. Kedua, rancangan penelitian merujuk pada struktur keseluruhan dari penelitian yang akan dilakukan.

Dalam penelitian ini, penulis menerapkan metode studi kasus. Studi kasus adalah pendekatan penelitian yang mendalami satu unit secara menyeluruh, seperti individu (pasien), keluarga, kelompok, komunitas, atau suatu institusi. Meskipun subjek yang diteliti relatif sedikit, jumlah variabel yang dikaji sangat banyak. Oleh karena itu, penting untuk memahami semua variabel yang berkaitan dengan permasalahan penelitian (Nursalam, 2020).

Penelitian yang dilakukan dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan pendekatan studi kasus, yaitu suatu studi yang bertujuan untuk menggali masalah terkait asuhan keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan masalah harga diri rendah yang bersifat kronik di ruang Berry RSKD Duren Sawit, dengan mengaplikasikan langkah-langkah dalam proses keperawatan. Metode

pengambilan data dalam penelitian ini meliputi pemeriksaan fisik, observasi, wawancara, dan dokumentasi keperawatan.

Studi kasus adalah bentuk penelitian yang dilakukan secara mendalam terhadap satu unit tertentu, seperti individu, keluarga, kelompok, komunitas, atau lembaga. Meskipun jumlah subjek yang diteliti terbatas, namun variabel yang dianalisis cukup banyak dan beragam. Oleh karena itu, memahami seluruh variabel yang berkaitan dengan permasalahan penelitian menjadi hal yang sangat penting (Nursalam, 2020).

3.2 Batasan Istilah

Agar tidak terjadi kesalahpahaman terhadap judul penelitian, peneliti perlu memberikan penjelasan mengenai maksud dari judul penelitian "Asuhan keperawatan pasien yang mengalami *Skizofrenia* dengan harga diri rendah kronik di ruang Berry RSKD Duren Sawit". Penyusunan studi kasus dalam penelitian ini akan menguraikan tentang:

3.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merujuk pada berbagai tindakan atau kegiatan yang dilakukan dalam praktik keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) (Hidayat, 2020). Asuhan keperawatan adalah sebuah proses atau serangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang dilakukan langsung kepada pasien di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, dengan pelaksanaan yang mengikuti kaidah profesi keperawatan dan menjadi inti dari praktik tersebut.

3.2.2 Skizofrenia

Skizofrenia yaitu gangguan mental yang serius, yang ditandai dengan gangguan yang mendalam dalam pola pikir, yang memengaruhi bahasa, persepsi, dan rasa diri. Gangguan ini mencakup pengalaman psikotik, seperti mendengar suara atau delusi, yang dapat mengganggu proses belajar, pekerjaan, serta kegiatan sehari-hari (WHO, 2019). *Skizofrenia* merupakan gangguan jiwa berat yang bersifat kronik, ditandai dengan gangguan dalam komunikasi, distorsi realitas, efek emosional yang tumpul, gangguan fungsi kognitif, dan kesulitan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari (Pardede & Keliat, 2020).

3.2.3 Harga Diri Rendah Kronik

Harga diri rendah secara konsisten ditemukan sebagai salah satu aspek yang sering muncul pada berbagai gangguan kejiwaan, seperti gangguan depresi mayor, gangguan kecemasan, serta kecanduan alkohol dan obat-obatan. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa individu dengan gangguan depresi mayor cenderung mengalami penurunan harga diri. Kondisi ini juga dianggap sebagai karakteristik psikologis yang umum pada banyak pasien dengan gangguan mental.

Harga diri rendah kronik adalah suatu penilaian diri yang negatif atau perasaan yang tidak baik terhadap diri sendiri atau kemampuan yang dimiliki, yang berlangsung setidaknya selama tiga bulan (Keliat, 2020). Harga diri rendah kronik merujuk pada evaluasi diri yang negatif dan berlangsung lama, atau perasaan buruk

tentang diri sendiri dan kapasitas yang dimiliki. Kondisi harga diri rendah yang berlangsung terus-menerus ini dapat dikategorikan sebagai masalah kesehatan mental yang serius, karena dapat memicu timbulnya berbagai masalah lainnya, terutama yang berkaitan dengan kesehatan jiwa (Ruswandi, 2021).

3.3 Partisipan

Peserta atau subjek dalam penelitian ini terdiri dari dua pasien yang didiagnosis menderita *Skizofrenia* dengan kondisi harga diri rendah kronik, yang dirawat di ruang Berry RSKD Duren Sawit.

3.4 Lokasi Penelitian Dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Kasus penelitian ini dilaksanakan di RSKD Duren Sawit, tepatnya di ruang Berry, yang beralamat di Jl. Duren Baru No. 02, Jakarta Timur.

3.4.2 Waktu

Pasien 1 dilakukan penelitian selama 3 hari dimulai pada tanggal 10 Februari hingga 12 Februari 2025, sedangkan pasien 2 dilakukan penelitian selama 3 hari dimulai pada tanggal 13 Februari hingga 15 Februari 2025. Penelitian ini dilaksanakan selama 6 hari, dimulai dari tanggal 10 Februari 2025 hingga 15 Februari 2025.

3.5 Metode Pengumpulan Data

3.5.1 Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan melalui interaksi, pertanyaan, dan pendengaran terhadap informasi yang disampaikan secara lisan oleh responden atau partisipan. Wawancara dalam konteks pengumpulan data bukanlah percakapan biasa antara dua orang atau lebih, melainkan sebuah interaksi yang direncanakan dengan tujuan yang jelas, yaitu untuk memperoleh data yang relevan dengan tujuan penelitian (Kusuma, 2019). Dalam penelitian karya ilmiah ini, hasil anamnesis yang diperoleh mencakup identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat pengobatan, serta tenaga medis lain yang terlibat. Wawancara dilakukan selama kurang lebih 20 menit secara lisan, dengan mempertimbangkan kondisi pasien saat pengkajian serta menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan yang telah ditentukan.

3.5.2 Observasi

Metode observasi adalah proses pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati secara langsung aktivitas responden atau partisipan yang telah direncanakan sebelumnya (Kusuma, 2019). Dalam penelitian ini, observasi dilakukan dengan mengamati perilaku serta melakukan pemeriksaan fisik pada pasien yang menderita *Skizofrenia* dengan harga diri rendah kronik.

3.5.3 Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dalam penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data kualitatif dengan cara menganalisis dan membandingkan hasil dokumentasi keperawatan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dalam penelitian ini dilakukan dengan mengumpulkan informasi dari pasien, perawat ruangannya, serta keluarga yang terkait dengan masalah yang diteliti. Selain itu, pengamatan dilakukan selama 6 hari untuk memperoleh data yang memiliki tingkat validitas yang tinggi.

3.7 Analisa Data

3.7.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi (WOD). Data yang diperoleh kemudian dicatat dalam bentuk catatan lapangan dan selanjutnya dipindahkan ke dalam bentuk transkrip.

3.7.2 Meruduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan disusun dalam struktur tertentu dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Data tersebut kemudian dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik dan dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian ini dilakukan melalui teks naratif, tabel, diagram, serta gambar. Kerahasiaan data pasien dijaga dengan cara menginisialisasi identitas pasien.

3.7.4 Kesimpulan

Data yang telah disajikan kemudian dianalisis dan dibandingkan secara teoritis dengan hasil penelitian terkait perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan berdasarkan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 *Informed Consent*

Informed Consent merupakan persetujuan yang diberikan antara peneliti dan pasien yang menjadi objek kajian, baik secara tertulis maupun lisan. Informed Consent diberikan sebelum penelitian dimulai, dengan cara menjelaskan tujuan penelitian dan memberikan lembar persetujuan untuk ditandatangani.

3.8.2 *Anonimyty*

Anonimitas merujuk pada kerahasiaan identitas responden yang harus dilindungi oleh peneliti, yang hanya digunakan untuk keperluan penelitian, cukup dengan menggunakan inisial, nomor, atau kode.

3.8.3 *Confidentialy*

Kerahasiaan (*Confidentiality*) adalah prinsip etika yang mengharuskan peneliti untuk menjaga dan memastikan bahwa semua data atau informasi yang berkaitan dengan kasus atau kondisi pasien tetap terjaga kerahasiaannya. Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

3.8.4 *Beneficience*

Beneficence adalah prinsip yang mengharuskan peneliti untuk melakukan tindakan yang bermanfaat, guna mencegah kesalahan atau bahaya. Peneliti memberikan nasihat kepada pasien mengenai program latihan untuk meningkatkan kesehatan secara keseluruhan, serta memberi peringatan untuk tidak melakukan tindakan tertentu jika ada risiko yang dapat membahayakan.

3.8.5 *Justice*

Nilai ini diterapkan dalam praktik profesional ketika perawat berusaha memberikan pengobatan yang tepat, sesuai dengan hukum, standar praktik, dan keyakinan yang benar, untuk memastikan tercapainya pelayanan medis yang berkualitas.

3.8.6 *Nonmaleficience*

Prinsip ini diterapkan untuk mencegah terjadinya kerugian baik fisik maupun psikis pada pasien.

3.8.7 *Veracity*

Kebenaran merupakan dasar untuk membangun hubungan yang saling percaya. Pasien memiliki hak atas otonomi dan karenanya berhak memperoleh informasi yang ingin mereka ketahui. Kebenaran merupakan dasar untuk membangun hubungan yang saling percaya. Pasien memiliki hak atas otonomi dan karenanya berhak memperoleh informasi yang ingin mereka ketahui.

3.8.8 *Fidelity*

Tanggung jawab utama perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan memulihkan kondisi pasien. Untuk mencapai tujuan ini, perawat harus berkomitmen untuk memenuhi janji mereka dan menghormati komitmen yang telah diberikan kepada orang lain.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Peneliti akan menjabarkan terkait Asuhan keperawatan pada pasien yang menderita *Skizofrenia* dengan Harga Diri Rendah Kronik di Ruang Berry RSKD Duren Sawit

4.1.2 Pengkajian

Proses pengambilan data ini dilakukan pengkajian di RSKD Duren Sawit tepatnya di ruangan Berry. Pengkajian dilakukan pada 2 pasien yaitu pada Tn. A dilakukan pada tanggal 10 Februari hingga 12 Februari, sedangkan Tn.O dilakukan pada tanggal 13 Februari hingga 15 Februari 2025.

a) Identitas pasien

Tabel 4. 1dentitas Pasien

NO.	IDENTITAS PASIEN	PASIEN 1	PASIEN 2
1.	Nama	Tn. A	Tn. O
2.	Umur	36 tahun	35 tahun
3.	Agama	Islam	Islam
4.	Pendidikan	SD	SD
5.	Pekerjaan	Belum bekerja	Pedagang
6.	Status perkawinan	Belum menikah	Belum menikah

b. Keluhan Utama

Tabel 4. 2 Keluhan Utama

PASIEN 1	PASIEN 2
Pasien mengatakan dimarahi oleh bapaknya karena sering menyetel lagu metal atau rock, Pasien mengatakan dipukul karena bapak nya keberisikan, pasien selama di RS tidak pernah beraktivitas, pasien bercerita dijauhkan oleh temen karena di bilang stress lagu metal atau rock, pasien memiliki riwayat halusinasi pasien mengalami halusinasinya sering terjadi 2x sehari sore hari dan malem hari	Pasien mengatakan ia sangat pusing melihat bapak dan ibu sering bertengkar pasien dibawa ke rumah sakit duren sawit karena banting banting barang di depan bapak dan ibu nya karena berisik serta malu sama tetangga sekitar nya dan pasien selalu di dalam kamar karena malu karena melihat sikap ibu dan bapaknya sering bertengkar. Pasien mengatakan punya rasa trauma dari kejadian tersebut, pasien memiliki riwayat halusinasi mendengar suara bapaknya'kamu bukan keluarga saya. Pasien mengatakan sering terjadi 2x sehari suara di sore hari dan malem hari pasien tahu cara menghardik halusinasi

c. Faktor Prediposisi

Tabel 4. 3 Faktor prediposisi

FAKTOR PREDIPOSISI	PASIEN 1	PASIEN 2
Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu	Pasien mengatakan sudah kedua Kalinya datang ke RSKD Duren Sawit	Pasien mengatakan baru pertama kali datang ke RSKD Duren Sawit
Pengobatan Sebelumnya	Pasien mengatakan pernah pertama kali mengalami pengobatan di RSKD Duren Sawit karena kurang berhasil,pasien mengatakan males minum obat-obatan karena tidak tau jadwal dan jamnya kapan dia minum	Pasien mengatakan baru pertama kali berhasil pengobatan di RSKD Duren Sawit
Aniaya Fisik	Pasien mengatakan korban aniaya fisik dari bapaknya, korban berumur(36 tahun) Perasaan nya kecewa dan kesal	Pasien mengatakan tidak ada aniaya fisik
Aniaya Seksual	Pasien mengatakan tidak ada aniaya seksual	Pasien mengatakan tidak ada aniaya seksual

Penolakan	Pasien mengatakan tidak ada penolakan	Pasien mengatakan tidak ada penolakan
Kekerasan dalam keluarga	Pasien mengatakan korban kekerasan dalam keluarga karena di pukul oleh bapaknya karena keberisikan musik metal atau rock Korban berumur (36 tahun), perasaan nya kesal, emosi dan yang dipikirkan terhadap pasien tertekan terhadap keluarga nya, dan yang dilakukan pasien yaitu mencari ketenangan dirinya.	Pasien mengatakan pelaku kekerasan dalam keluarga membanting barang dan memukul,Pasien mengatakan menjadi korban karena di pukul oleh bapaknya
Tindakan Kriminal	Pasien mengatakan tidak ada masalah tindakan criminal	Pasien mengatakan tidak ada masalah tindakan kriminal
Masalah Keperawatan	**Risiko Perilaku Kekerasan**	**Perilaku Kekerasan**

Tabel 4. 4 Faktor Prediposisi

FAKTOR PREDIPOSISI	**PASIEN 1**	**PASIEN 2**
Riwayat Keluarga	Pasien mengatakan bahwa keluarganya tidak ada mengalami gangguan jiwa	Pasien mengatakan bahwa keluarganya tidak ada mengalami gangguan jiwa
Masalah Keperawatan	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**
Pengalaman masa lalu yang Tidak menyenangkan	Pasien mengatakan konflik hubungan antara orang tuanya karena music metal atau rock perasaan pasien sangat kesal,pasien mengalami kecelakan pasien luka luka di bagian tangan sebelah kiri dan kaki di bagian kiri	Pasien mengatakan konflik terhadap orang tua nya karena ibu dan bapaknya sering bertengkar,perasaan pasien sangat malu sama tentangga sekitar rumah nya dan pasien mengalami trauma melihat ibu bapaknya sering bertengkar terus-menerus
Masalah Keperawatan	**Risiko Perlilaku Kekerasan**	**Harga Diri Rendah Kronik**

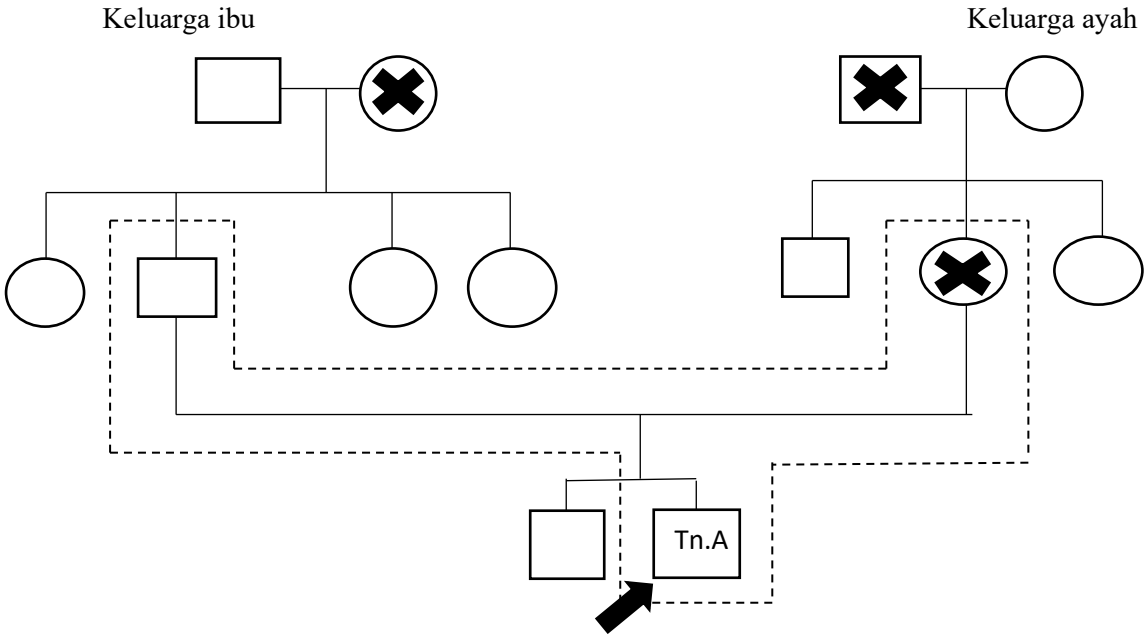
d. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 5 Pemeriksaan Fisik

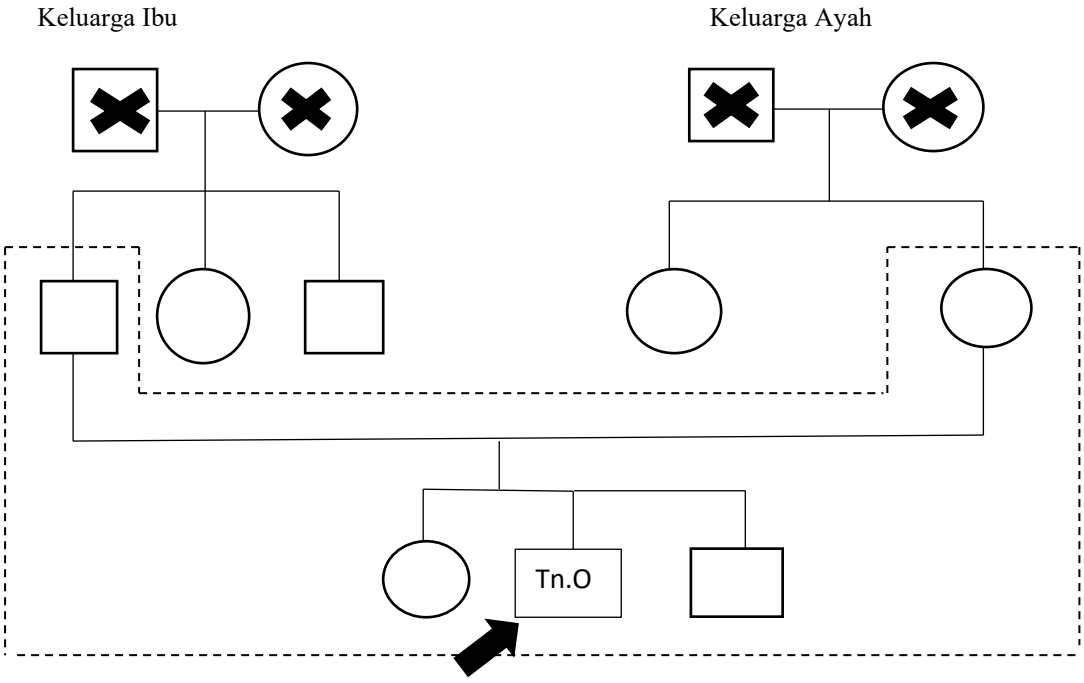
	PASIEN 1	**PASIEN 2**
Tekanan Darah	128/80 mmhg	130/80 mmhg
Tinggi Badan	154 cm	172 cm
Berat Badan	55 kg	63 kg
Keluhan Fisik	Pasien mengatakan tidak ada masalah	Pasien mengatakan tidak ada masalah
Masalah Keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan

e. Genogram

Gambar 4. 1 Genogram pasien 1



Gambar 4. 2 Genogram pasien 2



KETERANGAN:

: LAKI-LAKI

: PEREMPUAN

: MENINGGAL

: GARIS PERKAWINAN

: GARIS KETURUNAN

: GARIS SERUMAH

: PASIEN

a. Tabel Psikososial

Tabel 4. 6 Tabel psikososial

PSIKOSOSIAL	PASIEN 1	PASIEN 2
Genogram	Pasien mempunyai orang tua yang salah satu anggota keluarga nya yaitu ibu nya sudah meninggal dan ayahnya Tn.A masih ada, dan Tn.A mempunyai 2 bersaudara.	Pasien mempunyai keluarga yang masih utuh, dan Tn.O memiliki 3 bersaudara yang dimana Tn.O anak ke 2.
a. Konsep Diri	Pasien mempunyai seseorang saja,pasien anak ke 2 dari 2 bersaudara.pola asuh dalam keluarga sangat cukup baik dan terbuka saat komunikasinya	Pasien mempunyai orang tua yang masih lengkap, pasien anak ke 2 dari 3 saudara,pola asuh sangat baik dan terbuka komunikasinya
b. Gambaran Diri	Pasien mengatakan tidak istimewa sama diri nya sendiri karena bahwa diri dia seperti tidak berguna sama keluarga nya perasaannya sangat sedih	Pasien mengatakan puas sama dirinya karena dahulu bisa bekerja di kantin serta membantu keluarganya,pasien mengatakan hobi memasak

c. Identitas	Pasien seorang laki-laki yang berusia 36 tahun,anak ke 2 dari 2 saudara	Pasien seseorang laki-laki yang berusia 35 tahun,anak ke 2 dari 3 bersaudara
d. Peran	Pasien mengatakan berperan sebagai bekerja serabutan untuk membantu keluarga karena ekonomi nya kurang baik	Pasien mengatakan berperan sebagai bekerja di kantin jualan nasi uduk,untuk membantu keluarga
e. Ideal diri	Pasien mengatakan ingin sembuh dan cepat pulang ke panti dan bisa bertemu teman-temannya	Pasien mengatakan ingin sembuh dan cepet pulang serta bertemu keluarganya,dan ingin bekerja lagi
f. Harga diri	Pasien mengatakan kurang percaya diri semenjak ibunya sudah meninggal dan pasien mengatakan merasa malu karena di bilang stres sama temennya perasaan pasien sangat kesal dan emosi dan pasien sangat tertekan, dikarenakan lagu metal atau rock Peran sebagai anak yang belum menikah dan belum bekerja tetap diusia 36 tahun, bagaimana perasaannya,Menjalankan tanggung jawab terhadap orang tua, seperti membantu secara ekonomi, memberikan perhatian, dan dukungan emosional, Menjadi bagian dari keluarga yang diharapkan untuk tetap menjaga hubungan baik dan mendukung kesejahteraan keluarga., Menghadapi ekspektasi sosial dan keluarga, di mana pada usia tersebut biasanya ada tekanan atau harapan untuk menikah.	Pasien mengatakan tidak ada yang bisa memahami perasaan nya,karena ibu dan bapaknya sering bertengkar,pasien merasa malu sama tetangga sekitar rumahnya,dan perasaan pasien sangat kesal dan emosi maka yang dipikirkan pasien sangat tertekan dengan kondisi lingkungan. Di umur 35 tahun bahwa diri nya belum menikah,bertanggung jawab terhadap untuk orang tuanya,dengan membantu ekonomi orang tua,untuk kehidupan sehari harinya dan memberikan perhatian serta dukungan untuk orang tua dengan baik,serta ekpetasi sosial dan keluarga,di mana usia tersebut biasanya ada tekanan atau harapan menikah
Masalah Keperawatan	**Harga Diri Rendah Kronik**	**Harga Diri Rendah Kronik**
Hubungan Sosial a. Orang yang berarti	Pasien mengatakan orang yang sangat berarti kedua orang tuanya tetapi ibunya sudah meninggal,pasien merasakan sedih ketika ditinggal ibunya	Pasien mengatakan orang yang sangat berarti kedua orang tuanya
b. Peran serta Dalam masyarakat	Pasien mengatakan di panti selalu ikut pengajian saat jadwalnya yaitu hari kamis	Pasien mengatakan ikut pengajian di masyarakat nya dan bergotong-royong

c. Hambatan Dalam Berhubungan Dengan orang Lain	Pasien mengatakan tidak ada hambatan dalam berteman di panti	Pasien mengatakan berhubungan baik bersama warga sekitarnya
Masalah Keperawatan	**Tidak ada masalah keperawatan**	**Tidak ada masalah keperawatan**
Spiritual a. Nilai dan Keyakinan	Pasien mengatakan beragama Islam,Pasien mengatakan di panti suka beribadah dan pengajian	Pasien mengatakan beragama Islam dan rajin menjalankan sholat 5 waktunya dan baca al quran
b. Kegiatan Ibadah	Pasien mengatakan suka beribadah di pantinya dan sangat suka mendengarkan ceramah di masjid	Pasien mengatakan sering sholat 5 waktu dan suka membaca al quran
Masalah Keperawatan	**Tidak ada masalah keperawatan**	**Tidak ada masalah keperawatan**

b. Status Mental

Tabel 4. 7 Status mental

STATUS MENTAL	PASIEN 1	PASIEN 2
Penampilan	Pasien memakai pakaian rumah sakit,tidak rapih celana terlihat kendor,rambut pasien pendek dan rapih	Pasien memakai pakaian tidak rapih rumah sakit tidak rapih,celana terlihat kendor,rambut pasien pendek Dan rapih
Masalah Keperawatan	**Defisit Perawataan Diri**	**Defisit Perawataan Diri**
Pembicaraan	Pasien berbicara inkoheren karena berbicara nya lambat atau cepat dan tidak nyambung saat berbicara, pasien mampu mulai berbicara	Pasien berbicara dengan nada sedang dan normal,pasien mampu berbicara dengan baik
Masalah Keperawatan	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**
Aktivitas Motorik	Pasien tampak lesu terlihat sering melamun dan menunduk dan menyendiri di kamar pasien mengatakan tidak percaya diri	Pasien tampak terlihat lesu karena sering menyendiri atau terdiam di kamar pasien mengatakan tidak suka berbicara ketemennya
Masalah Keperawatan	**Harga Diri Rendah Kronik**	**Isolasi Sosial**
Alam Perasaan	Pasien terlihat senang,tidak ada raut wajah yang sedih atau marah,pasien mampu bercerita mengungkapkan perasaannya	Pasien mengatakan sering ketakutan dan merasa khawatir
Masalah Keperawatan	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**	**Harga Diri Rendah Kronik**

Afek	Pasien mampu memberi respon temen satu ruangannya sangat baik,tetapi ekpresi wajah pasien tampak datar	Pasien terlihat ekpresi wajah nya tampak datar,pasien terlihat sedih karena rasa bersalah sama kedua orang tuanya karena marah-marah dan membanting-banting barang
Masalah Keperawatan	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**	**Harga Diri Rendah Kronik**
Interaksi selama wawancara	Pasien saat di ajak berbicara sangat kooperatif dan menjawab pertanyaan dengan sangat baik saat di tanya oleh perawatnya	Pasien ketika interaksi sangat baik dan kooperatif dan bisa menjawab pertanyaan oleh perawatnya
Masalah Keperawatan	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**
Presepsi	Pasien mengatakan pendengarannya sering ada suara musik" metal atau rok"frekuensi 2x sehari waktu terjadi di sore hari dan malam hari perasaan nya sangat mengganggu tetapi respon nya sangat senang	Pasien mengatakan pendengarannya sering ada suara bapaknya'kamu bukan keluarga saya"frekuensi 2x sehari waktu terjadi sore hari dan malem hari, perasaan nya sangat terganggu, respon sangat tidak peduli dengan suara itu
Masalah Keperawatan	**Halusinasi Pendengaran**	**Halusinasi Pendengaran**

Proses pikir	Pasien berfikir dengan baik atau normal seperti orang sehat	Pasien berfikir dengan baik atau normal seperti orang sehat
Masalah Keperawatan	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**
Isi pikir	Pasien tampak terlihat tidak bisa mengontrol isi pikiran nya, dan pikiran pasien yaitu sangat tertekan.	Pasien dapat berpikir seperti orang sehat,pasien tidak ada waham,pasien merasakan trauma dan malu karena ibu dan bapaknya sering bertengkar
Masalah Keperawatan	**Koping Individu Tidak Efektif**	**Harga Diri Rendah Kronik**
Tingkat kesadaran	Pasien dengan tingkat kesadarannya sangat baik,dan pasien sadar jika sedang di rumah sakit dan menyadari bahwa dia mengatakan dirinya pasien	Pasien dengan tingkat kesadarannya sangat baik,dan pasien sadar jika sedang di rumah sakit dan menyadari bahwa dia mengatakan dirinya pasien
Masalah Keperawatan	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**
Memori	Pasien dapat mengingatnya kejadian di masalalunya dan kejadian saat ini	Pasien dapat mengingat kejadian di masalalunya dan kejadian saat ini
Masalah Keperawatan	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**
Tingkat Konsentrasi dan berhitung	Pasien sangat mampu berkonsentrasi dan berhitung 1 sampai 20	Pasien sangat mampu berkonsentrasi dan berhitung 1 sampai 20
Masalah Keperawatan	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**
Kemampuan Penilaian	Pasien mengatakan ketika saat beraktivitas pasien lebih baik diam karena gamao berinteraksi sama orang baru	Pasien mengatakan ketika saat beraktivitas pasien lebih baik diam karena gamao berinteraksi sama orang baru
Masalah Keperawatan	**Isolasi Sosial**	**Tidak ada masalah keperawatan**
Daya titik diri	Pasien mengatakan sakit karena music metal atau rock,ia di pukul bapaknya karena keberisikan	Pasien mengatakan penyakit nya karena bapak dan ibu sering bertengkar merasa malu sama tetangga sekitarnya dan mengalami trauma
Masalah Keperawatan	**Risiko Perilaku Kekerasan**	**Harga Diri Rendah Kronik**

c. Kebutuhan Persiapan Pulang

KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG	PASIEN 1	PASIEN 2
Makan	Pasien makan dan minum sendiri	Pasien makan dan minum sendiri
BAB/BAK	Pasien membuang air besar dan air kecil sendiri	Pasien membuang air besar dan air kecil sendiri
Mandi	Pasien mandi dengan cara mandiri	Pasien mandi dengan cara mandiri
Berpakaian/Berhias	Pasien berpakaian dengan sendirinya	Pasien berpakaian dengan sendirinya
Istirahat dan tidur	Pasien mengatakan tidur nya sesudah makan siang jam 12.21 sampe jam 15.30,dan tidur malem dari jam 21.00 sampai jam 07.40	Pasien mengatakan tidur nya sesudah makan siang jam 12.21 sampe jam 15.30,dan tidur malem dari jam 21.00 sampai jam 07.40
Pengunaan obat	Bantuan dari perawat	Bantuan dari perawat
Pemeliharan kesehatan	Pemeliharan kesehatan pasien sangat baik	Pemeliharan kesehatan pasien sangat baik
Kegiatan didalan rumah a. menyiapkan makanan	Pasien mengatakan menyiapkan makan sudah di tersediakan oleh bapaknya	Pasien mengatakan menyiapkan makanan dengan sendiri,terkadang di tersediakan oleh ibunya
b. Menjaga kerapihan rumah	Pasien mengatakan merapihkan rumah terkadang sendiri atau sudah di rapihkan oleh bapaknya	Pasien mengatakan merapihkan rumah dengan sendirinya,atau di rapihkan oleh ibu
c. Mencuci Pakaian	Pasien mengatakan mencuci pakaian dengan sendirinya	Pasien mengatakan mencuci secara mandiri atau di cucikan oleh ibunya
d. Pengaturan keuangan	Pasien mengatakan pengaturan keuangan adalah orangtuanya	Pasien mengatakan pengaturan keuangan adalah orang tuanya

Kegiatan Diluar Rumah a. Belanja B. Transportasi	Pasien mengatakan tidak pernah belanja Pasien mengatakan menggunakan kendaraan pribadi sendiri jika ada tujuan kemana-mana	Pasien mengatakan menemani ibunya belanja ke pasar Pasien mengatakan menggunakan kendaraan pribadi sendiri jika ada tujuan kemana-mana
Masalah Keperawatan	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**

Tabel 4. 8 Kebutuhan persiapan pulang

d. Mekanisme Koping

Tabel 4. 9 Mekanisme Koping

MEKANISME KOPING	PASIEN 1	PASIEN 2
Adaptif	Tidak ada	Tidak ada
Maladaptif	Pasien mengatakan lebih suka menyendiri lebih suka mengurung diri,pasien mengatakan bahwa dirinya kurang percaya diri karena diri merasa malu sama tetangganya	Pasien mengatakan lebih suka menyendiri lebih suka mengurung diri,pasien mengatakan malu sama tetangganya karena ibu bapaknya sering bertengkar
Masalah Keperawatan	**Harga Diri Rendah Kronik Isolasi Sosial**	**Harga Diri Rendah Kronik Isolasi Sosial**

e. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Tabel 4. 10 Masalah psikososial dan lingkungan

MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN	PASIEN 1	PASIEN 2
Masalah dengan kelompok	Pasien mengatakan di ejek oleh temen – temen nya di katain stress music metal karena itu merasa di bully pasien merasa sedih dan malu	Pasien mengatakan sangat malu sama tetangga sekitar karena bapak dan ibu sering bertengkar,bahwa pasien merasa bahwa dirinya sangat tidak di mengerti tentang perasaannya
Masalah berhubungan dengan lingkungan	Pasien mengatakan lingkungan merasa tidak nyaman karena banyak yang tidak suka terasa seperti di pojokan tentang dirinya	Pasien mengatakan masih berinteraksi sama lingkungan sekitar hanya ketika ada keperluan saja
Masalah Keperawatan	**Harga Diri Rendah Kronik**	**Harga Diri Rendah Kronik**

Masalah dengan pendidikan	Pasien mengatakan sekolah sampe sd saja karena tidak mau untuk melanjutkan nya	Pasien mengatakan sekolah sampe sd saja karena tidak mau untuk melanjutkan nya
Masalah dengan pekerjaan	Pasien mengatakan tidak bekerja	Pasien mengatakan bekerja tetapi karena bahwa diri nya dirumah sakit tidak bisa untuk bekerja kembali
Masalah dengan perumahan	Pasien mengatakan bahawa dirinya di perilaku tidak baik oleh temen-temennya di ejek merasa di bully	Pasien mengatakan daerah perumahan nya sangat baik dan bahwa diri nya masih interaksi
Masalah dengan ekonomi	Tidak ada masalah ekonomi	Tidak ada masalah ekonomi
Masalah dengan pelayanan kesehatan	Pasien mengatakan tidak ada masalah pelayanan kesehatan	Pasien menagatakan tidak ada masalah pelayanan kesehatan
Masalah Keperawatan	**Harga Diri Rendah Kronik**	**Harga Diri Rendah Kronik**

f. Pengetahuan Kurang Tentang

Tabel 4. 11 Pengetahuan kurang tentang

PENGETAHUAN PASIEN KURANG TENTANG	PASIEN 1	PASIEN 2
a. Penyakit jiwa b. Faktor presipitasi c. Koping d. Sistem pendukung e. Penyakit fisik f. Obat-obatan	Pasien mengatakan mengetahui penyakit dirinya tentang jiwa yang dialami *Skizofrenia* dengan masalah nya harga diri rendah kronik dan pasien mengetahui obat – obatan nya yang di minum	Pasien mengatakan mengetahui penyakit dirinya tentang jiwa yang dialami *Skizofrenia* dengan masalah nya harga diri rendah kronik dan pasien mengetahui obat – obatan nya yang di minum
Masalah Keperawatan	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**	**Tidak Ada Masalah Keperawatan**

g. Aspek Medik

Tabel 4. 12 Aspek medik

ASPEK MEDIK	PASIEN 1	PASIEN 2
Diagnosa Medik	*Skizofrenia*	*Skizofrenia*
Terapi Medik	Clozapine 2x 25mg Depram 1 x 20 mg Trihexyphendyl 1x 2 mg	Depram 1x 20 mg Clozapine 2x 25 mg Respridone 1x 2 mg Trihexyphendyl 1x 2 mg

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 13 Analisis Data Pasien 1

Pasien 1 (Tn A)

DATA	MASALAH
DS: - Pasien mengatakan sakit hati di katain sama temen-temennya di bilang stress lagu metal atau rock - Pasien mengatakan kurang percaya diri - Pasien mengatakkan malu kepada orang lain DO: - Pasien tampak malu - Pasien tampak tidak beraktivitas - Pasien tampak kurang percaya diri	**HARGA DIRI RENDAH KRONIK**
DS : - pasien mengatakan di lingkungan sekitar nya mempermalukan dirinya. - pasien mengatakan bahwa dirinya tidak mau untuk berinteraksi dengan lingkungan sekitar nya. DO : - pasien tampak terlihat murung sendiri - kontak mata pasien sangat kurang saat berkomunikasi	**ISOLASI SOSIAL**

DS: - Pasien mengatakan di pukul oleh bapaknya karena masalah keberisikan music metal atau rock - Pasien mengatakan takut DO: - Pasien tampak emosional atau kesal - Pasien tampak takut	**RISIKO PERILAKU KEKERASAN**
DS: - Pasien mengatakan pendengaran nya ada suara lagu music metal atau rock - Pasien mengatakan suara nya muncul di sore dan malam hari DO: - Pasien tampak kooperatif - Pasien tampak kebingungan dengan suara itu selalu ada	**HALUSINASI PENDENGARAN**
DS: - Pasien mengatakan bahwa merasa kurang percaya sama diri nya karena sudah membuat kecewa orangtuanya - Pasien merasa sedih DO: - Pasien merasa sedih - Pasien tampak lesu	**KOPING INDIVIDU TIDAK EFEKTIF**

Tabel 4. 14 Analisis Data Pasien 2

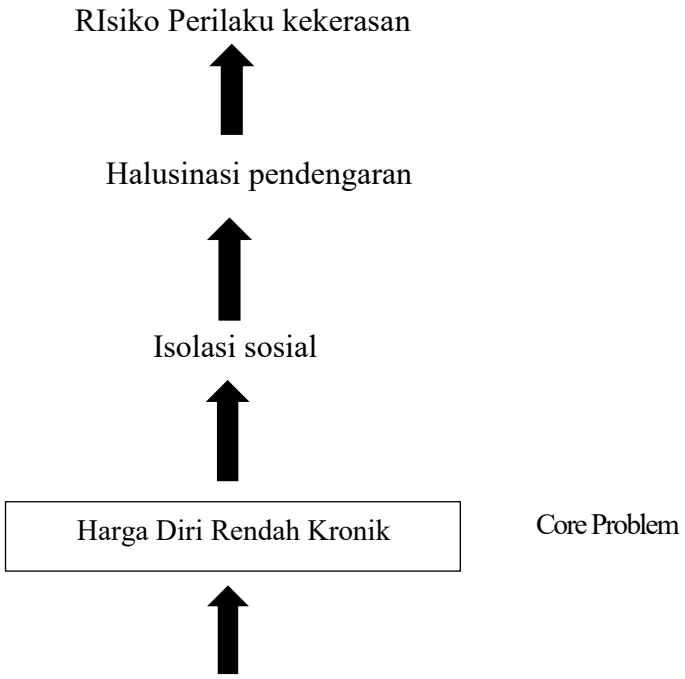
Pasien 2 (Tn O)

DATA	MASALAH
DS: - Pasien mengatakan malu sama tetangga sekitar - Pasien mengatakan bahwa diri nya tidak berarti lagi - Pasien mengatakan sedih karena tidak ada yang peduliin tentang perasaannya DO: - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih	**HARGA DIRI RENDAH KRONIK**
DS: - Pasien mengatakan jadi sangat males interaksi sama orang tuanya atau tetangganya karena malu - Pasien mengatakan males berkomunikasi sama orang baru DO: - Pasien tampak terlihat hanya ingin berbicara bersama perawat atau temen yang sudah kenal lama - Pasien tampak terlihat jarang berinteraksi	**ISOLASI SOSIAL**

DS: - Pasien mengatakan ada suara bapaknya"kamu bukan keluarga saya" - Pasien mengatakan sering terjadi suaranya di sore dan malem hari DO: - Pasien tampak gelisah ketika ada suara-suara muncul kembali	**HALUSINASI PENDENGARAN**
DS: - Pasien mengatakan mengamuk serta banting-banting barang DO: - Pasien tampak takut terulang kembali dengan kejadian tersebut	**RISIKO PERILAKU KEKERASAN**
DS: - Pasien mengatakan bahwa merasa kurang percaya sama diri nya karena sudah membuat kecewa orangtuanya - Pasien merasa sedih DO: - Pasien merasa sedih Pasien tampak lesu	**KOPING INDIVIDU TIDAK EFEKTIF**

4.1.4 Pohon Diagnosis

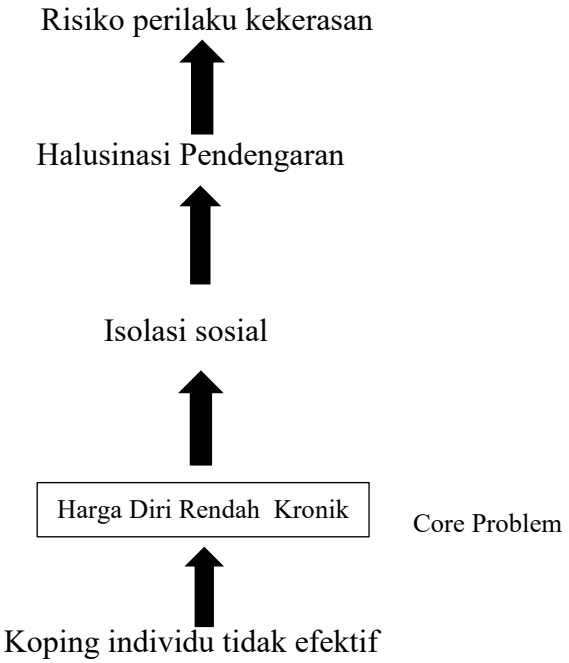
Pasien 1



Koping Individu Tidak Efektif

Gambar 4. 3Pohon Masalah Pasien 1

Pasien 2



Gambar 4. 4Pohon Masalah Pasien 2

4.1.5 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 15 Diagnosa Keperawatan

PASIEN 1	PASIEN 2
Harga Diri Rendah Kronik **DS** : - Pasien mengatakan sakit hati di katain sama temen-temennya di bilang stress lagu metal atau rock - Pasien mengatakan kurang percaya diri - Pasien mengatakkan malu kepada orang lain **DO:** - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih	**Harga Diri Rendah Kronik** **DS** : - Pasien mengatakan malu sama tetangga sekitar - Pasien mengatakan bahwa diri nya tidak berarti lagi - Pasien mengatakan sedih karena tidak ada yang peduliin tentang perasaannya **DO** : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih

Isolasi sosial **DS :** - pasien mengatakan di lingkungan sekitar nya mempermalukan dirinya. - pasien mengatakan bahwa dirinya tidak mau untuk berinteraksi dengan lingkungan sekitar nya. **DO :** - pasien tampak terlihat murung sendiri - kontak mata pasien sangat kurang saat berkomunikasi	**Isolasi Sosial** **DS:** - Pasien mengatakan jadi sangat males interaksi sama orang tuanya atau tetangganya karena malu - Pasien mengatakan males berkomunikasi sama orang baru **DO:** - Pasien tampak terlihat hanya ingin berbicara bersama perawat atau temen yang sudah kenal lama - Pasien tampak terlihat jarang berinteraksi
Risiko Perilaku Kekerasan **DS:** - Pasien mengatakan di pukul oleh bapaknya karena masalah keberisikan music metal atau rock - Pasien mengatakan takut **DO:** - Pasien tampak emosional atau kesal - Pasien tampak takut	**Risiko Perilaku kekerasan** **DS:** - Pasien mengatakan mengamuk serta banting-banting barang **DO:** - Pasien tampak takut terulang kembali dengan kejadian tersebut
Halusinasi,Pendengaran **DS:** - Pasien mengatakan pendengaran nya ada suara lagu music metal atau rock - Pasien mengatakan suara nya muncul di sore dan malam hari **DO:** - Pasien tampak kooperatif - Pasien tampak kebingungan dengan suara itu selalu ada	**Halusinasi,Pendengaran** **DS:** - Pasien mengatakan ada suara bapaknya"kamu bukan keluarga saya" - Pasien mengatakan sering terjadi suaranya di sore dan malem hari **DO:** Pasien tampak gelisah ketika ada suara-suara muncul kembali
Koping individu tidak efektif **DS :** - Pasien mengatakan bahwa merasa kurang percaya sama diri nya karena sudah membuat kecewa orangtuanya - Pasien merasa sedih **DO:** - Pasien merasa sedih - Pasien tampak lesu	**Koping individu tidak efektif** **DS :** - Pasien mengatakan bahwa merasa kurang percaya sama diri nya karena sudah membuat kecewa orangtuanya - Pasien merasa sedih **DO:** - Pasien merasa sedih Pasien tampak lesu

4.1.6 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4. 16 Perencanaan Keperawatan Pasien 1

Hari/ tgl	No DX	DX Kep	Perencanaan			
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
10 Feb 2025	1	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 1. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 2. Ada kontak mata 3. Pasien mampu menjawab Salam perawat 4. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 5. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 6. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 7. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	1. Bina hubungan saling percaya 2. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 3. Perkenalkan diri dengan sopan 4. Tanya nama pasien yang lengkap dan panggilan yang di sukai 5. Jujur dan menepati 6. Jelas kan tujuan pertemuan saat ini 7. Tunjukan sikap empati dari menerima pasien apa adanya	Hubungan saling percaya merupakan Dasar untuk kelancaran hubungan selanjutnya atau lebih berinteraksi lebih baik
					Sp 1 : 1. menIdentifikasi kemampuan melakukan kegiatn dan aspek positifpasien (buat daftar kegiatan)	

					2. Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini pilih dari daftar kegiatan yang telah dibuat 3. Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih	
					4. Melatih kegiatan yang dipilih dan memberikan contoh untuk melakukan 5. Masukkan pada jadwal kegiatan harian	
11 Feb 2025	**1**	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 1. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 2. Ada kontak mata 3. Pasien mampu menjawab Salam perawat 4. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 5. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 6. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih	Sp 2 : 1. Mengevaluasi kegiatan sp 1 yang telah di latih dan kita beri pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan yang kedua yang kita saat latih 3. Melatih kegiatan kedua (alat dan cara) 4. Masukan jadwal pada kegiatan harian	1. Diskusikan Bersama pasien Kemampuan yang masih dapat dilakukan 2. Diskusikan dengan kemampuan yang dapat akan dilakukan

				7. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal		
12 Feb 2025	**1**	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 1. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 2. Ada kontak mata 3. Pasien mampu menjawab Salam perawat 4. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 5. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 6. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 7. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 3 : 1. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah kita latih dan beri pujian terhadap pasien 2. Bantu pasien untuk memilih kegiatan ke tiga yang akan dilatih 3. Latih kegiatan ke tiga 4. Dan masukkan jadwal kegiatan harian	1. Diskusikan dengan Bersama pasien kegiatan yang dapat di lakukan setiap hari dengan kemampuannya 2. Tingkatkan kegiatan yang di sesuai dengan keadaan kondisi Pasien dan diberikan contoh

13 Feb 2025	**1**	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 1. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 2. Ada kontak mata 3. Pasien mampu menjawab Salam perawat 4. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 5. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 6. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 7. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 4 : 1. Evaluasi kegiatan pertama,kedua,ketiga yang sudah di latih dan berikan pujian 2. Membantu pasien memilih kegiatan ke empat yang akan di latih 3. Latih kegiatan yang keempat 4. Masukkan pada kedalam jadwal untuk latihan	1. Pasien Mampu melakukan latihan 2. Untuk meredahkan harga diri rendah 3. Mampu melihatkan kegiatan pasien

Tabel 4. 17 Perencanaan Keperawatan Pasien 2

Hari/ tgl	No DX	DX Kep	Perencanaan			
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
11 Feb 2025	1	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 1. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 2. Ada kontak mata 3. Pasien mampu menjawab Salam perawat 4. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 5. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 6. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih	1. Bina hubungan saling percaya 2. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 3. Perkenalkan diri dengan sopan 4. Tanya nama pasien yang lengkap dan panggilan yang di sukai 5. Jujur dan menepati 6. Jelas kan tujuan pertemuan saat ini 7. Tunjukan sikap empati dari menerima pasien apa adanya	Hubungan saling percaya merupakan Dasar untuk kelancaran hubungan selanjutnya atau lebih berinteraksi lebih baik

				7. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 1 : 1. menIdentifikasi kemampuan melakukan kegiatn dan aspek positifpasien (buat daftar kegiatan)	
					2. Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini pilih dari daftar kegiatan yang telah dibuat 3. Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih 4. Melatih kegiatan yang dipilih dan memberikan contoh untuk melakukan 5. Masukkan pada jadwal kegiatan harian	

12 Feb 2025	1	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 1. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 2. Ada kontak mata 3. Pasien mampu menjawab Salam perawat 4. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 5. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 6. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 7. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 2 : 1. Mengevaluasi kegiatan sp 1 yang telah di latih dan kita beri pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan yang kedua yang kita saat latih 3. Melatih kegiatan kedua (alat dan cara) 4. Masukan jadwal pada kegiatan harian	1. Diskusikan Bersama pasien Kemampuan yang masih dapat dilakukan 2. Diskusikan dengan kemampuan yang dapat akan dilakukan

13 Feb 2025	1	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 1. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 2. Ada kontak mata 3. Pasien mampu menjawab Salam perawat 4. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 5. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 6. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 7. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 3 : 1. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah kita latih dan beri pujian terhadap pasien 2. Bantu pasien untuk memilih kegiatan ke tiga yang akan dilatih 3. Latih kegiatan ke tiga 4. Dan masukkan jadwal kegiatan harian	1. Diskusikan dengan Bersama pasien kegiatan yang dapat di lakukan setiap hari dengan kemampuannya 2. Tingkatkan kegiatan yang di sesuai dengan keadaan kondisi Pasien dan diberikan contoh

14 Feb 2025	1	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 1. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 2. Ada kontak mata 3. Pasien mampu menjawab Salam perawat 4. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 5. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 6. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 7. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 4 : 1. Evaluasi kegiatan pertama,kedua,ketiga yang sudah di latih dan berikan pujian 2. Membantu pasien memilih kegiatan ke empat yang akan di latih 3. Latih kegiatan yang keempat 4. Masukkan pada kedalam jadwal untuk latihan	1. Pasien Mampu melakukan latihan 2. Untuk meredahkan harga diri rendah 3. Mampu melihatkan kegiatan pasien

4.1.7 Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

Pasien 1

Nama Pasien:Tn A

Tabel 4. 18 Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan Pasien 1

Pasien 1	
IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	**EVALUASI (SOAP)**
Hari/Tanggal: Senin,10 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :1/1 Data & Kemampuan: DS: - Pasien mengatakan sakit hati di katain sama temen-temennya di bilang stress lagu metal atau rock - Pasien mengatakan malu karena bapaknya membawa ke panti - Pasien mengatakan kurang percaya diri DO: - Pasien tampak malu - Pasien tampak tidak beraktivitas Kemampuan 1. Pasien belum mampu melakukan kegiatan (saat merapikan tempat tidur) 2. Pasien belum mampu memasukkan pada kegiatan ke dalam jadwal Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaiman cara	S : - Pasien mau untuk berkenalan dengan perawat - Pasien mengatakan akan merapihkan tempat tidurnya pada 2x sehari bangun tidur maupun sebelum tidur O : - Pasien tampak mampu merapihkan tempat tidur - Pasien tampak mampu melakukan identifikasi diri nya dengan kemampuan aspek positif yang di milikinya A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan mengingat untuk mengenal kemampuan aspek yang positi dinilikinya - Latihan kegiatan yang pertama(merapihkan tempat tidur)2x sehari

membersihkan tempat tidur - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 2 - Evaluasi kegiatan pertama yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur)masukkan kedalam jadwal kegiatan harian lanjut ke SP 2 beri pujian - Latih kemampuan ke dua serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Selasa,11 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :2/2 Data & Kemampuan: DS: - Pasien mengatakan sakit hati di katain sama temen-temennya di bilang stress lagu metal atau rock - Pasien mengatakan malus ama orang lain - Pasien kurang percaya diri DO: - Pasien tampak malu - Pasien tampak tidak beraktivitas Kemampuan : - Pasien mampu melakukan kegiatan (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien belum mampu melakukan kegiatan yang kedua yaitu menggambar Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan : - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) A:Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur - Latihan sp2 yaitu menggambar

- Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 3 - Evaluasi kegiatan pertama, kedua yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar) - Latih kemampuan ke ketiga serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Rabu,12 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :3/3 Data & Kemampuan: DS: - Pasien mengatakan sakit hati di katain sama temen-temennya di bilang stress lagu metal atau rock - Pasien mengatakan malus ama orang lain - Pasien kurang percaya diri DO: - Pasien tampak malu - Pasien tampak tidak beraktivitas Kemampuan : - Pasien mampu melakukan kegiatan pertama (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar,menyanyi - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien belum mampu melakukan kegiatan yang kedua yaitu menyanyi Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan : - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur dan menggambar serta menyanyi - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih - Pasien sangat kembira O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke tiga yaitu (menyanyi) A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur - Latihan sp2 yaitu menggambar - Latiham sp 3yaitu menyanyi

Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 4 - Evaluasi kegiatan pertama,kedua yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar) - Latih kemampuan ke ketiga serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Kamis,13 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :4/4 Data & Kemampuan: DS: - Pasien mengatakan sakit hati di katain sama temen-temennya di bilang stress lagu metal atau rock - Pasien mengatakan malus ama orang lain - Pasien kurang percaya diri DO: - Pasien tampak malu - Pasien tampak tidak beraktivitas Kemampuan : - Pasien mampu melakukan kegiatan pertama (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar,menyanyi dan mencuci ompreng - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien mampu melakukan kegiatan yang keempat yaitu mencuci ompreng	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih - Pasien sangat kembira O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke tiga yaitu (menyanyi) - Pasien mampu melakukan kegiatan keempat yaitu(mencuci ompreng A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur

Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan : - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur dan menggambar serta menyanyi,mencuci ompreng - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Rencana tidak lanjut(u/Perawat): - Evaluasi kegiatan pertama,kedua,ketiga keempat yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar,menyanyi,mencuci ompreng) - Latih kemampuan ke empat serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)	- Latihan sp2 yaitu menggambar - Latiham sp 3yaitu menyanyi - Latihan sp 4 yaitu mencuci ompreng Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

Pasien 2

Nama Pasien : Tn O

Tabel 4. 19 Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan Pasien 2

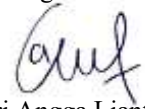
IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Senin,11Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :1/1 Data & Kemampuan: DS : - Pasien mengatakan malu ama tetangga sekitar - Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak berarti lagi - Pasien mengatakan sedih karena tidak ada yang peduliin dengan perasannya DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih Kemampuan 1. Pasien belum mampu melakukan kegiatan (saat merapikan tempat tidur) 2. Pasien belum mampu memasukkan pada kegiatan ke dalam jadwal Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana cara	S : - Pasien mau untuk berkenalan dengan perawat - Pasien mengatakan akan merapihkan tempat tidurnya pada 2x sehari bangun tidur maupun sebelum tidur O : - Pasien tampak mampu merapihkan tempat tidur - Pasien tampak mampu melakukan identifikasi diri nya dengan kemampuan aspek positif yang di milikinya A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan mengingat untuk mengenal kemampuan aspek yang positi dinilikinya - Latihan kegiatan yang pertama(merapihkan tempat tidur)2x sehari

membersihkan tempat tidur - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 2 - Evaluasi kegiatan pertama yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur)masukkan kedalam jadwal kegiatan harian lanjut ke SP 2 beri pujian Latih kemampuan ke dua serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Rabu,12 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :2/2 Data & Kemampuan: DS : - Pasien mengatakan malu ama tetangga sekitar - Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak berarti lagi - Pasien mengatakan sedih karena tidak ada yang peduliin dengan perasannya DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih Kemampuan : - Pasien mampu melakukan kegiatan (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien belum mampu melakukan kegiatan yang kedua yaitu menggambar Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan : - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) A:Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur - Latihan sp2 yaitu menggambar

Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 3 - Evaluasi kegiatan pertama, kedua yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar) - Latih kemampuan ke ketiga serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Kamis,13 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :3/3 Data & Kemampuan: DS : - Pasien mengatakan malu ama tetangga sekitar - Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak berarti lagi - Pasien mengatakan sedih karena tidak ada yang peduliin dengan perasannya DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih Kemampuan ; - Pasien mampu melakukan kegiatan pertama (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar,menyanyi - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien belum mampu melakukan kegiatan yang kedua yaitu menyanyi Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan : - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih - Pasien sangat kembira O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke tiga yaitu (menyanyi) A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur - Latihan sp2 yaitu menggambar - Latiham sp 3yaitu menyanyi

Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur dan menggambar serta menyanyi - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 4 - Evaluasi kegiatan pertama,kedua yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar) - Latih kemampuan ke ketiga serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)	Tanda Tangan & Nama Jelas  (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Jumat,14 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :4/4 Data & Kemampuan: DS : - Pasien mengatakan malu ama tetangga sekitar - Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak berarti lagi - Pasien mengatakan sedih karena tidak ada yang peduliin dengan perasannya DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih Kemampuan : - Pasien mampu melakukan kegiatan pertama (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar,menyanyi dan mencuci ompreng - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien mampu melakukan kegiatan yang keempat yaitu mencuci ompreng Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan : - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur dan menggambar serta menyanyi,mencuci ompreng - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Rencana tidak lanjut(u/Perawat): - Evaluasi kegiatan pertama,kedua,ketiga keempat yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar,menyanyi,mencuci ompreng)	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih - Pasien sangat kembira O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke tiga yaitu (menyanyi) - Pasien mampu melakukan kegiatan keempat yaitu(mencuci ompreng A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur - Latihan sp2 yaitu menggambar - Latiham sp 3yaitu menyanyi - Latihan sp 4 yaitu mencuci ompreng

- Latih kemampuan ke empat serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

4.2 Pembahasan

Pada bab ini, penulis membandingkan dua kasus pasien Skizofrenia dengan gangguan harga diri rendah kronik yang dirawat di Ruang Berry, RSKD Duren Sawit, Jakarta, serta mengkaji teori-teori dan hasil penelitian yang relevan. Analisis dilakukan untuk mengevaluasi faktor-faktor yang mendukung maupun menghambat upaya pemecahan masalah dalam asuhan keperawatan. Proses pembahasan mengikuti tahapan keperawatan yang mencakup pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi, yang dilaksanakan pada tanggal 10 hingga 15 Februari 2025.

Sebaliknya, terdapat beberapa faktor penghambat seperti rendahnya motivasi pasien akibat perasaan putus asa, stigma negatif terhadap diagnosis skizofrenia, serta keterbatasan waktu kunjungan keluarga yang berdampak pada kurangnya dukungan emosional. Efek samping obat yang mengganggu kenyamanan pasien dan keterbatasan jumlah tenaga keperawatan juga menjadi tantangan dalam pemberian intervensi secara optimal.

4.2.1 Pengkajian

a. Faktor Prediposisi

Berdasarkan data yang penulis dapat dari pengkajian pasien 1 muncul faktor predisposisi yaitu pada saat SMA pasien mengalami kekerasan dalam keluarga, pasien mengatakan korban kekerasan dalam keluarga karena dipukul ole orangtuanya karena pasien memutar musik metal atau rock dengan keras sehingga orang tua pasien merasa kesal. karena itu, sehingga pasien merasa kecewa karena apa yang dia sukai tidak di dukung oleh orang tuanya. Sedangkan pada pengkajian pasien 2 muncul

faktor predisposisi pengalaman kekerasan dalam keluarga, pasien mengatakan jika ia di pukul oleh ayahnya karena pasien memisahkan orang tuanya yang sedang bertengkar sehingga pasien memukul ayahnya karena merasa kesal dan ayahnya merasa tidak terima dan memukul balik pasien. Sehingga, ibu pasien memisahkan mereka dan membawa pasien ke dalam kamar, pasien merasa kesal dan malu karena orang tuanya selalu bertengkar. Hasil ini didukung oleh penelitian dari Indriono (2020), bahwa penolakan orang tua, lingkungan keluarga yang penuh tekanan, dan kurangnya kedekatan terhadap keluarga merupakan faktor predisposisi yang berkontribusi terhadap harga diri rendah kronik. Selain itu, harga diri rendah kronik juga dikaitkan dengan depresi, keputusan, dan stigma yang dirasakan tinggi. Dan didukung juga penelitian dari Masselink et al. (2024), bahwa konflik dalam keluarga, seperti penolakan dari orang tua dan pola asuh yang otoriter, berkontibusi terhadap rendahnya harga diri pada remaja. Pola asuh yang terlalu kritis atau kurang terlibat dapat menyebabkan remaja merasa tidak dihargai dan tidak dicintai, yang berdampak negatif pada perkembangan harga diri mereka.

Berdasarkan analisa data pasien 1 dan pasien 2 keduanya sama-sama memiliki persamaan yaitu pengalaman kekerasan dalam keluarga yang tidak menyenangkan. Hal ini sama dengan teori yang dikemukakan oleh Videbeck (2020) yaitu terjadi kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal, pada akhirnya dapat menyebabkan konflik intrapsikis sepanjang hidup. Gangguan identitas dan kemampuan pengendalian diri juga bagian inti dari teori ini.

b. Faktor Presipitasi

Faktor Presipitasi yang didapatkan dari pengkajian pasien 1 yaitu yang mengakibatkan pasien mengalami gangguan jiwa harga diri rendah kronik adalah terjadi konflik keluarga, pasien mengatakan ia sering dimarahi oleh orang tuanya karena memutar musik metal terlalu keras sehingga dimarahi oleh ayahnya sampai di pukul, pasien merasa kesal dan sedih karena apa yang dia suka tidak di dukung oleh keluarganya. Sedangkan yang ditemukan pada pasien 2 mengalami gangguan jiwa karena pasien meendapatkan kekerasan berupa pukulan karena pasien memisahkan orang tuanya saat bertengkar pasien merasa kesal dan malu dengan tetangganya karena orang tuanya sering bertengkar. Hasil ini didukung oleh penelitian dari Suryani & Efendi (2020), bahwa faktor presipitasi harga diri rendah kronik dapat berasal dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, termasuk kekerasan dalam keluarga atau lingkungan. Pengalaman-pengalaman tersebut dapat menyebabkan individu merasa tidak berharga dan mengembangkan harga diri rendah kronik. Didukung juga penelitian dari Ulfa Suryani & Velga Yazia (2024), bahwa terdapat hubungan signifikan antara harga diri rendah kronik mendukung dapat menurunkan harga diri remaja, yang kemudian berkontribusi pada perilaku bullying.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Videbeck (2020) yaitu, Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

c. Manifestasi Klinis

Berdasarkan data yang didapat dari pengkajian pada pasien 1 dan pasien hampir sama yaitu pasien kurang percaya diri, merasa dirinya tidak berguna dan putus asa. Mekanisme koping pada pasien 1 dan pasien 2 adalah koping maladaptif yaitu cenderung menghindar ketika ada masalah pasien 1 selalu mengurung diri sedangkan pasien 2 ketika ada masalah selalu pergi menjauh. Hasil ini didukung penelitian dari Universitas Airlangga (2024), bahwa remaja yang menggunakan mekanisme koping maladaptif, seperti menghindari, mengurung diri kamar, dan menarik diri dari lingkungan social, cenderung mengalami Tingkat depresi yang lebih tinggi. Sebaliknya, mekanisme koping adaptif dapat membantu remaja dalam mengatasi stress dan menurunkan risiko depresi. Didukung juga penelitian dari Dr. Yunias Setiawati, dr., sp.k. j (k) (2023), bahwa penelitian ini menemukan korelasi signifikan antara depresi dan perilaku menyakiti diri sendiri (self-harm) pada remaja. Salah satu manifestasi klinis yang diamati adalah perilaku menarik diri dari lingkungan social, yang dapat menjadi indicator awal adanya gangguan mental.

Menurut Amimi (2020), manifestasi klinis harga diri rendah kronik memiliki tanda dan gejala yang dibagi menjadi dua yaitu, gejala positif dan negatif. Gejala positif yang ditunjukkan pasien 1 adalah kooperatif saat diajak berbicara gejala negatif yang ditunjukkan adalah nada bicara pasien tidak jelas, sedangkan pasien 2 memiliki gejala positif yaitu kooperatif saat diajak berbicara dan nada berbicara pasien terdengar jelas dan tidak berbelit.

d. Penatalaksanaan Medis

Terapi farmakologi yang diberikan kepada pasien 1 meliputi Colazapine 2x25 mg / hari, Depram 1x20 mg / hari, Trihexyphenidyl 1x2 mg / hari. Sedangkan, pasien 2 meliputi Depram 1x20 mg / hari, Clozapine 2x25 mg / hari, Respridone 1x2 mg / hari, Trihexyphenidyl 1x2 mg / hari.

Berdasarkan data yang diperoleh, terdapat kesamaan dalam penggunaan obat antara pasien 1 dan pasien 2, yaitu sama-sama menerima terapi Clozapine, Depram, dan Trihexyphenidyl. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Muslim (2014) yang menyatakan bahwa Clozapine dan Trihexyphenidyl digunakan dalam pengobatan *Skizofrenia* untuk mengatasi gejala-gejala psikotik. hal yang bisa menghambat proses pengkajian harga diri rendah kronik, antara lain, Kurangnya keterbukaan klien , Klien merasa malu, takut dihakimi, atau tidak percaya pada perawat sehingga enggan mengungkapkan perasaan, Komunikasi yang kurang efektif, Perawat tidak membangun hubungan yang nyaman, menggunakan bahasa yang sulit dimengerti, atau kurang aktif mendengarkan, Gangguan emosi atau psikis klien, Klien yang mengalami depresi berat, kecemasan tinggi, atau gangguan berpikir akan sulit untuk memberikan jawaban yang akurat, Lingkungan pengkajian yang tidak mendukung, Lingkungan yang bising, tidak nyaman, atau tidak privasi membuat klien tidak merasa aman untuk bercerita, Stigma dan tekanan sosial, Klien merasa malu membicarakan masalah harga diri karena takut dianggap lemah atau tidak normal.

Perawat mampu menggunakan teknik komunikasi terapeutik seperti mendengarkan aktif, empati, dan pertanyaan terbuka, Motivasi dan kesadaran klien, Klien yang memiliki keinginan untuk berubah dan menyadari pentingnya kesehatan mental akan lebih kooperatif, Lingkungan yang nyaman dan privat, Tempat yang tenang, aman, dan penuh rasa hormat membuat klien lebih mudah mengekspresikan perasaan, Dukungan dari keluarga atau orang terdekat, Keluarga yang suportif dapat membantu klien lebih terbuka dan mau bekerjasama dalam proses pengkajian.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan tahap kedua dalam proses keperawatan dan menjadi bagian penting dalam perencanaan tidakan keperawatan berdasarkan hasil diagnosa yang di tetapkan. Berdasarkan data yang di peroleh, diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien 1 meliputi Harga Diri Rendah Kronik, Resiko Perilaku Kekerasan, Halusinasi Pendengaran, Koping Individu Tidak Efektif. Sedangkan pada pasien 2 diagnosa keperawatan yang ditemukan meliputi Harga Diri Rendah Kronik, Isolasi Sosial, Halusinasi Pendengaran, Perilaku Kekerasan, jadi susunan diagnosa diatas sudah sesuai. Hasil didukung penelitian dari Nurul Fadillah (2022), bahwa hasil studi kasus ini dilatarbelakang oleh peningkatan kasus harga diri rendah kronik di RSJ provinsi jawa barat tahun 2020 hingga 2022. Pasien menunjukkan gejala seperti merasa tidak berharga dan menarik diri dari interaksi social. Asuhan Keperawatan difokuskan pada peningkatan harga diri melalui identifikasi dan pengembangan kemampuan positif pasien. Didukung juga penelitian dari Mila Puspita (2021), bahwa karya

tulis ilmiah ini menggambarkan asuhan keperawatan pada klien dengan harga diri rendah kronik menggunakan terapi Latihan kemampuan positif. Metode yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan studi kasus.

Menurut Yosep dan Titin (2020) diagnosa yang dapat di tegakkan pada kasus Harga Diri Rendah kronik, antara lain adalah resiko prilaku kekerasan, isolasi social, koping individu tidak efektif, dan halusinasi.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh dari kedua pasien, intervensi yang direncanakan mencakup pemahaman pasien terhadap materi dari SP 1 hingga SP 4, sesuai degan intervensi menurut Damayanti (2019). Intervensi dimulai dengan membina hubungan saling percaya, kemudian dilanjutkan dengan Strategi Pelaksanaan (SP) 1, yaitu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Selanjutnya, pasien melakukan kegiatan pertama berupa merapikan tempat tidur. Pada SP 2, pasien melanjutkan kegiatan dengan menggambar, lalu masuk ke SP 3 dengan menilai kemampuan yang telah dilakukan, yakni mampu menyelesaikan tiga kegiatan: merapikan tempat tidur, menggambar, dan membaca buku. Ketiga kegiatan ini kemudian dimasukkan ke dalam jadwal aktivitas harian pasien. Pada SP 4, dilakukan evaluasi terhadap SP 1, 2, dan 3, serta melanjutkan dengan kegiatan menyanyi sebagai bagian dari aktivitas harian berikutnya.

Hasil didukung penelitian dari Mila Puspita (2021), bahwa karya tulis ilmiah ini menggambarkan asuhan keperawatan pada klien dengan harga diri rendah kronik mengunakan terapi Latihan kemampuan positif. Metode yang

digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan studi kasus. Yang didukung juga penelitian dari Nurul Fadillah (2022), bahwa studi kasus ini dilatarbelakang oleh peningkatan kasus harga diri rendah kronik di RSJ Provinsi Jawa Barat dari tahun 2022 hingga 2022. Pasien menunjukkan gejala seperti merasa tidak berharga dan menarik diri dari interaksi social. Asuhan Keperawatan difokuskan pada peningkatan harga diri melalui identifikasi dan pengembangan kemampuan positif pasien.

4.2.4 Implementasi Keperawtan

Setelah dilakukan implementasi, pasien 1 dan pasien 2 dapat menyelesaikan intervensi hingga SP 4 dalam kurun waktu 4 hari. Kedua pasien dapat melakukan SP dengan baik dan dapat memahami apa yang telah diajarkan dengan baik.

Implementasi pada kedua pasien diawali dengan membangun hubungan saling percaya selama satu hari, kemudian dilanjutkan dengan pelaksanaan SP 1, yaitu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, seperti merapikan tempat tidur. Selanjutnya, perawat membantu pasien dalam mengevaluasi kemampuan tersebut, memilih kegiatan dari daftar yang tersedia, serta melatih kegiatan yang telah dipilih sesuai dengan kemampuan pasien. Perawat juga membantu menyusun rencana kegiatan untuk SP 2. Penelitian ini didukung oleh penelitian dari Rif'ah, P. A. (2022), mengatakan bahwa studi kasus pada skizofrenia yang mengalami harga diri rendah kronik. Intervensi keperawatan dilakukan sesuai dengan standar asuhan keperawatan jiwa, termasuk penerapan SP1. Dan didukung juga oleh penelitian dari Amidos, J. (2022), yang mengatakan penerapan terapi

generalis SP1 hingga SP4 pada pasien skizofrenia dengan harga diri rendah kronik. Intervensi mencakup identifikasi kemampuan positif, pelatihan keterampilan, dan evaluasi peningkatan haraga diri.

Pada SP 2, dilakukan evaluasi terhadap kegiatan SP 1, yaitu merapikan tempat tidur, serta membantu pasien memilih dan melatih kegiatan kedua, yaitu menggambar. Kegiatan ini dianjurkan dilakukan dua kali sehari dan dimasukkan ke dalam jadwal harian pasien. Penelitian ini didukung oleh penelitian dari Amidos, J. (2022), bahwa Intervensi SP2 yang melibatkan pengorganisasian jadwal kegiatan dan pembimbingan aktivitas harian secara bertahap meningkatkan partipasi pasien dalam terapi kelompok. Observasi menunjukkan peningkatan ekspresi diri positif dan penurunan perilaku mengurunng diri selama 2 minggu perawatan. Dan didukung juga penelitian dari Rif'ah (2022), Dalam studi kasus ini, pelaksanaan SP2 berupa pelatihan aktivitas mandiri sehari-hari dan penguatan motivasi secara konsisten berhasil meningkatkan skor penilaian diri subyektif pasien dari "sangat rendah" menjadi "cukup baik" dalam waktu 7 hari.

Pada SP 3, perawat mengevaluasi kegiatan yang telah dilakukan pada SP 1 dan SP 2, membantu pasien memilih serta melatih kegiatan ketiga yang dipilih, yaitu membaca buku. Aktivitas ini juga dianjurkan untuk dilakukan dua kali sehari dan dimasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian dari Puspita (2021), SP3 yang berupa pelatihan peningkatan kemampuan sosial melalui role play dan diskusi kelompok efektif meningkatkan komunikasi interpersonal pasien. Skor harga diri pasien naik 12 menjadi 19 setelah intervensi selama 7 hari. Pasien

melaporkan perasaan lebih diterima dan percaya diri dalam interaksi sosial. Dan didukung juga penelitian dari Amidos (2022), mengatakan bahwa Pelaksanaan SP3 berupa latihan keterampilan sosial dan penguatan komunikasi membantu pasien mengurangi perilaku menarik diri secara signifikan. Setelah 2 minggu, pasien aktif mengikuti terapi kelompok dan menunjukkan peningkatan kemampuan verbal.

Pada SP 4, dilakukan evaluasi terhadap seluruh kegiatan dari SP 1 hingga SP 3. Pasien kemudian dibimbing untuk melatih kemampuan pada kegiatan keempat yang dipilih, yaitu menyanyi. Seluruh kegiatan yang telah dilakukan dianjurkan untuk terus dilanjutkan dan dicantumkan dalam jadwal aktivitas harian pasien. Penelitian ini didukung oleh Puspita (2021), bahwa SP4 yang fokus pada pemberian motivasi dan dukungan psikologis secara intensif membantu pasien dalam mengatasi perasaan tidak berharga. Setelah 7 hari intervensi, pasien melaporkan perasaan lebih positif terhadap diri sendiri dan peningkatan sikap optimisme. Penelitian ini juga didukung oleh Rif'ah (2022), mengatakan pendekatan motivasi yang konsisten membantu pasien meningkatkan rasa percaya diri dan mengurangi perasaan terisolasi.

Sementara itu, implementasi pada pasien 2 menunjukkan kesamaan dengan pasien 1, di mana pasien mampu menyelesaikan SP 1 hingga SP 4 tanpa perlu pengulangan. Hal ini karena pasien menunjukkan sikap kooperatif dan mampu berkonsentrasi selama proses pelaksanaan intervensi.

Menurut Rokhimma dan Rahayu (2020), implementasi keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat dengan tujuan membantu pasien berpindah dari kondisi kesehatan yang bermasalah menuju

kondisi kesehatan yang lebih baik, sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

faktor yang menghambat adalah sikap pasien yang cenderung malu dan enggan saat berinteraksi dengan orang yang baru dikenalnya. Sementara itu, faktor yang mendukung adalah setelah dilakukan pendekatan dan terjalin hubungan saling percaya, pasien menjadi lebih kooperatif dan bersedia untuk terlibat dalam berbagai kegiatan.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan pasien berdasarkan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pada tahap ini, penulis melakukan penilaian terhadapasuhan keperawatan yang telah diberikan pada Tn. A dan Tn. O, Selama periode 10 Februari 2025 hingga 15 Februari 2025.

Pasien 1 dan pasien 2 telah berhasil menyelesaikan SP 1 hingga SP 4, dengan hasil menunjukkan bahwa masalah mulai teratasi sebagian. Keduanya menunjukkan sikap kooperatif selama pelaksanaan intervensi, yang berdampak positif terhadap peningkatan kemampuan mereka dalam mengenali aspek-aspek positif dalam diri. Pasien juga mampu melaksanakan kegiatan yang telah diajarkan, menjalin komunikasi dengan orang lain, serta menunjukkan penurunan gejala harga diri rendah kronik. Selain itu, pasien menyatakan bahwa mereka merasa lebih mampu menjalankan aktivitas positif, dapat mengenali potensi diri, dan mampu melakukan evaluasi terhadap dirinya sendiri. Penelitian ini juga didukung

oleh penelitian dari Rif'ah (2022), bahwa studi kasus ini meilai hasil intervensi keperawatan dengan metode evaluasi subyektif dan objektif. Hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan aktivitas sosial dan pengurangan perilaku mengisolasi diri pada pasien. Evaluasi dilakukan selama 10 hari perawatan intensif. Dan didukung juga oleh penelitian dari Puspita (2021), mengatakan bahwa penelitian ini mengevaluasi efektifitas intervensi keperawatan berupa terapi perilaku kognitif yang diterapkan selama 7 hari.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2, intervensi yang diberikan termasuk dalam asuhan keperawatan untuk masalah harga diri rendah kronik, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Muhith (2015). Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan, yang berfungsi sebagai proses berkesinambungan untuk menilai efektivitas tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini dilakukan secara terus-menerus untuk memantau apakah kondisi klien mengalami perbaikan.

Faktor yang mendukung adalah kemampuan pasien dalam melaksanakan kegiatan yang telah dipilih secara mandiri. Sementara itu, faktor penghambatnya adalah munculnya rasa malas pada pasien yang kadang menghambat pelaksanaan aktivitas yang telah direncanakan.

4.3 Faktor Pendukung

Faktor pendukung yang memengaruhi keberhasilan asuhan antara lain keterlibatan aktif keluarga dalam memberikan dukungan emosional, hubungan terapeutik yang baik antara perawat dan pasien, serta

kedisiplinan pasien dalam mengikuti terapi dan kegiatan harian. Lingkungan ruang rawat yang kondusif, serta adanya supervisi dari perawat jiwa berpengalaman dan kerja sama tim kesehatan juga turut memperkuat keberhasilan intervensi. faktor yang mendukung pengkajian harga diri rendah kronik meliputi, Hubungan terapeutik yang baik Adanya rasa percaya dan nyaman antara klien dan perawat mempermudah klien terbuka, Keterampilan komunikasi perawat.

4.4 Faktor Penghambat

Proses pengkajian harga diri rendah kronik dapat terhambat oleh berbagai faktor, seperti sikap klien yang tertutup karena masa lalu, takut dihakimi, atau kurang percaya pada perawat, sehingga enggan mengungkapkan perasaan. Komunikasi yang tidak efektif akibat hubungan yang kurang nyaman, penggunaan bahasa yang sulit dipahami, atau minimnya empati dari perawat juga menjadi kendala. Selain itu, gangguan emosional seperti depresi, kecemasan tinggi, atau masalah berpikir dapat membuat klien sulit memberikan informasi yang akurat. Lingkungan yang bising, tidak nyaman, dan kurang privasi turut menghambat keterbukaan pasien. Tekanan sosial dan stigma terhadap isu harga diri membuat klien merasa takut dianggap lemah. Hambatan lain termasuk sikap klien yang enggan berinteraksi dengan orang baru serta munculnya rasa malas yang menghambat partisipasi dalam kegiatan yang telah direncanakan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 10 hingga 15 Februari 2025 terhadap dua pasien menunjukkan faktor predisposisi yang sama, yaitu pengalaman kekerasan dalam keluarga. Pasien 1 mengaku dipukul oleh orang tuanya karena mendengarkan musik metal yang dianggap mengganggu, sedangkan pada pasien 2 mengalami kekerasan dari ayahnya setelah terjadi konflik keluarga yang membuatnya memukul balik sang ayah. Saat wawancara, kedua pasien tampak terdiam dan menunjukkan perasaan tidak berharga. Dalam hal mekanisme koping, pasien 1 menunjukkan kurangnya rasa percaya diri, sedangkan pasien 2 mampu mengatasi masalah dengan baik. Secara medis, keduanya mendapat terapi farmakologis dengan pemberian tablet sekali sehari pada pagi, siang, dan malam.

Berdasarkan analisis data pengkajian, diagnosa keperawatan utama untuk kedua pasien adalah harga diri rendah kronik dengan tanda dan gejala yang serupa. Intervensi keperawatan dilakukan secara bertahap melalui empat strategi pelaksanaan (SP). Pada SP1, dibangun hubungan saling percaya dan identifikasi aktivitas positif yang dapat dilakukan pasien, kemudian dilatih dan dijadwalkan dalam kegiatan harian. SP 2 dan SP 3 dilakukan dengan evaluasi berkala, pemberian pujian dan apresiasi, serta pelatihan aktivitas selanjutnya yang dimasukkan ke dalam jadwal harian pasien. Pada SP 4,

dilakukan evaluasi hasil keseluruhan, pelatihan kemampuan terakhir, dan penyesuaian jadwal kegiatan pasien.

Implementasi intervensi berjalan dengan baik, dimana pasien 1 menyelesaikan semua tahapan intervensi dalam empat kali pertemuan dan pasien 2 dalam tiga kali pertemuan. Keberhasilan ini menunjukkan bahwa kedua pasien mampu mengikuti dan merespon intervensi dengan baik serta mengalami kemajuan dalam melakukan aktivitas positif secara mandiri.

Evaluasi keperawatan menunjukkan penurunan tanda dan gejala harga diri rendah serta peningkatan kemampuan adaptasi pasien. Kedua pasien mulai menunjukkan keinginan untuk berkomunikasi dengan orang lain dan menerima kondisi dirinya saat ini. Proses evaluasi dilakukan secara kolaboratif antara penulis, perawat ruangan, dan tim praktik keperawatan berjalan lancar tanpa hambatan, berkat kerja sama yang baik antara semua pihak.

5.2 Saran

5.2.1 Saran mahasiswa

Diharapkan kepada mahasiswa keperawatan agar dapat mempersiapkan diri dengan lebih optimal sebelum melakukan interaksi langsung dengan pasien. Hal ini mencakup penguatan dalam aspek pengetahuan, keterampilan komunikasi terapeutik, serta kesiapan mental dalam menghadapi kondisi pasien. Selain itu, mahasiswa juga disarankan untuk lebih aktif dalam membaca dan memahami secara mendalam mengenai konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan *Skizofrenia*,

khususnya yang mengalami harga diri rendah kronik, guna meningkatkan kualitas intervensi yang diberikan serta menunjang keberhasilan proses keperawatan secara menyeluruh.

5.2.2 Saran institusi Pendidikan

Kepada institusi pendidikan, diharapkan dapat meningkatkan penyediaan fasilitas pendukung pembelajaran, khususnya dalam bentuk literatur terkini seperti buku referensi dan jurnal ilmiah yang membahas secara mendalam tentang asuhan keperawatan jiwa, terutama pada kasus harga diri rendah kronik. Ketersediaan sumber belajar yang memadai akan sangat membantu mahasiswa dalam memperdalam pemahaman teoretis dan keterampilan praktis selama menjalani pendidikan keperawatan jiwa.

5.2.3 Saran Pasien

Kepada pasien, diharapkan dapat terus mengimplementasikan secara konsisten terapi yang telah diberikan, baik terapi medis maupun intervensi keperawatan yang telah diajarkan selama masa perawatan. Penerapan terapi secara berkelanjutan sangat penting untuk mendukung proses pemulihan, khususnya dalam mengatasi masalah harga diri rendah kronik, serta untuk meningkatkan kualitas hidup pasien secara menyeluruh.

5.2.4 Saran Bagi Rumah Sakit

Kepada pihak rumah sakit, diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi tambahan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan jiwa, khususnya dalam penanganan pasien dengan masalah harga diri rendah kronik. Selain itu, rumah sakit diharapkan dapat

mengoptimalkan strategi pelaksanaan intervensi keperawatan yang lebih terarah dan berkelanjutan, guna mendukung proses pemulihan pasien secara efektif dan menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

Afnuhazi, A. (2015) *Manajemen Psikologi Klinis*. Jakarta: Pustaka Ilmu.

Anggit, A. (2020) *Psikologi Klinis: Sebuah Pendekatan Praktis*. Jakarta: Pustaka Abadi

Data rekam medis RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta selama tahun 2023 menyebutkan dari 3520 terdapat 48 klien rawat inap yang menderita gangguan harga diri rendah kronik.

Febriyanti, D. (2022) *Konsep Harga Diri dan Intervensi Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Hidayat, A.A. (2020) *Asuhan keperawatan: Proses dan praktik di berbagai tatanan pelayanan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Indriani, R., Prasetyo, B. and Lestari, A. (2021) *Skizofrenia: Pendekatan Holistik dalam Keperawatan Jiwa*. Bandung: Alfabeta.

Juliasari, N. (2018) *Konsep Diri dan Rentang Respons Keperawatan Jiwa*. Bandung: Graha Ilmu.

Juliasari, N. (2018) *Konsep Diri dan Rentang Respons Keperawatan Jiwa*. Bandung: Graha Ilmu.

Karim, A. (2022) *Konsep Diri dan Rentang Respons Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi Klinis*. Bandung: Refika Aditama.

Keliat, B.A. (2020) *Asuhan Keperawatan Gangguan Harga Diri*. Jakarta: EGC.

Kusuma, H. (2019) *Teknik Pengumpulan Data dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Andi.

Maulana, M. A. (2022). Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Dan Latihan Peningkatan Aspek Positif Pada Tn. R Dan Tn. K Di Ruang Hudowo Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.2022.

Maulana, M. A. (2022). Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Dan Latihan Peningkatan Aspek Positif Pada Tn. R Dan Tn. K Di Ruang Hudowo Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.2022.

Mukhripah, D. and Iskandar, R. (2020) *Asuhan Keperawatan Jiwa: Pendekatan Teori dan Praktik dalam Kasus Harga Diri Rendah*. Jakarta: Mitra Cendekia Media.

Munandar, A. (2022) *Keperawatan Jiwa: Pendekatan Psikologis dalam Mengatasi Harga Diri Rendah*. Yogyakarta: Deepublish.

Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2020). The Symptoms of Low Self Esteem Decline after Being Given Acceptance and Commitment Therapy. Adv Practice Nurs, 5, 170.

Pardede, T.S. and Keliat, B.A. (2020) *Keperawatan Jiwa: Gangguan dan Penatalaksanaannya*. Jakarta: EGC.

Purwanto, A. (2020) *Psikologi Klinis*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.

Rahayu, S., Nugroho, H.S. and Wibowo, Y. (2019) *Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi Praktik Klinis*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Rekam Medis RSJD Dr.Arif Zainudin Surakarta. (2023). Laporan Pasien Rawat Inap Tahun 2024. RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta.

Riyadi, A. and Purwanto, H. (2015) *Terapi Somatik dan Tindakan Keperawatan Jiwa: Pendekatan Praktis di Lahan Klinik*. Jakarta: Salemba Medika.

Rokhimmah. 2020. ―Konse l p Harga Diri Re l ndah.‖ Ange l wandte l Che l mie l Inte l rnational dition, 6(11), 951–952., no. 2013: 5–24.

Ruswandi, R. (2021) *Kesehatan Mental dan Harga Diri: Pendekatan Psikososial dalam Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.

Septina, L. (2020) *Asuhan Keperawatan Jiwa: Harga Diri Rendah dan Strategi Intervensi Klinis*. Jakarta: EGC.

Susilaningsih, I., & Sari, R. N. (2021). Litterature Review: Terapi Kognitif Pada Klien Harga Diri Rendah. Keperawatan, 53-67.

http://ejournal.akperkbn.ac.id/index.php/jkkb/article/view/79

Sutejo, A. (2023) *Mekanisme Koping dan Kesehatan Mental: Strategi Adaptasi dalam Menghadapi Krisis*. Surabaya: Citra Medika Press.

Sutejo, A. (2023) *Mekanisme Koping dan Kesehatan Mental: Strategi Adaptasi dalam Menghadapi Krisis*. Surabaya: Citra Medika Press.

Torres, M. (2021) *Self-esteem and mental health: The link between chronic low self-esteem and psychiatric disorders*. New York: Mental Health Press.

Videbeck, S.L. (2020) *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 8th edn. Philadelphia: Wolters Kluwer.

World Health Organization (WHO). (2019) *Schizophrenia*. [online] Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia [Accessed 24 Apr. 2025].

Lampiran 1

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Kami adalah peneliti berasal dari Universitas MH Thamrin Jurusan Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpatisipasi dengan sukarela dengan penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia* Dengan Harga Diri Rendah Kronik Di Ruang Berry RSKD Duren Sawit".
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan yang dapat memberikan manfaat berupa cara mengetahui gejala, faktor penyebab dan penanganan pada pasien yang mengalami *Skizofrenia* dengan masalah Harga Diri Rendah Kronik. Penelitian ini akan berlangsung selama 6 hari, dari tanggal 10 Februari 2025 sampai dengan 15 Februari 2025.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikut sertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor 085891583299.

PENELITI

(Tri Angga Lianto)

Lampiran 2

INFORMED CONSENT

Persetujuan menjadi partisipan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh

Tri Angga Lianto dengan judul Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia* Dengan Harga Diri Rendah Kronik Di Ruang Berry RSKD Duren Sawit.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpatisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan, bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu waktu tanpa sanksi apapun.

Jakarta, 13 February 2025

Saksi	Yang Memberikan Persetujuan
(Amanda Fadilah)	(Pasien 1, Tn A)

Jakarta, 13 February 2025

Peneliti

(Tri Angga Lianto)

INFORMED CONSENT

Persetujuan menjadi partisipan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh

Tri Angga Lianto dengan judul Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *skizofrenia* dengan Harga Diri Rendah Kronik Di Ruang Berry RSKD Duren Sawit.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpatisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan, bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu waktu tanpa sanksi apapun.

Jakarta, 13 February 2025

Saksi	Yang Memberikan Persetujuan
(Rafael Dava Junior)	(Pasien 2, Tn O)

Jakarta, 13 February 2025

Peneliti

(Tri Angga Lianto)

Lampiran 3

Pasien 1

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN JAKARTA

RUANGAN RAWAT : TANGGAL DIRAWAT:

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Tn.A (L/P) Tanggal pengkajian :Senin 10/02/2025

Umur : 36 Tahun RM No : 00219935

Informan : Pasien

II. ALASAN MASUK :

Pasien mengatakan dimarahi oleh bapaknya karena sering menyetel lagu metal atau rock, Pasien mengatakan dipukul karena bapak nya keberisikan, pasien selama di RS tidak pernah beraktivitas, pasien bercerita dijauhkan oleh temen karena di bilang stress lagu metal atau rock, pasien memiliki riwayat halusinasi pasien mengalami halusinasinya sering terjadi 2x sehari sore hari dan malem hari

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? ☒ Ya ☐ Tidak
2. Pengobatan sebelumnya : ☐ Berhasil ☒ Kurang berhasil ☐ Tidak berhasil
3.

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
a. Aniaya fisik :		☒ 36 Thn	
b. Aniaya seksual :			
c. Penolakan :			
d. Kekerasan dalam keluarga :		☒ 36 Thn	
e. Tindakan kriminal :			

Jelaskan No 1, 2, 3 **:** Pasien mengatakan korban kekerasan dalam keluarga karena di pukul oleh bapaknya karena keberisikan musik metal atau rock, Pasien mengatakan tidak ada masalah tindakan kriminal, Pasien mengatakan korban aniaya fisik dari bapaknya, Pasien mengatakan tidak ada penolakan.

Masalah Keperawatan **: Resiko Perilaku Kekerasan**

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ☐ Ya ☒ Tidak

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan/perawatan
Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan konflik hubungan antara orang tuanya karena music metal atau rock perasaan pasien sangat kesal,pasien mengalami kecelakan pasien luka luka di bagian tangan sebelah kiri dan kaki di bagian kiri

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Keperawatan

FISIK

6. Tanda Vital : TD: : 128/80 mmhg N:86 x/menit S: 36 c P: 2 1 x / m e n i t
7. Ukur : TB: 154 cm BB: 55 Kg
8. Keluhan Fisik : ☐ Ya ☒ Tidak

Jelaskan : .....

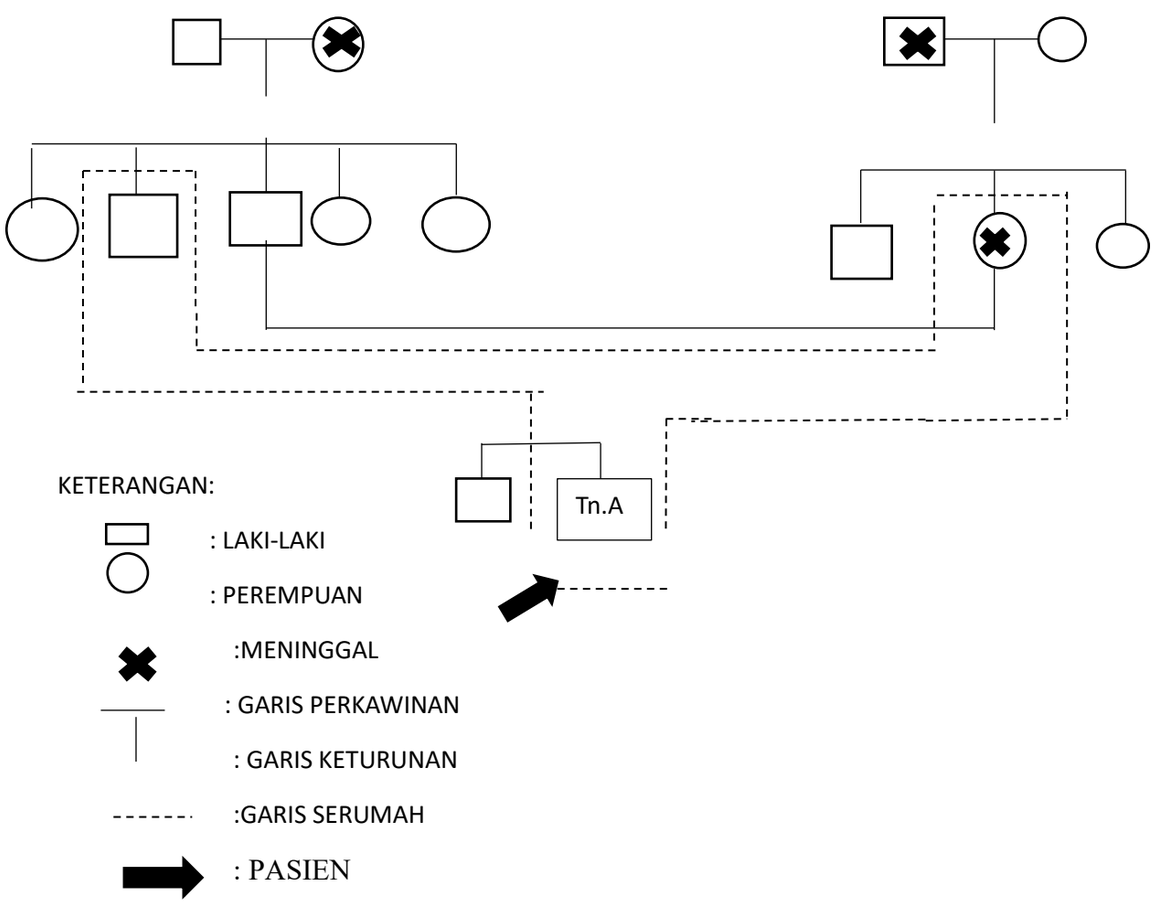
.....

.....

Masalah Keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**

PSIKOSOSIAL :

9. Genogram :



Jelaskan : .....

.....

.....

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Konsep diri : Pasien mempunyai seseorang saja,pasien anak ke 2 dari 2 bersaudara.pola asuh dalam keluarga sangat cukup baik dan terbuka saat komunikasinya

a. Gambaran diri : Pasien mengatakan tidak istimewa sama diri nya sendiri karena bahwa diri dia seperti tidak berguna sama keluarga nya perasaannya sangat sedih

b. Identitas : Pasien seorang laki-laki yang berusia 36 tahun,anak ke 2 dari 2 saudara

c. Peran : Pasien mengatakan berperan sebagai bekerja serabutan untuk membantu keluarga karena ekonomi nya kurang baik

d. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan cepat pulang ke panti dan bisa bertemu teman-temannya

e.Harga diri : Pasien mengatakan kurang percaya diri semenjak ibunya sudah meninggal dan pasien

mengatakan merasa malu karena di bilang stres sama temennya karena lagu metal atau rock Peran sebagai anak yang belum menikah dan belum bekerja tetap diusia 36 tahun, bagaimana perasaannya,Menjalankan tanggung jawab terhadap orang tua, seperti membantu secara ekonomi, memberikan perhatian, dan dukungan emosional, Menjadi bagian dari keluarga yang diharapkan untuk tetap menjaga hubungan baik dan mendukung kesejahteraan keluarga., Menghadapi ekspektasi sosial dan keluarga, di mana pada usia tersebut biasanya ada tekanan atau harapan untuk menikah.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

11. Hubungan sosial :

a. Orang yang berarti : Pasien mengatakan orang yang sangat berarti kedua orang tuanya tetapi ibunya sudah meninggal,pasien merasakan sedih ketika ditinggal ibunya

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : Pasien mengatakan di panti selalu ikut pengajian saat jadwalnya yaitu hari kamis

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Pasien mengatakan tidak ada hambatan dalam berteman di panti

d. **Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

12. Spiritual :

a. Nilai dan keyakinan : Pasien mengatakan beragama Islam,Pasien mengatakan di panti suka beribadah dan pengajian

b. Kegiatan ibadah : Pasien mengatakan suka beribadah di pantinya dan sangat suka mendengarkan ceramah di masjid

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

c.

IV. STATUS MENTAL

1. Penampilan :

☒ Tidak rapi ☐ Penggunaan pakaian Tidak sesuai ☐ Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : Pasien memakai pakaian rumah sakit,tidak rapih celana terlihat kendor,rambut pasien pendek dan rapih

Masalah Keperawatan : Defisit Perawataan Diri

2. Pembicaraan :

☐ Cepat	☐ Keras	☐ Gelisah	☒ Inkoheren
☐ Apatis	☐ Lambat	☐ Membisu	☐ Tdk mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : Pasien berbicara inkoheren karena berbicara nya lambat atau cepat dan tidak nyambung saat berbicara, pasien mampu mulai berbicara

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Aktivitas motorik :

☒ Lesu	☐ Tegang	☐ Gelisah	☐ Agitasi
☐ Tik	☐ Grimasen	☐ Tremor	☐ Kompulsif

Jelaskan : Pasien tampak lesu terlihat sering melamun dan menunduk dan menyendiri di kamar pasien mengatakan tidak percaya diri

.**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik**

4. Alam perasaan :

☐ Sedih ☐ Ketakutan ☐ Putus asa ☐ Khawatir ☐ Gembira berlebihan

Jelaskan : Pasien terlihat senang,tidak ada raut wajah yang sedih atau marah,pasien mampu bercerita mengungkapkan perasaannya

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Afek :

☒ Datar ☐ Tumpul ☐ Labil ☐ Tidak sesuai

Jelaskan : Pasien mampu memberi respon temen satu ruangannya sangat baik,tetapi ekpresi wajah

pasien tampak datar

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

6. Interaksi selama wawancara :

☐ Bermusuhan	☐ Tidak kooperatif	☐ Mudah tersinggung
☐ Kontak mata (-)	☐ Defensif	☐ Curiga

Jelaskan : Pasien saat di ajak berbicara sangat kooperatif dan menjawab pertanyaan dengan sangat

baik saat di tanya oleh perawatnya

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

7. Persepsi :

☒ Pendengaran ☐ Penglihatan ☐ Perabaan

☐ Pengecapan ☐ Penghidu

Jelaskan : Pasien mengatakan pendengarannya sering ada suara musik" metal atau rok"frekuensi 2x sehari waktu terjadi di sore hari dan malam hari perasaan nya sangat mengganggu tetapi respon nya sangat senang

Masalah Keperawatan : Halusinasi,Pendengaran

8. Proses pikir :

☐ Sirkumtansial ☐ Tangensial ☐ Kehilangan asosiasi

☐ Flight of idea ☐ Blocking ☐ Pengulangan pembicaraan/perseverasi

Jelaskan : Pasien berfikir dengan baik atau normal seperti orang sehat

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

9. Isi pikir :

☐ Obsesi ☐ Fobia ☐ Hipokondria

☐ Defersonalisasi ☐ ide yang terkait ☐ Pikiran magis

Waham

☐ Agama ☐ Somatik ☐ Kebesaran ☐ Curiga

☐ Nihilistic ☐ Sisip pikir ☐ Siar pikir ☒ Kontrol pikir

Jelaskan : Pasien tampak terlihat tidak bisa mengontrol isi pikiran nya

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

10. Tingkat kesadaran:

☐ Bingung ☐ Sedasi ☐ Stupor

Disorientasi

☐ Waktu ☐ Tempat ☐ Orang

Jelaskan : Pasien dengan tingkat kesadarannya sangat baik,dan pasien sadar jika sedang di rumah sakit dan menyadari bahwa dia mengatakan dirinya pasien.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

11. Memori :

☐ Gangguan daya ingat jangka panjang ☐ Gangguan daya ingat jangka pendek

☐ Gangguan daya ingat saat ini ☐ Konfabulasi

Jelaskan : Pasien dapat mengingatnya kejadian di masalalunya dan kejadian saat ini

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung :

☐ Mudah beralih ☐ Tidak mampu konsentrasi ☐ Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : Pasien sangat mampu berkonsentrasi dan berhitung 1 sampai 20

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

13. Kemampuan penilaian :

☐ Gangguan ringan ☐ Gangguan bermakna

Jelaskan : Pasien mengatakan ketika saat beraktivitas pasien lebih baik diam karena gamao berinteraksi sama orang baru.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

14. Daya tilik diri :

☐ Mengingkari penyakit yang diderita ☐ Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : Pasien mengatakan sakit karena music metal atau rock,ia di pukul bapaknya karena keberisikan

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

V. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

2. BAB / BAK

☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan : Pasien makan dan minum sendiri, Pasien membuang air besar dan air kecil sendiri

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Mandi

☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

4. Berpakian / berhias

☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

☒ Tidur siang, lama :12.21 wib.s/d 15.30 wib

☒ Tidur malam, lama : .21.00 wib s/d 07.40 wib.

6. Pengguanaan obat

☒ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan	☒ Ya	☐ Tidak
	☐	☐
Perawatan pendukung	Ya	Tidak

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan	☐ Ya	☐ Tidak
Menjaga kerapihan rumah	☐ Ya	☐ Tidak
Mencuci pakaian	☐ Ya	☐ Tidak
Pengaturan keuangan	☐ Ya	☐ Tidak

9. Kegiatan di luar rumah

Belanja	☐ Ya	☐ Tidak
Transportasi	☐ Ya	☐ Tidak
Lain-lain	☐ Ya	☐ Tida

Jelaskan : Pasien mandi dengan cara mandiri, Pasien berpakaian dengan sendirinya, Pasien mengatakan tidur nya sesudah makan siang jam 12.21 sampe jam 15.30,dan tidur malem dari jam 21.00 sampai jam 07.40, Bantuan obat dari perawat, Pemeliharan kesehatan pasien sangat baikPasien mengatakan menyiapkan makan sudah di tersediakan oleh bapaknya

Pasien mengatakan merapihkan rumah terkadang sendiri atau sudah di rapihkan oleh bapaknya,Pasien mengatakan mencuci pakaian dengan sendirinya, n pengaturan keuangan adalah orangtuanya, Pasien mengatakan tidak pernah belanja

Pasien mengatakan menggunakan kendaraan pribadi sendiri jika ada tujuan kemana-mana

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

VI. MEKANISME KOPING

Adaptif		Maladaptif	
☐	Bicara dengan orang lain	☐	Minum alkohol
☐	Mampu menyelesaikan masalah	☐	Reaksi lambat/berlebih
☐	Tehnik relaksasi	☐	Bekerja berlebihan
☐	Aktivitas konstruktif	☐	Menghindar
☐	Olahraga	☐	Mencederai diri
☐	Lainnya : Tidak ada	☒	Lainnya: Pasien mengatakan lebih suka menyendiri lebih suka mengurung diri,pasien mengatakan bahwa dirinya kurang percaya diri karena diri merasa malu sama tetangganya

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

Isolasi Sosial

VII. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

☒ Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik
Pasien mengatakan di ejek oleh temen – temen nya di katain stress music metal karena itu merasa di bully pasien merasa sedih dan malu.

☒ Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik
Pasien mengatakan lingkungan merasa tidak nyaman karena banyak yang tidak suka terasa seperti di pojokan tentang dirinya.

☒ Masalah dengan pendidikan, spesifik
Pasien mengatakan sekolah sampe sd saja karena tidak mau untuk melanjutkan ny

☒ Masalah dengan pekerjaan, spesifik
Pasien mengatakan tidak bekerja

☒ Masalah dengan perumahan, spesifik
Pasien mengatakan bahawa dirinya di perilaku tidak baik oleh temen-temennya di ejek merasa di bully

☒ Masalah ekonomi, spesifik.

Tidak ada masalah ekonomi

☒ Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik
Pasien menagatakan tidak ada masalah pelayanan kesehatan

☒ Masalah lainnya, spesifik .....
.....

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

VIII. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

☐	Penyakit jiwa	☐	System pendukung
☐	Faktor presipitasi	☐	Penyakit fisik
☐	Koping	☐	Obat-obatan
☐			

Lainnya : Pasien mengatakan mengetahui penyakit dirinya tentang jiwa yang dialami *Skizofrenia* dengan masalah nya harga diri rendah kronik dan pasien mengetahui obat –obatan nya yang di minum.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

IX. ASPEK MEDIK

Diagnosa Medik : *Skizofrenia*
Terapi Medi : Clozapine 2x 25mg

Depram 1 x 20 mg

Trihexyphendyl 1x 2 mg

ANALISA DATA

Data	Masalah
DS: - Pasien mengatakan sakit hati di katain sama temen-temennya c bilang stress lagu metal atau rock - Pasien mengatakan kurang percaya diri - Pasien mengatakkan malu kepada orang lain DO: - Pasien tampak malu - Pasien tampak tidak beraktivitas Pasien tampak kurang percaya diri	**HARGA DIRI RENDAH KRONIK**
DS: - Pasien mengatakan di pukul oleh bapaknya karena masalah keberisikan music metal atau rock - Pasien mengatakan takut DO: - Pasien tampak emosional atau kesal - Pasien tampak takut	**RESIKO PERILAKU KEKERASAN**
DS: - Pasien mengatakan pendengaran nya ada suara lagu music metal atau rock - Pasien mengatakan suara nya muncul di sore dan malam hari DO: - Pasien tampak kooperatif Pasien tampak kebingungan dengan suara itu selalu	**HALUSINASI PENDENGARAN**
DS: - Pasien mengatakan bahwa merasa kurang percaya sama diri nya karena sudah membuat kecewa orangtuanya - Pasien merasa sedih DO: - Pasien merasa sedih Pasien tampak lesu	**KOPING INDIVIDU TIDAK EFEKTIF**

POHON DIAGNOSIS

Resiko Perilaku kekerasan

↑

Halusinasi pendengaran

↑

Harga Diri Rendah Kronik

Core Problem

↑

Koping Individu Tidak Efektif

X. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1.Harga Diri Rendah Kronik
2. Resiko Perilaku Kekerasan

3. Halusinasi,Pendengaran

4. Koping individu tidak efektif

DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Sesuai urutan prioritas)

1.Harga Diri Rendah Kronik
2. Resiko Perilaku Kekerasan

3. Halusinasi,Pendengaran

Jakarta 10 Februari 2025
.....,.....

Mahasiswa,

(…….)
NPM :

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN
KESEHATAN JIWA DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH. THAMRIN

Nama : **Diagnosa Medis :**

Ruangan : **NO. RM :**

Hari/ tgl	**No DX**	**DX Kep**	**Perencanaan**			
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
10 Feb 2025	1	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 8. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 9. Ada kontak mata 10. Pasien mampu menjawab Salam perawat 11. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 12. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 13. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 14. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	8. Bina hubungan saling percaya 9. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 10. Perkenalkan diri dengan sopan 11. Tanya nama pasien yang lengkap dan panggilan yang di sukai 12. Jujur dan menepati 13. Jelas kan tujuan pertemuan saat ini 14. Tunjukan sikap empati dari menerima pasien apa adanya	Hubungan saling percaya merupakan Dasar untuk kelancaran hubungan selanjutnya atau lebih berinteraksi lebih baik
					Sp 1 : 6. menIdentifikasi kemampuan melakukan kegiatn dan aspek positifpasien (buat daftar kegiatan)	

					7. Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini pilih dari daftar kegiatan yang telah dibuat 8. Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih	
					9. Melatih kegiatan yang dipilih dan memberikan contoh untuk melakukan 10. Masukkan pada jadwal kegiatan harian	
11 Feb 2025	**1**	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 8. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 9. Ada kontak mata 10. Pasien mampu menjawab Salam perawat 11. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 12. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 13. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 14. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 2 : 5. Mengevaluasi kegiatan sp 1 yang telah di latih dan kita beri pujian 6. Bantu pasien memilih kegiatan yang kedua yang kita saat latih 7. Melatih kegiatan kedua (alat dan cara) 8. Masukan jadwal pada kegiatan harian	3. Diskusikan Bersama pasien Kemampuan yang masih dapat dilakukan 4. Diskusikan dengan kemampuan yang dapat akan dilakukan

12 Feb 2025	**1**	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 8. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 9. Ada kontak mata 10. Pasien mampu menjawab Salam perawat 11. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 12. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 13. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 14. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 3 : 5. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah kita latih dan beri pujian terhadap pasien 6. Bantu pasien untuk memilih kegiatan ke tiga yang akan dilatih 7. Latih kegiatan ke tiga 8. Dan masukkan jadwal kegiatan harian	3. Diskusikan dengan Bersama pasien kegiatan yang dapat di lakukan setiap hari dengan kemampuannya 4. Tingkatkan kegiatan yang di sesuai dengan keadaan kondisi Pasien dan diberikan contoh

13 Feb 2025	**1**	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 8. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 9. Ada kontak mata 10. Pasien mampu menjawab Salam perawat 11. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 12. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 13. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 14. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 4 : 5. Evaluasi kegiatan pertama,kedua,ketiga yang sudah di latih dan berikan pujian 6. Membantu pasien memilih kegiatan ke empat yang akan di latih 7. Latih kegiatan yang keempat 8. Masukkan pada kedalam jadwal untuk latihan	4. Pasien Mampu melakukan latihan 5. Untuk meredahkan harga diri rendah 6. Mampu melihatkan kegiatan pasien

Pasien 1

Nama Pasien:Tn A

Pasien 1	
IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	**EVALUASI (SOAP)**
Hari/Tanggal: Senin,10 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :1/1 Data & Kemampuan: DS: - Pasien mengatakan sakit hati di katain sama temen-temennya di bilang stress lagu metal atau rock - Pasien mengatakan malu karena bapaknya membawa ke panti - Pasien mengatakan kurang percaya diri DO: - Pasien tampak malu - Pasien tampak tidak beraktivitas Kemampuan 3. Pasien belum mampu melakukan kegiatan (saat merapikan tempat tidur) 4. Pasien belum mampu memasukkan pada kegiatan ke dalam jadwal Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaiman cara membersihkan tempat tidur - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 2 - Evaluasi kegiatan pertama yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur)masukkan kedalam jadwal kegiatan harian lanjut ke SP 2 beri pujian - Latih kemampuan ke dua serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian	S : - Pasien mau untuk berkenalan dengan perawat - Pasien mengatakan akan merapihkan tempat tidurnya pada 2x sehari bangun tidur maupun sebelum tidur O : - Pasien tampak mampu merapihkan tempat tidur - Pasien tampak mampu melakukan identifikasi diri nya dengan kemampuan aspek positif yang di milikinya A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan mengingat untuk mengenal kemampuan aspek yang positi dinilikinya - Latihan kegiatan yang pertama(merapihkan tempat tidur)2x sehari

	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Selasa,11 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :2/2 Data & Kemampuan: DS: - Pasien mengatakan sakit hati di katain sama temen-temennya di bilang stress lagu metal atau rock - Pasien mengatakan malus ama orang lain - Pasien kurang percaya diri DO: - Pasien tampak malu - Pasien tampak tidak beraktivitas Kemampuan : - Pasien mampu melakukan kegiatan (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien belum mampu melakukan kegiatan yang kedua yaitu menggambar Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan : - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) A:Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur - Latihan sp2 yaitu menggambar

- Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 3 - Evaluasi kegiatan pertama, kedua yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar) - Latih kemampuan ke ketiga serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Rabu,12 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :3/3 Data & Kemampuan: DS: - Pasien mengatakan sakit hati di katain sama temen-temennya di bilang stress lagu metal atau rock - Pasien mengatakan malus ama orang lain - Pasien kurang percaya diri DO: - Pasien tampak malu - Pasien tampak tidak beraktivitas Kemampuan : - Pasien mampu melakukan kegiatan pertama (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar,menyanyi - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien belum mampu melakukan kegiatan yang kedua yaitu menyanyi Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan : - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur dan menggambar serta menyanyi - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 4	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih - Pasien sangat kembira O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke tiga yaitu (menyanyi) A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur - Latihan sp2 yaitu menggambar - Latiham sp 3yaitu menyanyi

- Evaluasi kegiatan pertama,kedua yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar) - Latih kemampuan ke ketiga serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Kamis,13 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :4/4 Data & Kemampuan: DS: - Pasien mengatakan sakit hati di katain sama temen-temennya di bilang stress lagu metal atau rock - Pasien mengatakan malus ama orang lain - Pasien kurang percaya diri DO: - Pasien tampak malu - Pasien tampak tidak beraktivitas Kemampuan : - Pasien mampu melakukan kegiatan pertama (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar,menyanyi dan mencuci ompreng - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien mampu melakukan kegiatan yang keempat yaitu mencuci ompreng Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan :	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih - Pasien sangat kembira O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke tiga yaitu (menyanyi) - Pasien mampu melakukan kegiatan keempat yaitu(mencuci ompreng A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur - Latihan sp2 yaitu menggambar - Latiham sp 3yaitu menyanyi - Latihan sp 4 yaitu mencuci ompreng

- Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur dan menggambar serta menyanyi,mencuci ompreng - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Rencana tidak lanjut(u/Perawat): - Evaluasi kegiatan pertama,kedua,ketiga keempat yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar,menyanyi,mencuci ompreng) - Latih kemampuan ke empat serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

Pasien 2

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN JAKARTA

RUANGAN RAWAT : TANGGAL DIRAWAT:

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Tn.O (L/P) Tanggal pengkajian: selasa 11/02/2025
Umur : 35 Tahun RM No. : 00323093
Informan : Pasien

XI. ALASAN MASUK :

Pasien mengatakan ia sangat pusing melihat bapak dan ibu sering bertengkar pasien dibawa ke rumah sakit duren sawit karena banting banting barang di depan bapak dan ibu nya karena berisik serta malu sama tetangga sekitar nya dan pasien selalu di dalam kamar karena malu karena liat sikap ibu dan bapaknya sering bertengkar. Pasien mengatakan punya rasa trauma dari kejadian tersebut, pasien memiliki riwayat halusinasi mendengar suara bapaknya'kamu bukan keluarga saya. Pasien mengatakan sering terjadi 2x sehari suara di sore hari dan malem hari pasien tahu cara menghardik halusinasi

XII. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? [ ] Ya [✖] Tidak
2. Pengobatan sebelumnya : [✖] Berhasil [ ] Kurang berhasil [ ] Tidak berhasil
3.

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
a. Aniaya fisik :			
b. Aniaya seksual :			
c. Penolakan :			
d. Kekerasan dalam keluarga :	✖ 35 Thn	✖ 35 Thn	
e. Tindakan kriminal :			

Jelaskan No 1, 2, 3 : Pasien mengatakan baru pertama kali datang ke RSKD Duren Sawit, Pasien mengatakan baru pertama kali berhasil pengobatan di RSKD Duren Sawit, Pasien mengatakan tidak ada aniaya fisik, Pasien mengatakan tidak ada aniaya Seksual, Pasien mengatakan tidak ada penolakan, Pasien mengatakan pelaku kekerasan dalam keluarga membanting barang dan memukul,Pasien mengatakan menjadi korban karena di pukul oleh bapaknya, Pasien mengatakan tidak ada masalah tindakan krimina.

Masalah Keperawatan : Perilaku Kekerasan

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ☐ Ya ☒ Tidak

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan/perawatan
Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan konflik terhadap orang tua nya karena ibu dan bapaknya sering bertengkar,perasaan pasien sangat malu sama tentangga sekitar rumah nya dan pasien mengalami trauma melihat ibu bapaknya sering bertengkar terus-menerus

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

FISIK

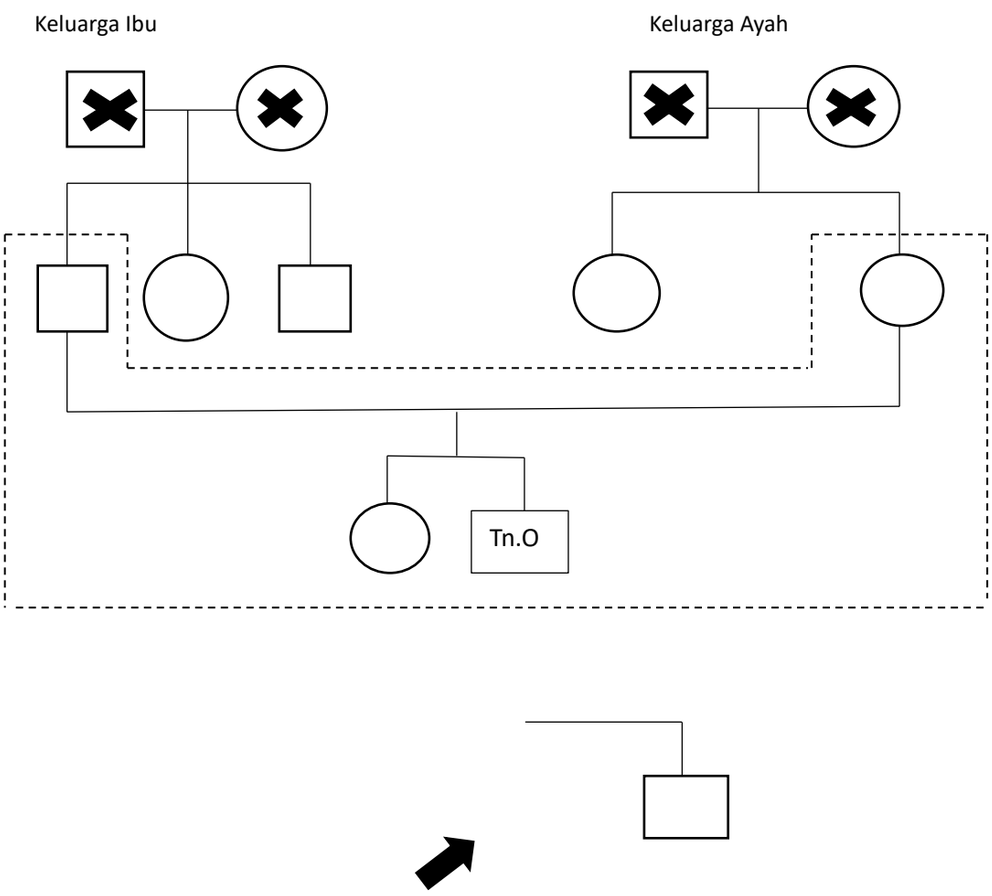
6. Tanda Vital : TD: 125/80 mmhg N:88 x/menit S: 36 cP: 20 x/menit
7. Ukur : TB: 172 cm BB: 63 kg
8. Keluhan Fisik : ☐ Ya ☒ Tidak

Jelaskan : Pasien mengatakan tidak ada masalah keperawat

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

PSIKOSOSIAL :

9. Genogram :



KETERANGAN:

: LAKI-LAKI

: PEREMPUAN

:MENINGGAL

: GARIS PERKAWINAN

: GARIS KETURUNAN

:GARIS SERUMAH

: PASIEN

Jelaskan : .....

.....

.....

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

a. Konsep diri : Pasien mempunyai orang tua yang masih lengkap, pasien anak ke 2 dari 3 saudara,pola asuh sangat baik dan terbuka komunikasinya

b. Gambaran diri : Pasien mengatakan puas sama dirinya karena dahulu bisa bekerja di kantin serta membantu keluarganya,pasien mengatakan hobi memasak

c. Identitas : Pasien seseorang laki-laki yang berusia 35 tahun,anak ke 2 dari 3 bersaudara

d. Peran : Pasien mengatakan berperan sebagai bekerja di kantin jualan nasi uduk,untuk membantu keluarga

e. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan cepet pulang serta bertemu keluarganya,dan ingin bekerja lagi

f. H arga diri : Pasien mengatakan tidak ada yang bisa memahami perasaan nya,karena ibu dan bapaknya sering bertengkar,pasien merasa malu sama tetangga sekitar rumahnya,bagaimana dalam,perasaannya,menjalankan

Dengan umur 35 tahun bahwa diri nya belum menikah,bertanggung jawab terhadap untuk orang tuanya,dengan membantu ekonomi orang tua,untuk kehidupan sehari harinya dan memberikan perhatian serta dukungan untuk orang tua dengan baik,serta ekpetasi sosial dan keluarga,di mana usia tersebut biasanya ada tekanan atau harapan menikah

Masalah Keperawatan : **Harga Diri Rendah Kronik**

10.Hubungan sosial :

a. Orang yang berarti : Pasien mengatakan orang yang sangat berarti kedua orang tuanya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : Pasien mengatakan ikut pengajian di masyarakat nya dan bergotong-royong

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Pasien mengatakan berhubungan baik bersama warga sekitarnya
Masalah Keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**

11.Spiritual :

a. Nilai dan keyakinan : Pasien mengatakan beragama Islam dan rajin menjalankan sholat 5 waktunya dan baca al quran

b. Kegiatan ibadah : Pasien mengatakan sering sholat 5 waktu dan suka membaca al quran

c. **Masalah Keperawatan** : **Tidak ada masalah keperawatan**

XIII. STATUS MENTAL

1. Penampilan :

☒ Tidak rapi ☐ Penggunaan pakaian Tidak sesuai ☐ Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : Pasien memakai pakaian tidak rapih rumah sakit tidak rapih,celana terlihat kendor,rambut pasien pendek Dan rapih

Masalah Keperawatan : Defisit Perawataan Diri

2. Pembicaraan :

☐ Cepat ☐ Keras ☐ Gelisah ☐ Inkoheren
☐ Apatis ☐ Lambat ☐ Membisu ☐ Tdk mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : Pasien berbicara dengan nada sedang dan normal,pasien mampu berbicara dengan baik

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Aktivitas motorik :

☒ Lesu ☐ Tegang ☐ Gelisah ☐ Agitasi
☐ Tik ☐ Grimasen ☐ Tremor ☐ Kompulsif

Jelaskan : Pasien tampak terlihat lesu karena sering menyendiri atau terdiam di kamar pasien mengatakan tidak suka berbicara ketemennya.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

4. Alam perasaan :

☐ Sedih ☐ Ketakutan ☐ Putus asa ☒ Khawatir ☐ Gembira berlebihan

Jelaskan : Pasien mengatakan sering ketakutan dan merasa khawatir

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

5. Afek :

☐ ☐ ☐ ☐

✖ Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan : Pasien terlihat ekpresi wajah nya tampak datar,pasien terlihat sedih karena rasa bersalah sama kedua orang tuanya karena marah-marah dan membanting-banting barang

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

6. Interaksi selama wawancara :

☐ Bermusuhan ☐ Tidak kooperatif ☐ Mudah tersinggung

☐ Kontak mata (-) ☐ Defensif ☐ Curiga

Jelaskan : Pasien ketika interaksi sangat baik dan kooperatif dan bisa menjawab pertanyaan oleh Perawatnya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

7. Persepsi :

✖ Pendengaran ☐ Penglihatan ☐ Perabaan

☐ Pengecapan ☐ Penghidu

Jelaskan : Pasien mengatakan pendengarannya sering ada suara bapaknya'kamu bukan keluarga saya"frekuensi 2x sehari waktu terjadi sore hari dan malem hari, perasaan nya sangat terganggu, respon sangat tidak peduli dengan suara itu

Masalah Keperawatan : Halusinasi,Pendengaran

8. Proses pikir :

☐ Sirkumtansial ☐ Tangensial ☐ Kehilangan asosiasi

☐ Flight of idea ☐ Blocking ☐ Pengulangan pembicaraan/perseverasi

Jelaskan : Pasien berfikir dengan baik atau normal seperti orang sehat

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

9. Isi pikir :

☐ Obsesi ☐ Fobia ☐ Hipokondria

☐ Defersonalisasi ☐ ide yang terkait ☐ Pikiran magis

Waham

☐ Agama ☐ Somatik ☐ Kebesaran ☐ Curiga

☐ Nihilistic ☐ Sisip pikir ☐ Siar pikir ☐ Kontrol pikir

Jelaskan : Pasien dapat berpikir seperti orang sehat,pasien tidak ada waham,pasien merasakan trauma dan malu karena ibu dan bapaknya sering bertengkar

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

10. Tingkat kesadaran:

☐ Bingung ☐ Sedasi ☐ Stupor

Disorientasi

☐ Waktu ☐ Tempat ☐ Orang

Jelaskan **:** Pasien dengan tingkat kesadarannya sangat baik,dan pasien sadar jika sedang di rumah sakit dan menyadari bahwa dia mengatakan dirinya pasien

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

11. Memori :

☐	Gangguan daya ingat jangka panjang	☐	Gangguan daya ingat jangka pendek
☐	Gangguan daya ingat saat ini	☐	Konfabulasi

Jelaskan **:** Pasien dapat mengingat kejadian di masalalunya dan kejadian saat ini

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung :

☐ Mudah beralih ☐ Tidak mampu konsentrasi ☐ Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : Pasien sangat mampu berkonsentrasi dan berhitung 1 sampai 20

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

13. Kemampuan penilaian :

☐ Gangguan ringan ☐ Gangguan bermakna

Jelaskan : Pasien mengatakan ketika saat beraktivitas pasien lebih baik diam karena gamao berinteraksi sama orang baru

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

14. Daya tilik diri :

☐ Mengingkari penyakit yang diderita ☐ Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : Pasien mengatakan penyakit nya karena bapak dan ibu sering bertengkar merasa malu sama tetangga sekitarnya dan mengalami trauma.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

XIV. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

2. BAB / BAK

☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan : Pasien makan dan minum sendiri, Pasien membuang air besar dan air kecil sendiri, Pasien mandi dengan cara mandiri

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Mandi

☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

4. Berpakian / berhias

☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

☐ Tidur siang, lama :12.21 wib s/d 15.30 wib

☐ Tidur malam, lama : 21.00 s/d 07.40 wib

6. Pengguanaan obat

☒ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan ☒ Ya ☐ Tidak

Perawatan pendukung	Ya	Tidak
8. Kegiatan di dalam rumah		
Mempersiapkan makanan	☐ Ya	☐ Tidak
Menjaga kerapihan rumah	☐ Ya	☐ Tidak
Mencuci pakaian	☐ Ya	☐ Tidak
Pengaturan keuangan	☐ Ya	☐ Tidak
9. Kegiatan di luar rumah		
Belanja	☐ Ya	☐ Tidak
Transportasi	☐ Ya	☐ Tidak
Lain-lain	☐ Ya	☐ Tidak

Jelaskan : Pasien mandi dengan cara mandiri, Pasien berpakaian dengan sendirinya, Pasien mengatakan tidur nya sesudah makan siang jam 12.21 sampe jam 15.30,dan tidur malem dari jam 21.00 sampai jam 07.40, Bantuan dari perawat, Pemeliharan kesehatan pasien sangat baik, Pasien mengatakan menyiapkan makanan dengan sendiri,terkadang di tersediakan oleh ibunya

Pasien mengatakan merapihkan rumah dengan sendirinya,atau di rapihkan oleh ibu

Pasien mengatakan mencuci secara mandiri atau di cucikan oleh ibunya

Pasien mengatakan pengaturan keuangan adalah orang tuanya

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

XV. MEKANISME KOPING

Adaptif	Maladaptif
☐ Bicara dengan orang lain	☐ Minum alkohol
☐ Mampu menyelesaikan masalah	☐ Reaksi lambat/berlebih
☐ Tehnik relaksasi	☐ Bekerja berlebihan
☐ Aktivitas konstruktif	☐ Menghindar
☐ Olahraga	☐ Mencederai diri
☐ Lainnya : Tidak ada	☐ Lainnya: Pasien mengatakan lebih suka menyendiri lebih suka mengurung diri,pasien mengatakan malu sama tetangganya karena ibu bapaknya sering bertengkar

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik, Isolasi Sosial

XVI. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

☒ Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik Pasien mengatakan sangat malu sama tetangga sekitar karena bapak dan ibu sering bertengkar,bahwa pasien merasa bahwa dirinya sangat tidak di mengerti tentang perasaannya

☒ Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik Pasien mengatakan masih berinteraksi sama lingkungan sekitar hanya ketika ada keperluan saja

☒ Masalah dengan pendidikan, spesifik Pasien mengatakan sekolah sampe sd saja karena tidak mau untuk melanjutkan nya

☒

Masalah dengan pekerjaan, spesifik Pasien mengatakan bekerja tetapi karena bahwa diri nya dirumah sakit tidak bisa untuk bekerja kembali

☐ Masalah dengan perumahan, spesifik Pasien mengatakan daerah perumahan nya sangat baik dan bahwa iri nya masih interaksi

☒ Masalah ekonomi, spesifik: Tidak ada masalah ekonomi

☒ Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik: Pasien menagatakan tidak ada masalah pelayanan kesehatan

Masalah lainnya, spesifik .....

.....

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

XVII. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

☐	Penyakit jiwa	☐	System pendukung
☐	Faktor presipitasi	☐	Penyakit fisik
☐	Koping	☐	Obat-obatan
☐			

Lainnya : Pasien mengatakan mengetahui penyakit dirinya tentang jiwa yang dialami *Skizofrenia* dengan masalah nya harga diri rendah kronik dan pasien mengetahui obat –obatan nya yang di minum

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

XVIII. ASPEK MEDIK

Diagnosa Medik : *Skizofrenia*

Terapi Medik : Depram 1x 20 mg

Clozapine 2x 25 mg

Respridone 1x 2 mg

Trihexyphendyl 1x 2 mg

ANALISA DATA

Data	Masalah
DS: - Pasien mengatakan malu sama tetangga sekitar - Pasien mengatakan bahwa diri nya tidak berarti lagi - Pasien mengatakan sedih karena tidak ada yang peduliin tentang perasaannya DO: - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih	**HARGA DIRI RENDAH KRONIK**
DS: - Pasien mengatakan jadi sangat males interaksi sama orang tuanya atau tetangganya karena malu - Pasien mengatakan males berkomunikasi sama orang baru DO: - Pasien tampak terlihat hanya ingin berbicara bersama perawat atau temen yang sudah kenal lama Pasien tampak terlihat jarang berinteraksi	**ISOLASI SOSIAL**
DS: - Pasien mengatakan ada suara bapaknya"kamu bukan keluarga saya" - Pasien mengatakan sering terjadi suaranya di sore dan malem hari DO: Pasien tampak gelisah ketika ada suara-suara muncul kembali	**HALUSINASI PENDENGARAN**
DS: - Pasien mengatakan mengamuk serta banting-banting barang DO: Pasien tampak takut terulang kembali dengan kejadian tersebut	**PERILAKU KEKERASAN**

POHON DIAGNOSIS

Perilaku kekerasan

Halusinasi Pendengaran

Harga Diri Rendah Kronik

Core Problem

Koping individu tidak efektif

XIX. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Harga Diri Rendah Kronik
2. Isolasi Sosial
3. Halusinasi,Pendengaran

DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Sesuai urutan prioritas)

1. Harga Diri Rendah Kronik
2. Isolasi Sosial
3. Halusinasi,Pendengaran
4. Koping individu tidak efektif

.....,.....

Mahasiswa,

(…….)
NPM :

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN
JIWA DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH. THAMRIN

Nama : **Diagnosa Medis :**

Ruangan : **NO. RM :**

Hari/ tgl	No DX	DX Kep	Perencanaan			
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
11 Feb 2025	1	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 8. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 9. Ada kontak mata 10. Pasien mampu menjawab Salam perawat 11. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 12. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 13. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 14. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	8. Bina hubungan saling percaya 9. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 10. Perkenalkan diri dengan sopan 11. Tanya nama pasien yang lengkap dan panggilan yang di sukai 12. Jujur dan menepati 13. Jelas kan tujuan pertemuan saat ini 14. Tunjukan sikap empati dari menerima pasien apa adanya	Hubungan saling percaya merupakan Dasar untuk kelancaran hubungan selanjutnya atau lebih berinteraksi lebih baik
					Sp 1 : 6. menIdentifikasi kemampuan melakukan kegiatn dan aspek positifpasien (buat daftar kegiatan)	

					7. Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini pilih dari daftar kegiatan yang telah dibuat 8. Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih 9. Melatih kegiatan yang dipilih dan memberikan contoh untuk melakukan 10. Masukkan pada jadwal kegiatan harian	

12 Feb 2025	1	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 8. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 9. Ada kontak mata 10. Pasien mampu menjawab Salam perawat 11. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 12. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 13. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 14. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 2 : 5. Mengevaluasi kegiatan sp 1 yang telah di latih dan kita beri pujian 6. Bantu pasien memilih kegiatan yang kedua yang kita saat latih 7. Melatih kegiatan kedua (alat dan cara) 8. Masukan jadwal pada kegiatan harian	3. Diskusikan Bersama pasien Kemampuan yang masih dapat dilakukan 4. Diskusikan dengan kemampuan yang dapat akan dilakukan

13 Feb 2025	1	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 8. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 9. Ada kontak mata 10. Pasien mampu menjawab Salam perawat 11. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 12. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 13. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 14. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 3 : 5. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah kita latih dan beri pujian terhadap pasien 6. Bantu pasien untuk memilih kegiatan ke tiga yang akan dilatih 7. Latih kegiatan ke tiga 8. Dan masukkan jadwal kegiatan harian	3. Diskusikan dengan Bersama pasien kegiatan yang dapat di lakukan setiap hari dengan kemampuannya 4. Tingkatkan kegiatan yang di sesuai dengan keadaan kondisi Pasien dan diberikan contoh

14 Feb 2025	1	Harga Diri Rendah Kronik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan masalah pada pasien teratasi.	Setelah dilakukan pertemuan 1x 20 menit diharapkan: 8. Ekpresi wajah pasien Menunjukan rasa senang 9. Ada kontak mata 10. Pasien mampu menjawab Salam perawat 11. Pasien mau duduk Perdampingan dengan Perawat 12. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek dan aspek positif(buat daftar kegiatan) 13. Pasien mampu latihan kegiatan yang dipilih 14. Pasien mampu memasukan latihan kegiatan kedalam jadwal	Sp 4 : 5. Evaluasi kegiatan pertama,kedua,ketiga yang sudah di latih dan berikan pujian 6. Membantu pasien memilih kegiatan ke empat yang akan di latih 7. Latih kegiatan yang keempat 8. Masukkan pada kedalam jadwal untuk latihan	4. Pasien Mampu melakukan latihan 5. Untuk meredahkan harga diri rendah 6. Mampu melihatkan kegiatan pasien

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien : …… (Initial) **Ruangan : …….....** **No RM : ……**

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Senin,11Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :1/1 Data & Kemampuan: DS : - Pasien mengatakan malu ama tetangga sekitar - Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak berarti lagi - Pasien mengatakan sedih karena tidak ada yang peduliin dengan perasannya DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih Kemampuan 3. Pasien belum mampu melakukan kegiatan (saat merapikan tempat tidur) 4. Pasien belum mampu memasukkan pada kegiatan ke dalam jadwal Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana cara membersihkan tempat tidur - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 2 - Evaluasi kegiatan pertama yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur)masukkan kedalam jadwal kegiatan harian lanjut ke SP 2 beri pujian Latih kemampuan ke dua serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian	S : - Pasien mau untuk berkenalan dengan perawat - Pasien mengatakan akan merapihkan tempat tidurnya pada 2x sehari bangun tidur maupun sebelum tidur O : - Pasien tampak mampu merapihkan tempat tidur - Pasien tampak mampu melakukan identifikasi diri nya dengan kemampuan aspek positif yang di milikinya A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan mengingat untuk mengenal kemampuan aspek yang positi dinilikinya - Latihan kegiatan yang pertama(merapihkan tempat tidur)2x sehari Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien : …… (Initial) **Ruangan : …….....** **No RM : ……**

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Rabu,12 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :2/2 Data & Kemampuan: DS : - Pasien mengatakan malu ama tetangga sekitar - Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak berarti lagi - Pasien mengatakan sedih karena tidak ada yang peduliin dengan perasannya DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih Kemampuan : - Pasien mampu melakukan kegiatan (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien belum mampu melakukan kegiatan yang kedua yaitu menggambar Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan : - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) A:Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur - Latihan sp2 yaitu menggambar

Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 3 - Evaluasi kegiatan pertama, kedua yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar) - Latih kemampuan ke ketiga serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien : …… (Initial) Ruangan : …….. No RM : ……

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Kamis,13 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :3/3 Data & Kemampuan: DS : - Pasien mengatakan malu ama tetangga sekitar - Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak berarti lagi - Pasien mengatakan sedih karena tidak ada yang peduliin dengan perasannya DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih Kemampuan ; - Pasien mampu melakukan kegiatan pertama (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar,menyanyi - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien belum mampu melakukan kegiatan yang kedua yaitu menyanyi Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan : - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur dan menggambar serta menyanyi - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih - Pasien sangat kembira O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke tiga yaitu (menyanyi) A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur - Latihan sp2 yaitu menggambar - Latiham sp 3yaitu menyanyi

Rencana tidak lanjut(u/Perawat): Lanjutkan SP 4 - Evaluasi kegiatan pertama,kedua yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar) - Latih kemampuan ke ketiga serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien : …… (Initial) Ruangan : …….. No RM : ……

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
Hari/Tanggal:Jumat,14 Februari 2025 Jam :10.00 SP/Pertemuan :4/4 Data & Kemampuan: DS : - Pasien mengatakan malu ama tetangga sekitar - Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak berarti lagi - Pasien mengatakan sedih karena tidak ada yang peduliin dengan perasannya DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sedih Kemampuan : - Pasien mampu melakukan kegiatan pertama (saat merapikan tempat tidur)dan menggambar,menyanyi dan mencuci ompreng - Pasien mampu memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 2x sehari - Pasien mampu melakukan kegiatan yang keempat yaitu mencuci ompreng Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik Tindakan Keperawatan : - Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif Pasien - Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip Komunikasi terapetik - Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang saat ini dilakukan - Melatih kegiatan yang sudah di pilih dan berikan contoh bagaimana membersihkan tempat tidur dan menggambar serta menyanyi,mencuci ompreng - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian	S : - Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan - Pasien mengatakan sangat terima kasih - Pasien sangat kembira O : - Pasien sangat mampu melakukan kegiatan pertama dengan melakukan 2x sehari (merapikah tempat tidur) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke dua yaitu (Menggambar) - Pasien mampu melakukan kegiatan ke tiga yaitu (menyanyi) - Pasien mampu melakukan kegiatan keempat yaitu(mencuci ompreng A : Harga Diri Rendah Kronik P : (PR untuk pasien) - Latihan sp 1 yaitu merapihkan tempat tidur - Latihan sp2 yaitu menggambar - Latiham sp 3yaitu menyanyi - Latihan sp 4 yaitu mencuci ompreng

Rencana tidak lanjut(u/Perawat): - Evaluasi kegiatan pertama,kedua,ketiga keempat yang dipilih(dengan merapihkan tempat tidur dan menggambar,menyanyi,mencuci ompreng) - Latih kemampuan ke empat serta anjurkan memasukkan kedalam jadwal harian - Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)	Tanda Tangan & Nama Jelas (Tri Angga Lianto)

Lampiran 4

STRATEGI PELAKSANAAN (SP)

PADA PASIEN HARGA DIRI RENDAH KRONIK

Nama pasien : Tn.A

Sp/Pertemuan : 1/1

Tanggal dan Waktu: 10-02-2025 / 10.00 WIB

A Proses keperawatan

1. Kondisi pasien (Ds dan Do) DS

   :

   1) Pasien mengatakan malu karena sering di ejek

   2) Pasien mengatakan malu dengan kondisi fisiknya yang gemuk

   Do:

   1) Pasien tampak menundukan kepalanya

   2) Pasien tampak kontak mata kurang

   3) Pasien tampak kurang percaya diri

2. Diagnosa keperawatan Harga diri Rendah Kronik

3. Tujuan

   Setelah di lakukan pengkajian 1x20 menit di harapkan pasien dapat menujukan aspek positif dengan kritea hasil:

   a) Pasien dapat membina humasngan saling percaya

b) Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang di miliki

c) Pasien dapat menilai kemampuan yang di miliki

d) Pasien dapat memilih kegiatan yang akan di latih sesuai dengan kemampuan

e) Pasien dapat memasukan kegiatan kedalam jadwal harian

4. Tindakan Keperawatan

a) Identifikasi kemaampuan melakukan kegiatan dan aspek positif klien (masat daftar kegiatan)

b) Bantu paasiem memilih kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) masat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih

c) Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya)

d) Melakukan kegiatan latihan yang sudah dijadwalkan 2x dalam sehari

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a) Salam Teraupetik

"Selamat pagi mas, perkenalkan nama saya Tri Angga Lianto saya dari Universitas MH Thamrin jurusan keperawatan, saya yang akan membantu merawat mas. mas bisa panggil saya suster Angga, kalau suster boleh tau nama mas siapa? mas senang dipanggil apa?"

b) Evaluasi Validasi

"Bagaimana perasaan mas hari ini?"

c) Kontrak

1. Topik

"Bagaimana kalau berdiskusi tentang kemampuan yang mas miliki, dan kegiatan apa yang pernah mas lakukan apa yang mas miliki?" serta hobi apa yang mas miliki?”

2. Tujuan

“Tujuannya agar mas mengetahui kemampuan mengembangkan kemampuan mas"

3. Waktu

"Mau berapa lama kita berdiskusi mas? Bagaimana kalau 20 menit?"

4. Tempat

"Dimana mas mau berdiskusi mas? Kalau disini saja bagaimana mas?"

2. Fase Kerja

“Kegiata apa saja yang mas sering lakukan selama di ruangan ini? Membereskan tempat tidur? Menggambar? Membaca masku cerita? Menyanyi? Waah rajinnya mas saya masatkan jadwal kegitan untuk mas ya ? nah mas mempunyai empat kegiatan positif yang bisa di lakukan nah coba sekarang mas pilih kegiatan yang akan mas lakukan! Mas memilih no 1 yaitu kegiatan membereskan tempat tidur. Kalau begitu kita melatih kegiatan membereskan tempat tidur. Apakah mas ingat bagaimana membereskan tempat tidur? Nah jadi pertama kita turunkan bantal guling serta selimmast setelah itu rapihkan kasur dengan cara membersihkan area kasur dengan sapau lidi dan tarik serta rapihkan kain ujung karar setelah itu lipat selimmast taruh bantal dan guling

kembali pada kasur. Sekarang apakah mas mengerti? Bisa kita mulai ya mas! bagus sekali mas telah melakukan merapihkan tempat tidur dengan baik. Jika mas merasa sedih mas bisa melakukan hal ini. Baik kita masukkan ke jadwal kegiatan ya mas. Suster jelaskan ya mas ini adalah daftar kegiatan mas dan jadwal kegiatan harian mas, jika mas melakukan kegiatan mas tulis disini tulis M (mandiri) jika tanpa disuruh, lalu tulis B (bantu) jika mas melakukan dibantu dan T (tidak dilakukan)."

3. Fase Terminasi

a) Evaluasi

Subyektif:

"Bagaimana perasaan mas setelah berdiskusi dengan saya dan kegiatan yang tadi sudah dilakukkan"

Objektif:

"Coba sekarang mas ceritakan Kembali kemampuan mas dengan kegiatan yang sering dilakukkan"

b) Rencana tindak lanjut

"Baik mas, nanti mas ingat-ingat lagi ya kemampuan yang lain yang belum mas ceritakan dan kita latih kegiatan kedua yang mas pilih, lalu kita massukkan ke jadwal kegiatan harian ya mas?"

c) Kontrak

1. Topik

"Mas bagaimana kalau besok kita berdiskusi lagi tentang kemampuan yang mas pilih, lalu kita massukkan ke dalam jadwal kegiatan harian ya mas"

3. Waktu

"Mau jamberapa besok kita berdiskusi? Bagaimana kalau jam 8 pagi?"

4. Tempat

"Mas, mau dimana berdiskusi besok? Bagaimana kalau disi saja? Diruangan mas saja!"

STRATEGI PERLAKSANAAN (SP)

PADA PASIEN HARGA DIRI RENDAH KRONIK

Nama Pasien: Tn. A

Sp/Pertemuan: 2/2

Tanggal dan Waktu: 11-02-2025/ 10.00 WIB

A. Proses keperawatan

1. Kondisi pasien (DS dan DO) DS

:

1) Pasien mengatakan merasa tidak memiliki kelebihan atau aspek kemampuan positif

2) Pasien mengatakan merasa malu dan tidak mampu melakukan apapun

DO :

1) Ekspresi wajah pasien tampak murung

2) Kontak mata pasien kurang

3) Berbicara hanya ketika ditanya

4) Nada bicara pelan

5) Pasien tampak melakukan kegiatan hal positif

6) Pasien mau berkomunikasi meskipun dengan muka tertunduk

2. Diagnosa keperawatan: Harga diri rendah kronik

3. Tujuan.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan pasien dapat menunjukan aspek positif dengan kriteria hasil

1) Pasien mampu menilai kemampuan yang sudah dipilih sesuai kemampuannya

4. Tindakan keperawatan

a) Rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan

b) Bori contoh pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan

c) Minta pasien untuk memilih satu kegiatan yang dapat dilakukkan dirumah

d) Bantu pasien melakukannya, dan berikan contoh

e) Beri pujian atas kegiatan dan keberhasilan pasien

f) Diskusikan jadwal kegiatan harian atau kegiatan yang telah dilatih

B. Strategi komunikasi

1. Fase orientasi

a) Salam terapeutik

"Selamat pagi mas, masih ingat saya? Bagaimana perasaan mas pagi ini? Wah mas tampak gembira ya"

b) Evaluasi validasi

"Bagaimana mas, sudah dicoba menyapu halaman rumah mas kemarin sore? Nah coba sekarang mas praktekan ke saya bagaimana melakukkannya. Wah bagus sekaliii mas, mas sudah bisa melakukkan kegiatan menyapu halaman secara mandiri. Mas hebattt"

c) Kontrak

1) Topik

"Nah baiklah mas, sesuai janji kita kemarin hari ini kita akan melakukan Latihan kemampuan yang kedua, masih ingat apa kegiatan itu mas? Ya benar kita akan latihan menggambar"

2) Tujuan

Tujuannya agar kita bisa menilai/melatih kemampuan yang mas miliki selama sakit"

3) Waktu

"waktunya 20 menit ya mas? Apakah mas bersedia?"

4) Tempat

"Tempatnya di ruangan ini saja ya mas ? Apakah mas bersedia?"

2. Fase kerja

"Baiklah kita mulai saja ya mas, sebelum kita menggambar kita perlu siapkan perlengkapannya terlebih dahulu, yaitu masku gambar, pinsil dan pewarna serta penghapus.Saya peraktekan terlebih dahulu ya mas, nah setelah perlengkapan nya sudah lengkap mari kita mulai menggambar ambil pinsil setelah itu kita gambar apa yng akan di gambar di masku gambar kita menggambar kupu-kupu ya mas, setelah gambar kuku-kupunya jadi kita lanjut dengan memberikan warna pada gambar tesemast agar terlihat lebih rapih dan cantik. Sekarang coba mas lakukan, waahh cantik sekali gambar yang mas masat Jika mas melakukan kegiatan mas tulis disini tulis M (mandiri) tanpa disuruh, tulis B (bantu) kalau mas melakukannya dibantu dan T (tidak dilakukan)"

3. Fase terminasi

a) Evaluasi

Subjektif:

"Bagaimana perasaannya setelah kita melakukan latihan kegiatan menggambar?"

Objektif:

"Sekarang coba ulangi cara menggambar...wahh baguss!"

"Jadi sudah berapa kegiatan yang kita lakukan mas? Dan apa saja?"

b) Rencana tindak lanjut

"Nah jadwal kegiatannya sudah kita masat ya mas, nah sekarang masukan ke dalam jadwal harian yang telah kita masat ya, dimasukan kedalam kegiatan harian, mau berapa kali mas menggambar?"

c) Kontrak

1) Topik

"Baiklah mas, bagaimana kalua besok kita Latihan untuk kemampuan ke tiga, setelah merapihkan tempat tidur dan menggambar, masih ingat kegiatan apakah itu? Ya benar kita akan membaca masku cerita."

2) Waktu

"Mau dijam berapa kita latihan besok? Bagaimana kalau di jam 9 pagi mas sama seperti hari ini?

3) Tempat

"Besok kita lakukan diruanganini saja? Apakah mas bersedia ?

STRATEGI PERLAKSANAAN (SP)

PADA KLIEN HARGA DIRI RENDAH KRONIK

Nama Pasien: Tn.A SpPertemuan

3/3

Tanggal dan Waktu: 12-02-2025/15.00 WIB

A.Proses keperawatan

1. Kondisi pasien (DS dan DO) DS

:

1) Pasien mengatakan sekarang sudah mulai mampu melakukan kegiatan Membereskan tempat tidur, menggambar tanpa dibantu oleh perawat

2) Pasien mengatakan senang melakukan kegiatan membereskan tempat tidur menggambar dan membaca masku

DO :

1) Pasien tampak senang

2) Pasien tampak sudah tidak malu malu lagi

3) Pasien tidak menunduk lagi

4) Kontak mata pasien tampak kooperatif

2. Diagnosa keperawatan Harga diri rendah kronik

3. Tujuan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan klien mampu:

1) Pasien mampu mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2)

2) Paaien mampu memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan

3) Pasien mampu melatih kemampuan ketiga yang dipilih

4) Masukan dalam jadwal kegiatan pasien

4. Tindakan keperawatan

a) Mengevaluasi kegiatan latihan yang lalu (sp 1 dan sp 2)

b) Melatih kemampuan yang dipilih

c) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

B.Strategi pelaksanaan

5. Fase orientasi

a) Salam terapeutik

"Selamat pagi mas, masih kenal dengan saya tidak?" "Wah hebat masih ingat dengan saya ya"

b) Evaluasi validasi

"Bagaimana perasaannya hari ini mas? Senang kan? Apakah kegiatan kemarin sudah dilakukan lagi tadi pagi? Bagus sekali, Nah kita maska jadwalnya dan kita beri tanda bahwa mas sudah melakukkannya. Hebat ya masu!"

c) Kontrak

1) Topik

"Baiklah, sesuai janji kita kemarin hari ini kita akan melakukan kegiatan yang ketiga yaitu membaca masku cerita. Mas setuju kan?"

2) Tujuan

"Tujuannya agar kita bisa menilai/melatih kemampuan yang mas miliki selama sakit"

3) Waktu

"Waktunya 20 menit ya mas"

4) Tempat

"Kali ini kita lakukan dikamar ya mas karena kegiatan kita merapihkan tempat tidur"

6. Fase kerja

"Baiklah kita mulai saja ya mas pertama kita cari terlebih dahulu masku cerita yang mas sukai.Nah di sini ada masku yang berjudul hidup bahagia tanpa keluh kesah, nah kita langsung baca saja masku ini. Baiklah mas bagaimana perasaan mas setelah membaca masku yang berjudul hidup bahagia tanpa keluh kesah ini? Nah jadi jika mas merasa sedih mas bisa melakukan hal ini yaitu membaca masku Kita masukkan kejadwal kegiatan ya mas! Jika mas melakukan kegiatan mas tulis disini tulis M (mandiri) tanpa disuruh, tulis B (bantu) kalau mas melakukannya dibantu dan T (tidak dilakukan)"

7. Fase terminasi

a) Evaluasi

Subyektif:

"Bagaimana perasaan mas setelah kita melakukan kegiatan membaca masku ?"

Objektif:

"jadi sudah berapa kegiatan yang kita lakukan coba jelaskan apa saja makna dari masku yang mas baca tadi "

b) Rencana tindak lanjut

"Nah, bagaimana kalau kegiatan tadi mas lakukan secara rutin?" "Bagaimana kalau kegiatan ini kita masukkan jadwal kegiatan harian mas Jika mas melakukan kegiatan mas tulis disini tulis M (mandiri) tanpa disuruh, tulis B (bantu) kalau mas melakukannya dibantu dan T (tidak dilakukan)"

c) Kontrak

1) Topik

"Baiklah mas, sudah 3 kegiatan yang dilakukan. Bagaimana kalau kita latih lagi kegiatan keempat selanjutnya besok."

2) Waktu

"Mau jam berapa kita latihan kegiatan? Baiklah sama seperti hari ini ya!"

3) Tempat

"Baik mas besok saya akan kerumah mas ya untuk melakukan kegiatan melatih kemampuan mas, ok mas boleh istirahat sekarang... selamat beristirahat ya mas!

STRATEGI PERLAKSANAAN (SP)

PADA KLIEN HARGA DIRI RENDAH KRONIK

Nama Pasien: Tn.A

Sp/Pertemuan: 4/4

Tanggal dan Waktu: 13-02-2025/ 10.00 WIB

A.Proses keperawatan

1. Kondisi pasien (DS dan DO): Ds:

   1) Pasien mengatakan sekarang mulai aktif lagi dalam mengerjakan kegiatan positif

   2) Pasien mengatakan dirinya sudah mulai berguna

   3) Pasien menatakan perasaannya senang saat ini Do:

   1) Pasien tampak aktif mengerjakan kegiatan rumah

   2) Adanya kontak mata yang kooperatif

2. Diagnosa keperawatan: Harga diri rendah kronik

3. Tujuan

   Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan klien mampu:

   1) Pasien mampu membina humasngan saling percaya

   2) Pasien mampu mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki

3) Pasien mampu menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan

4) Pasien mampu merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuannya

B. Strategi komunikasi

1. Fase orientasi

a) Salam terapeutik

"Selamat pagi mas, apakah mas masih ingat saya? Sesuai janji saya kemarin saya datang lagi

b) Evaluasi validati

"Bagaimana perasaan mas hari ini? Bagaimana dengan perasaan negative yang mas rasakan? Bagus sekali perasaan tidak berguna yang mas rasskan sudah berkurang. Bagaimana dengan jadwalnya? Boleh saya lihat mas? Wah huar biasa semua kegiatan dikerjakan sesuai jadwal, lalu apa manfaat yang mas rasakan dengan melakukan kegiatan secara terjadwal?

c) Kontrak

1) Topik

“baiklah sesuai janji kita kemario hari ini kita akan lanjutkan latihan kegiatan yang keempat ya, yaitu menyanyi"

2) Tujuan

"Tujuan pertemuan kita pagi ini adalah untuk berlatih kegiatan bernyanyi agar menambah kemampuan mas dalam melakukan aktivitas yang belum pernah mas lakukan"

3) Waktu

"Kita akan melakukan kegiatan bercocok tanam selama 20 menit ya mas"

4) Tempat

"Tempatnya disini ya mas dihalaman rumah mas"

2. Fase kerja

“Baik lansung saja pertama kita cari judul musik yang akan mas nyanyikan setelah itu siapkan musiknya dan sudah bisa bermulai untuk bernyanyi. Baiklah kita sudah selesai melakukan kegiatan benyanyi bagaimana perasaaan mas setelah kita melakukan kegiatan bernyanyi ini?

3. Fase terminasi

a) Evaluasi

Subjektif

"Bagaimana perasaan mas setelah kita menyanyi?" Objektif:

"coba mas ceritakan kembali kemampuan yang mas miliki yang sering di lakukan”

b) Rencana tindak lanjut

"Sekarang mari kita masukkan ke dalam jadwal harian mas, mau berapa kali mas melakukannya? Bagus 2 kali seminggu. hari apa saja mas mau melakukannya, jadi mas mau melakukan hari ramas dan sabtu? Jika mas melakukan kegiatan mas tulis disini tulis M (mandiri) tanpa disuruh, tulis B (banm) kalau mas melakukannya dibantu dan T (tidak dilakukany

c) Kontrak

1) Topik

"Baik, besok saya akan Kembali lagi untuk berbicara tentang kemampuan kegiatan mas ya mas"

2) Waktu

"Waktunya 20 menit ya mas"

3) Tempat

"Mas, mau dimana berdiskusi besok? Bagaimana kalau disi saja? Ok baiklah sekarang mas boleh istirahat, besok saya Kembali lagi ya mas. Selamat beristirahat mas!"

Lampiran 3

LEMBAR REVISI KTI

NAMA MAHASISWA : Tri Angga Lianto

NIM : 103122215

JUDUL KTI : "Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Skizofrenia Dengan Harga Diri Rendah Kronik Diri Ruang Berry RSKD Duren Sawit"

Masukan	Ibu Dwinara	Ibu Suwarningsih	Ibu Apriyanti	Sudah diperbaiki (Pick List
COVER s/d KATA PENGANTAR	- Rapihkan daftar lampiran - Tambahkan Kesimpulan abstrak	- Perbaiki nama penulisan pembimbing - Perbaiki penulisan daftar isi	Tidak ada	✓
BAB 1	- Perbaiki penulisan yang typo	- Perbaiki kalimat yang typo	- Perbaiki penulisan kata typo - Mengganti font Bahasa inggris menjadi tulisan miring	✓
BAB2	- Perbaiki kata yang typo	- Rapihkan penulisan Dan tambahkan faktor predisposisi	Tidak ada	✓
BAB 3	- Rapihkan penulisan yang typo	- Rapihkan penulisan dan tambahkan kata kata	Tidak ada	✓
BAB 4	- Perbaiki penulisan font yang salah	- Tambahkan diagnose perilaku kekerasan	Tidak ada	✓
BAB 5	- Perbaiki kalimat yang typo	Tidak ada	Tidak adaa	✓
DAFTAR PUSTAKA	- Perbaiki penulisan daftar pusaka	Tidak ada	Tidak ada	✓

LAMPIRAN	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	✓

Lampiran 4

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN

UNIVERSITAS MH THAMRIN JAKARTA

Nama : Tri Angga Lianto

Nim : 1031222215

Pembimbing Utama : Ns.Suwarningsih,S.Kep.,MKep

Judul KTI :"Asuhan Keperawatan Pada Pasien yang Mengalami Schizofrenia dengan Harga Diri Rendah Kronik di Ruang Berry RSKD Duren Sawit"

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	**Tanda Tangan**
1.	6 Maret 2025	BAB 1 dan BAB 4	Perbaiki sesuai saran: - Menambakan data prevalensi dari SKI tahun 2023. - Memperbaiki penulisan latar belakang.	

			- Menambahkan intervensi perilaku kekerasan dari penelitian orang lain.	
2.	26 Maret 2025	BAB 2 dan BAB 3	- Memperbaiki penulisan desain penelitian. - Memperbaiki penulisan - analisis data	
3.	6 April 2025	BAB 1-BAB 4	- Menambahkan referensi pada BAB 1 bagian latar belakang. - Memperbaiki kalimat yang typo. - Memperbaiki penulisan pada rumusan masalah.	
4.	17 April 2025	BAB 1-BAB 5	- Lihat pedoman sistematika penulisan.	

			- Memperbaiki penulisan yang typo Menambahkan jurnal penelitian terkait judul.	
5.	25 April 2025	BAB 1-BAB 5	- Memperbaiki penulisan abstrak. - Memperbaiki penulisan yang typo. - Memperbaiki penulisan latar belakang. - Menambahkan juranal penelitian terkait judul. - Menambahkan pola komunikasi dan pola asuh pada genogram. - Menambahkan faktor positif dan negatif pada pembahasan	

6.	30 April 2025		- Acc ujian kti	

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN

UNIVERSITAS MH THAMRIN JAKARTA

Nama : Tri Angga Lianto

Nim : 10312222115

Pembimbing Pendamping : Ns.Apriyanti.,S.Kep.,M.Kep

Judul KTI : "Asuhan Keperawatan Pada Pasien yang Mengalami Schizofrenia dengan Harga Diri Rendah Kronik di Ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta Timur"

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan
1.	2 Maret 2025	BAB 4	- Merapihkan dengan rata kanan kiri. - Memperbaiki penulisan Typo.	
2.	26 Maret 2025	BAB 2	- Menambahkan Sumber penelitian - Memperbaiki penulisan	
3.	2 April 2025	BAB 3	- Memperbaiki penulisan - Memperbaiki Skizofrenia dengan tulisan miring	
4.	13 April 2025	BAB 5	- Memperbaiki tulisan typo - Memperbaiki kalimat pada bagian Desain peneliti	
5.	28 April 2025	BAB 1 BAB 2	- Memperbaiki penulisan typo - Memperbaiki tanda baca	

6.		BAB 1	- Merapihkan susunan kata - Merapikan paragraf - Memperbaiki kata yang typo	
7.		BAB 1	- Memperbaiki tulisan who menjadi miring - Menambakan kata kata	

Lampiran 7

TRI ANGGA LIANTO_D3 Kep_F_2025_ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI SKIZOFRENIA DENGAN HARGA DIRI RENDAH KRONIK DI RUANG BERRY RSKD DUREN SAWIT

ORIGINALITY REPORT

11%	9%	9%	4%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	eresources.thamrin.ac.id Internet Source	3%
2	Inri sihombing, Jesika Serevin Silitonga, Juliana Simanjuntak, , Jek Amidos Pardede. "Penerapan Terapi Generalis SP 1-4 Dengan Masalah Harga Diri Rendah Kronis Pada Penderita Skizofrenia", Open Science Framework, 2022 Publication	2%
3	repository.stikesmukia.ac.id Internet Source	1%
4	repositori.ubs-ppni.ac.id Internet Source	1%
5	Jesika Serevin Silitonga. "Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran Pada Penderita Skizofrenia: Studi Kasus", Open Science Framework, 2022 Publication	1%
6	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	1%
7	docobook.com Internet Source	1%
8	www.catatanperawat.id Internet Source	1%
9	Delvin Haryani Lombu. "Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. M Dengan Masalah Isolasi Sosial Di Desa Dahana Kec.Gunungsitoli Idanoi Kota Gunungsitoli", Open Science Framework, 2021 Publication	1%
10	ayuanduriyani4.blogspot.com	

UNIVERSITAS MH THAMRIN

DIPERIKSA PERPUSTAKAAN MOHAMMAD HUSNI THAMRIN
08/04/2025