

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA TN. A DENGAN PENERAPAN
TEKNIK *WDEP* (*WANTS, DOING, EVALUATION, PLANNING*)
UNTUK MENGURANGI MASALAH HARGA DIRI RENDAH
DI PUSKESMAS KAPAU KABUPATEN AGAM
TAHUN 2024**

**DI SUSUN OLEH:
FAUZIAH KHAIRANI, S.Kep
NIM. 2330282002**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PERINTIS INDONESIA
T.A 2023/2024**

Halaman persetujuan

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA Tn. A DENGAN PENERAPAN TEKNIK *WDEP*
(*WANTS, DOING, EVALUTION, PLANNING*) UNTUK MENGURANGI MASALAH
HARGA DIRI RENDAH DIPUSKESMAS KAPAU KABUPATEN AGAM
TAHUN 2024**

Oleh:

FAUZIAH KHAIRANI S,KEP
2330282002

Karya Ilmiah Akhir Ners Penelitian ini telah telah disetujui untuk diseminarkan

Bukittinggi, 12 JUNI 2024

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



(Ns.Falerisiska Yunere,M.Kep)

NIK: 10103580031

Pembimbing II



(Ns.Millia Angeraini ,M.KM)

NIK: 10103584066

Diketahui,
Ketua Program Studi,



(Ns. Ida Suryati, M. Kep)

NIK : 101035750

Halaman Pengesahan

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA Th.A DENGAN PENERAPAN TEKNIK *WDEP*
(*WANTS, DOING, EVALUATION, PANNING*) UNTUK MENGURANGI HARGA DIRI RENDAH
DI PUSKESMAS KAPAU KABUPATEN AGAM
TAHUN 2024**

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah di pertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji

pada

hari / tanggal: JUMAT / 21 Juni 2024

pukul : 10.00 wib

Oleh:

FAUZIAH KHAIRANI S.Kep

NIM. 2330282002

Dan yang bersangkutan di nyatakan

LULUS

Tim penguji

Penguji 1 : **Ns.Andrye Fernandes,M.Kep.Sp.Kep An**

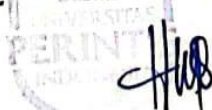
Penguji II : **Ns.Falerisiska Yunere M.Kep**



mengetahui

Ketua Prodi Sarjana Keperawatan

Universitas Perintis Indonesia



Ns.Ida Suryati,M.kep

NIK:10103575026

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas diri

Nama : Fauziah Khairani, S.Kep
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 32 Tahun
Tempat/ tanggal lahir : Palaluar, 21 Oktober 1992
Agama : Islam
Alamat : Jorong Koto palaluar kec.koto VII kab. Sijunjung
Jumlah saudara : 2 orang
Anak Ke : 2 (Satu)

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Guspar
Ibu : Nurhidayati
Alamat : Jorong Koto palaluar kec.koto VII kab. Sijunjung

C. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tempat	Tahun
1	TK Nurul Falah	Tanjung Ampalu, Sijunjung	1998-1999
2	SD N 11 Palaluar	Palaluar, Sijunjung	2000-2006
3	SMP N 02 sijunjung	Tanjung Ampalu, Sijunjung	2006-2008
4	SMA N 2 sijunjung	Muaro sijunjung	2008-2011
5	S1 Keperawatan Amanah Padang	Padang, Sumatera Barat	2011-2015
6	Prodi Profesi Ners universitas perintis Indonesia bukittinggi	Bukittinggi, sumatera barat	2023-2024

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH AKHIR NURSE

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Fauziah Khairani, S.kep

Nim : 2330282002

- Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Nurse (KIAN) yang saya tulis ini benar- benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan karya Ilmiah Akhir Nurse (KIAN) ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali

Bukittinggi, Oktober 2024
Membuat pernyataan



Fauziah Khairani

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur Penulis ucapkan kehadirat Allah, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada Penulis, sehingga Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir Ners (KIA-N) yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. A Dengan Penerapan Teknik *Wdep* (*Wants, Doing, Evaluation, Planning*) Untuk Mengurangi Masalah Harga Diri Rendah Di Puskesmas Kapau Kabupaten Agam Tahun 2024”**. Dalam penyusunan Karya Tulis Akhir Ners (KIA-N) Penulis banyak mendapat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini perkenankan Penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Ibu Yaslina, M.Kep, S.Kep, Sp.Kep. Kom. selaku Rektor Universitas Perintis Indonesia Padang.
2. Bapak Dr.Rer.Nat Ikhwan Resmala Sudji. SSi.M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Perintis Indonesia
3. Ibu Ns. Ida Suryati, M.Kep, selaku Ka.Program Studi S1 Keperawatan Universitas Perintis Indonesia.
4. bu Ns.Felerisiska Yunere, M. Kep. selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan sehingga Karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan oleh Penulis.
5. Ibu Ns. Milla Anggraini,M. KM. selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan oleh Penulis.
6. Ibu Nengsih sebagai pembimbing lapangan di pukesmas Kapau Kabupatem Agam.
7. Bapak dan Ibu staf pengajar Program Profesi Ners Keperawatan Universitas Perintis Indonesia, yang telah banyak pula memberikan ilmu serta bimbingan yang bermanfaat bagi Peneliti.
8. Teristimewa kepada keluarga yang telah memberikan bantuan baik moril maupun materi dan dorongan semangat, do'a serta kasih sayang yang tulus dalam menggapai cita-cita.

9. Rekan-rekan sejawat mahasiswa Universitas Perintis Indonesia yang telah banyak memberikan masukan yang sangat berguna dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Sekalipun Penulis telah mencurahkan segenap pemikiran, tenaga dan waktu agar tulisan ini menjadi lebih baik, Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ners ini masih jauh dari sempurna, oleh sebab itu Penulis dengan senang hati menerima saran dan kritikan yang bersifat membangun demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ners ini.

Akhirnya Peneliti mengharapkan agar Skripsi ini bermanfaat bagi kita semua, khususnya di bidang kesehatan, atas segala bantuan yang telah diberikan Peneliti mendo'akan budi baik bapak/ibu akan dibalas oleh Allah SWT amin ya Rabbal Alamin.

Bukittinggi, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN LEASLIAN KIA-N	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN	iii
LEMBARAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAN	
A. Konsep Dasar Penyakit Jiwa	6
B. Konsep Dasar Harga Diri Rendah	11
C. Konsep Dasar <i>WDEP (wants, doing, evaluasi, planning)</i>	21
D. Asuhan Keperawatan	25
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian	44
B. Diagnosa Keperawatan.....	53
C. Intervensi keperawatan.....	54
D. Implementasi dan evaluasi.....	60
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Pengkajian	85
B. Diagnosa Keperawatan	87
C. Rencana tindakan keperawatan.....	88
D. Implementasi Keperawatan	89
E. Evaluasi Keperawatan	92
F. Artikel Terkait evidence based	93
BAB 5 PENUTUP	
A. Kesimpulan	97
B. Saran	98
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Harga diri rendah ialah perasaan atau rasa tidak bernilai, tidak berarti, merasa gagal karena ketidakmampuannya melakukan sesuatu hal dengan baik dan rendah diri yang berkelanjutan akibat evaluasi yang negatif atas diri sendiri atau kemampuan diri. (Pardede et al., 2020). Menurut Yosep (2016) Harga diri rendah merupakan perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Ketidakmampuan mewujudkan keinginan sesuai cita-citanya menimbulkan rasa ragu pada diri sendiri dan perasaan gagal. Harga diri rendah adalah ketika Anda merasa tidak diterima oleh orang-orang di sekitar Anda dan memiliki citra negatif terhadap diri sendiri.

Data statistik WHO 2019 menyebutkan bahwa 1 orang dari setiap 8 orang atau 970 juta orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan jiwa. Gangguan jiwa tersebut meliputi kecemasan, depresi, gangguan bipolar, dan gangguan perilaku disosial. Sementara itu, data Survei Kesehatan Dasar (Riskudas) Indonesia tahun 2018 menemukan bahwa 9,8 persen penduduk berusia 15 tahun ke atas atau lebih dari 20 juta jiwa menderita gangguan emosi dan mental.

Data statistik dari Riskesdas 2018 di Indonesia menunjukkan bahwa terjadi peningkatan jumlah gangguan jiwa. Gangguan jiwa dari sebanyak 1,7 permil rumah tangga telah meningkat menjadi sebanyak 7 permil rumah tangga. Hal ini artinya terdapat sebanyak 7 rumah tangga dengan anggota skizofrenia. mencapai sekitar 450.000. keluarga yang mengalami gangguan jiwa per 1000 rumah tangga (Kemenkes, 2019). Data profil kesehatan tahun 2020 di kabupaten Agam terdapat pasien dengan gangguan jiwa sebanyak 1.536 orang. Puskesmas Kapau merupakan salah satu puskesmas yang melaporkan pasien dengan gangguan jiwa sebanyak 238 orang pada tahun 2020 (Dinkes Agam, 2021).

Beberapa faktor penyebab harga diri rendah yaitu faktor predisposisi dan presipitasi, Faktor predisposisinya antara lain penolakan orang tua, kegagalan

berulang kali, kurangnya tanggung jawab pribadi, ketergantungan pada orang lain, dan cita-cita diri yang tidak realistis. Sedangkan faktor presipitasi penyebab harga diri yang rendah dapat disebabkan oleh hilangnya bagian tubuh, perubahan penampilan atau bentuk tubuh, kegagalan, atau penurunan produktivitas. (fitria,2016).

Adapun dampak yang terjadi jika harga diri rendah jika tidak teratasi akan mengakibatkan seseorang mengalami isolasi sosial. Untuk itu perlu penanganan lebih lanjut yang harus dilakukan perawat terhadap pasien yang mengalami harga diri rendah (Yusuf, 2015). Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya. Ketika seseorang merasa rendah diri, mereka menjadi terisolasi dari kelompok, lebih kesepian, dan lebih cenderung menarik diri (Prabowo, 2014).

Peran perawat sangat penting yaitu sebagai care provider pemberian asuhan keperawatan, dimana perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Perawat melaksanakan fungsi dependent maupun independent masalah keperawatan harga diri rendah kronis berdasarkan hasil wawancara dan observasi. Keberhasilan perawat dalam melaksanakan perannya diharapkan dapat membantu pasien dalam mengatasi harga diri rendah, setelah diberikan asuhan keperawatan (Alpita, 2022). Perawat memiliki peran untuk mengatasi Harga Diri Rendah pada klien dengan cara mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien, membantu klien untuk memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih dan Kami juga membantu klien melatih keterampilan pilihan mereka dan membuat jadwal untuk menerapkan keterampilan yang dilatih (Herdman, 2017).

Penatalaksanaan pada harga diri yang rendah adalah terapi farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi dengan teratur minum obat dan terapi non farmakologi dapat dilakukan dengan mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, Bantu pasien menilai keterampilan yang masih tersedia, bantu pasien memilih atau menerapkan keterampilan yang dipilih, dan buat jadwal untuk

menerapkan keterampilan yang dilatih ke dalam rencana harian. Latih pasien dalam aktivitas lain yang sesuai dengan kemampuannya (Herdman,2017).

Terapi realitas dengan teknik WDEP (Wants, Doing, Evaluation, Planning) membantu memenuhi kebutuhan psikologis dasar dengan berfokus pada kekuatan dan potensi yang berkaitan dengan perilaku saat ini dan upaya untuk mencapai kesuksesan. Terapi ini juga diketahui dapat meningkatkan harga diri (Baitina, 2020).

Penelitian yang dilakukan Putri (2023) berjudul Penerapan Terapi Realitas Teknik WDEP untuk Meningkatkan Harga Diri pada WBS di PSKW Adam Dewi. Akibat penerapan terapi realitas dengan teknik WDEP di WBS, klien yang menjalani rehabilitasi di PSKW Adam Dewi ingin lebih mudah bersosialisasi, lebih damai, emosi stabil, kompeten dan diterima dan memiliki keinginan untuk berusaha lebih.

Sebelum melaksanakan tahapan dari istem WDEP harus didahului dengan tahapan keterlibatan (Rasjidan, 2011). Penggunaan proses WDEP dalam konseling praktis memungkinkan konselor memeriksa keseluruhan masalah yang mereka hadapi, menilai apa yang telah dilakukan, dan mengembangkan rencana untuk menyelesaikan masalah tersebut. Dengan cara ini diharapkan konselor mampu mencapai identitas sukses yang memungkinkan individu menerima situasi yang dihadapinya dan menemukan alternative atau solusi yang sesuai.

System WDEP dapat digunakan untuk membantu klien mengeksplorasi keinginan mereka, kemungkinan hal-hal yang dapat mereka lakukan, peluang untuk evaluasi diri, dan merancang rencana untuk perbaikan. Lebih lanjut (Munawaroh, 2019) mengemukakan setiap komponen WDEP menggambarkan strategi yang dapat digunakan untuk memfasilitasi perubahan perilaku. Setelah klien menentukan perubahan yang diinginkan, biasanya mereka siap untuk mengeksplorasi perilaku alternatif dan merumuskan rencana tindakan. Pertanyaan kuncinya adalah, "Apa rencanamu?" Proses membuat dan menjalankan rencana memungkinkan orang untuk mulai mendapatkan kontrol yang efektif atas kehidupan mereka. Rencana memberikan klien titik awal dalam kehidupan mereka,

tetapi bisa disesuaikan sesuai kebutuhan. Sepanjang fase perencanaan ini, konselor terus-menerus meminta klien agar mau menerima konsekuensi atas pilihan dan tindakannya sendiri. Tidak hanya merencanakan cara membantu klien secara pribadi, tetapi juga merencanakan dampaknya terhadap orang lain dalam kehidupan klien.

Survey awal yang penulis lakukan pada Tn. A didapatkan tidak mau bertemu dan berinteraksi dengan orang lain, tidak percaya diri, merasa dirinya tidak di harapkan lagi, karena pasien merasa malu pernah dirawat di rumah sakit jiwa. Teknik *WDEP (Wants, Doing, Evaluation, planning)* dipilih agar pasien lebih percaya diri dan mau bersosialisasi dengan orang lain tidak hanya dengan anggota keluarga inti saja. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis ingin melakukan Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. A Dengan Penerapan Teknik *WDEP (Wants, Doing, Evaluation, planning)* Untuk Meningkatkan Harga Diri Rendah.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam karya tulis ini adalah bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. A Dengan Penerapan Teknik *WDEP (Wants, Doing, Evaluation, Planning)* Untuk Meningkatkan Harga Diri Rendah di Puskesmas Kapau tahun 2024?.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk bagaimana melakukan Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. A Dengan Penerapan Teknik *WDEP (Wants, Doing, Evaluation, Planning)* Untuk Mengurangi Masalah Harga Diri Rendah di Puskesmas Kapau tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengkajian keperawatan jiwa pada Tn. A dengan harga diri rendah di wilayah Puskesmas Kapau tahun 2024.
- b. Untuk mengetahui diagnose keperawatan jiwa pada Tn. A dengan harga diri rendah di wilayah Puskesmas Kapau tahun 2024

- c. Untuk mengetahui intervensi keperawatan jiwa pada Tn. A dengan harga diri rendah di wilayah Puskesmas Kapau tahun 2024
- d. Untuk mengetahui implementasi keperawatan jiwa pada Tn. A dengan penerapan teknik *WDEP (Wants, Doing, Evaluation, Planning)* untuk mengurangi Masalah harga diri rendah Puskesmas Kapau tahun 2024.
- e. Untuk mengetahui Evaluasi keperawatan jiwa pada Tn. A dengan penerapan teknik *WDEP (Wants, Doing, Evaluation, Planning)* untuk mengurangi masalah harga diri rendah Puskesmas Kapau tahun 2024.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit Jiwa

1. Pengertian

Penderita gangguan jiwa tidak mampu mengontrol diri dengan baik. Menurut Undang-undang RI No.18 tahun 2014, individu dengan gangguan jiwa mengalami gangguan pikiran, perilaku, dan perasaan yang dapat mengakibatkan penderitaan dan hambatan dalam fungsi sosial manusia. Gangguan jiwa adalah perilaku seseorang tentang keadaan kesehatan jiwanya. Setiap orang memiliki pemahaman yang berbeda tentang perilaku di kasus kesehatan jiwa yaitu keadaan emosional, psikologis, dan stabilitas emosi seseorang (Videbeck, 2020).

Ciri- ciri gangguan jiwa adalah sedih berkepanjangan; tidak semangat dan cenderung malas; marah tanpa sebab; mengurung diri; tidak mengenali orang; bicara kacau; bicara sendiri; tidak sanggup merawat diri (Keliat, 2019). Menurut UU Nomor 18 (2014), orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) adalah individu yang mengalami gangguan pikiran, perasaan, dan perilaku yang dapat menyebabkan penderitaan. Gangguan ini dapat terlihat melalui gejala dan perubahan perilaku yang signifikan, serta hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia.

2. Etiologi

Gangguan jiwa memiliki berbagai macam penyebab. Penyebab gangguan jiwa dapat berasal dari hubungan dengan orang lain yang tidak memuaskan, seperti perlakuan tidak adil, perlakuan semena-mena, kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, dan lain-lain. Gangguan jiwa yang disebabkan oleh faktor organik, kelainan saraf, dan gangguan pada otak (Sutejo, 2018). Penyebab gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor yang secara terus menerus saling berkaitan dan mempengaruhi antaranya di badan (somatogenik), di lingkungan sosial (sosiogenik), ataupun di psike (psikogenik). Beberapa

penyebab tersebut terjadi bersamaan, lalu timbullah gangguan jiwa (Yosep, 2016).

3. Jenis-jenis gangguan jiwa

Klasifikasi gangguan jiwa menurut Maslim (2017) Gangguan jiwa organik dan simtomatik, skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham, gangguan suasana perasaan, gangguan neurotik, gangguan somatoform, sindrom perilaku.

a. Skizofrenia

Skizofrenia, salah satu gangguan jiwa yang ditandai dengan gejala-gejala khas seperti delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terarah, perilaku katatonik, dan gejala negative.

b. Depresi

Merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejalanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri (Kaplan, 2014).

c. Kecemasan

Seseorang merasa cemas dan takut karena ancaman yang tidak diketahui atau tidak dikenali. Intensitas kecemasan dapat berbeda, mulai dari tingkat ringan hingga berat.

d. Gangguan Kepribadian

Klinik menyatakan bahwa gejala-gejala kepribadian (psikopatia) dan neurosis serupa pada individu dengan tingkat kecerdasan tinggi maupun rendah. Jadi dapat disimpulkan bahwa gangguan kepribadian, neurosa, dan gangguan intelegensi kebanyakan tidak bergantung satu sama lain atau tidak berkorelasi. Klasifikasi gangguan kepribadian:

- Kepribadian paranoid
- Kepribadian afektif atau siklotemik
- Kepribadian skizoid

- Kepribadian histerik
 - Astenik
 - Antisosial
 - Kepribadian pasif agresif
 - Kepribadian inadequade
- e. Gangguan Mental Organik
- Gangguan mental organik merupakan gangguan-gangguan yang dikaitkan dengan disfungsi otak secara temporer atau permanen.
- f. Gangguan Psikomatik
- Merupakan komponen psikologis yang disertai gangguan fungsi fisik (Maramis, 2014). Sering terjadi perkembangan neurotik yang terjadi karena gangguan fungsi alat-alat tubuh yang dikuasai oleh susunan syaraf. Gangguan psikomatik dapat disamakan dengan apa yang dulu dikenal sebagai neurosa organ.
- g. Retardasi mental
- Keadaan dengan intelegensia yang kurang (abnormal) sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak). Gejala utama adalah keterbelakangan intelektual. Retardasi mental disebut juga oligofrenia (oligo = kurang atau sedikit dan fren + jiwa) atau tuna mental, menurut (Muhith, 2015).
- h. Gangguan perilaku masa anak dan remaja
- Anak dengan gangguan perilaku menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan permintaan, kebiasaan atau norma-norma masyarakat (Maramis, 2014). Anak yang mengalami gangguan perilaku dapat menyulitkan dalam memberikan asuhan dan pendidikan. Gangguan perilaku bisa berasal dari anak atau lingkungan, tetapi pada akhirnya keduanya saling memengaruhi. Diketahui bahwa ciri, bentuk tubuh, dan sifat kepribadian yang umum dapat diturunkan dari orang tua ke anaknya. Pada gangguan otak seperti trauma kepala, ensefalitis, dan neoplasma, dapat terjadi perubahan kepribadian. Faktor lingkungan juga bisa memengaruhi perilaku anak, karena lingkungan

bisa diubah dan memengaruhi gangguan perilaku anak. Perilaku anak dapat dipengaruhi atau dicegah melalui lingkungan yang ada.

4. Gejala gangguan jiwa

Menurut Muhith (2015), berikut adalah beberapa tanda dan gejala gangguan jiwa:

a. Gangguan Kognitif

Kognitif adalah proses mental di mana individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungan, baik internal maupun eksternal. Ini melibatkan fungsi pengenalan.

b. Gangguan Perhatian

Perhatian adalah pemusatan dan konsentrasi energi, yang terjadi melalui evaluasi dalam proses kognitif akibat rangsangan eksternal.

c. Gangguan

Ingatan Ingatan (memori) merupakan suatu kemampuan untuk menyimpan, mencatat, memproduksi isi, dan tanda-tanda kesadaran.

d. Gangguan Asosiasi

Asosiasi adalah proses mental di mana perasaan, kesan, atau gambaran ingatan cenderung memicu respons atau konsep lain yang terkait.

e. Gangguan Pertimbangan

Pertimbangan (penilaian) adalah proses mental untuk membandingkan beberapa pilihan dalam kerangka kerja dengan memberikan nilai-nilai untuk memutuskan maksud dan tujuan aktivitas.

f. Gangguan Pikiran

Pikiran adalah meletakkan hubungan antara berbagai bagian dari pengetahuan seseorang.

g. Gangguan Kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan seseorang untuk berhubungan dengan lingkungan dan dirinya sendiri melalui panca indra serta menetapkan batasan terhadap lingkungan dan dirinya sendiri.

h. Gangguan Emosi dan Afek

Emosi adalah pengalaman yang disadari dan mempengaruhi aktivitas tubuh, serta menciptakan sensasi organik dan kinetis. Afek adalah kehidupan perasaan atau nada perasaan emosional seseorang, menyenangkan atau tidak, yang menyertai suatu pikiran, bisa berlangsung lama dan jarang disertai komponen fisiologis.

i. Gangguan Psikomotor

Psikomotor adalah gerakan tubuh yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa.

5. Usaha untuk menaggulangi gangguan Jiwa

Menurut Yusuf (2015) usaha-usaha penanggulangan penyakit gangguan jiwa yaitu :

a. Terapi psikofarmaka

Psikofarmaka adalah obat yang bekerja secara selektif pada sistem saraf pusat dan mempengaruhi aktivitas mental dan perilaku. Obat ini digunakan untuk mengobati gangguan psikiatrik yang memengaruhi kualitas hidup klien.

b. Terapi somatik

Salah satu bentuk terapi ini adalah *Electro Convulsive Therapy*.

c. Terapi elektrokonvulsif (ECT)

Pengobatan somatik adalah prosedur yang melibatkan penggunaan arus listrik pada otak melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis. Arus ini dapat menginduksi kejang grand mal, dimana diharapkan terjadi efek terapeutik.

d. Terapi modalitas

Pendekatan untuk mengatasi gangguan klien yang beragam dengan tujuan mengubah perilaku maladaptif klien gangguan jiwa menjadi perilaku adaptif.

B. Konsep Dasar Harga diri rendah

1. Pengertian

Harga diri rendah berasal dari pengalaman seseorang seiring dengan pertumbuhannya, seperti : tidak ada kasih sayang , dorongan dan tantangan, tidak terdapat cinta dan penerimaan, selalu mengalami kritikan, ejekan, sarkame, dan sinisme (Pardede, Hafizudin, & Sirait, 2021). Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak bermakna, dan rendah diri yang berkelanjutan karena penilaian negatif terhadap diri dan kemampuan sendiri (Keliat dkk, 2011; Pardede, 2019).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Harga Diri Rendah adalah evaluasi negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan, seperti merasa tidak berarti, tidak berharga, dan tidak berdaya, yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama dan terus-menerus.

2. Klasifikasi

Dalam (Sihombing et al., 2020) Klasifikasi Harga Diri Rendah dibagi menjadi 2 jenis, yaitu :

- a. Harga Diri Rendah Situasional adalah saat individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif merasa negatif terhadap diri sendiri sebagai tanggapan terhadap suatu kejadian seperti kehilangan atau perubahan.
- b. Harga Diri Rendah Kronik adalah keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai diri atau kemampuan dalam waktu lama.

3. Etiologi

Menurut (PPNI, 2018), Penyebab Harga Diri Rendah, yaitu:

- a. Perubahan pada citra tubuh

Salah satu contoh ketidaknormalan fisik adalah tuna daksa atau yang dikenal sebagai cacat fisik. Keterbatasan fisik yang diderita oleh penyandang cacat

secara langsung ataupun tidak akan mengakibatkan munculnya berbagai masalah psikologis, salah satunya harga diri rendah

b. Perubahan peran sosial

Perubahan yang secara tiba-tiba akan mempengaruhi psikologis dan mental seseorang. Salah satu contoh ibu yang sekaligus berperan sebagai ayah yang menanggung semua beban dalam rumah tangga. Jika pada perubahan peran social tersebut tidak mampu untuk mengatasi masalah yang timbul, maka akan terjadi pola pikir menyalahkan diri dan membuat gangguan pada harga diri.

c. Ketidakadekuatan pemahaman

Akibat defisit kognitif, kecemasan, gangguan penglihatan dan pendengaran, kelelahan, dan kurang motivasi, jika tidak segera diatasi maka akan menyebabkan harga diri rendah.

d. Perilaku tidak konsisten dengan nilai

Perilaku seseorang yang menyipang dari nilai-nilai yang ada dimasyarakat akan membuat lingkungan menilai individu tersebut tidak layak untuk dihargai. Sehingga pengakuan terhadap jati diri individu menjadi tidak ada, hal tersebut jika terjadi dalam waktu yang lama kan membuat harga diri seseorang rendah.

e. Kegagalan hidup berulang

Orang yang mengalami kegagalan cenderung mengambil sikap negatif terhadap suatu keadaan dan mengharapkan yang terburuk akan terjadi. Bila mereka di tuntut untuk mengadakan penyesuaian diri, maka mereka cenderung kurang berhasil, karena tidak dapat fleksibel (Townsend, 2015).

f. Riwayat kehilangan

Dampak dari kehilangan menyebabkan seseorang merasa tidak ada yang memperhatikan lagi, hal ini dapat mengakibatkan ketidak berdayaan dan seseorang memilih untuk menyendiri atau tidak percaya di lingkungan masyarakat.

g. Riwayat penolakan

Keluarga berfungsi sebagai pendukung utama bagi klien setelah pulang dari rumah sakit jiwa. Keluarga dan lingkungan memainkan peran penting dalam memberikan dukungan (Suerni et al., 2019).

h. Transisi perkembangan

Perkembangan zaman yang tidak bisa diimbangi oleh individu akan membuat individu tersebut merasa tertinggal. Sehingga jika individu tidak memiliki koping yang baik, hal tersebut bisa menyebabkan perubahan pada harga dirinya.

i. Terpapar situasi traumatis

Bentuk luka bisa berupa lecet atau memar akibat gesekan atau benturan benda tumpul, seperti gigitan, cubitan, tali pinggang, atau rotan. Trauma dengan kejadian ini menyebabkan seseorang tidak percaya diri.

j. Kurangnya pengakuan dari orang lain

Tidak jarang masyarakat berperilaku tidak menyenangkan kepada keluarga penderita gangguan jiwa baik secara perkataan maupun perbuatan langsung yang ditujukan kepada keluarga maupun penderita gangguan jiwa sehingga berpotensi menyebabkan individu tersebut memiliki harga diri rendah

k. Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan

Kehilangan adalah hal yang dialami oleh semua orang dalam hidup mereka.. Orang terdekat mencakup orang tua, pasangan, anak-anak, saudara sekandung, guru, teman, tetangga, dan rekan kerja. Kehilangan dapat terjadi akibat perpisahan atau kematian. Transisi peran situasi yang dialami klien seperti kehilangan orang yang dicintai (suami/istri, orangtua dan saudara). Kurangnya mekanisme koping adaptif yang dimiliki oleh klien maka klien tidak mampu menerima kenyataan sehingga menjadi faktor pencetus terjadinya gangguan harga diri rendah pada klien.

l. Gangguan psikiatri

Stigma terhadap penyakit jiwa terjadi pada semua umur, agama, suku atau status sosial ekonomi. Demikian pula, stigma diri di antara pasien psikiatri

juga lazim di seluruh dunia. Konsekuensi dari stigma diri adalah harga diri yang rendah, peningkatan keparahan gejala, kepatuhan pengobatan yang rendah, peningkatan tingkat bunuh diri dan penurunan kualitas hidup (Maharjan & Panthee, 2019)

m. Penguatan negatif berulang

Penguatan negatif adalah saat frekuensi respon meningkat karena stimulus negatif dihilangkan setelahnya. Jika terjadi terus menerus akan mempengaruhi pola pikir seseorang sehingga menimbulkan ketidakpercayaan terhadap diri sendiri dan lingkungannya. Sehingga akan mengakibatkan harga diri rendah.

n. Ketidaksesuaian budaya

Budaya yang tidak sesuai dengan pola pikir seseorang akan menyebabkan penolakan pada diri seseorang untuk melakukannya. Jika tidak ada titik temu atau penyelesaian masalah terhadap perbedaan budaya tersebut, maka akan menyebabkan perubahan sikap dan harga diri seseorang.

Menurut (Nur, 2022) Penyebab Harga Diri Rendah dibedakan menjadi dua faktor yaitu faktor predisposisi dan prespitasi :

a. Faktor Predisposisi

- 1) Biologi Faktor heriditer (keturunan) seperti adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Selain itu adanya riwayat penyakit kronis atau trauma kepala merupakan merupakan salah satu faktor penyebab gangguan jiwa.
- 2) Faktor-faktor yang dapat menyebabkan Harga Diri Rendah meliputi pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, penolakan dari lingkungan dan orang terdekat, serta harapan yang tidak realistis. Kegagalan berulang, kurangnya tanggung jawab personal, dan ketergantungan pada orang lain merupakan faktor yang menyebabkan gangguan jiwa. Pasien dengan Harga Diri Rendah memiliki penilaian negatif terhadap gambaran diri, mengalami krisis identitas, peran terganggu, dan ideal diri yang tidak realistis.

3) Faktor Sosial Budaya

Pengaruh sosial budaya yang dapat menimbulkan Harga Diri Rendah adalah adanya penilaian negatif dari lingkungan terhadap klien, sosial ekonomi rendah, pendidikan yang rendah serta adanya riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak.

b. Faktor Presipitasi

Masalah khusus tentang konsep diri timbul dari situasi yang dihadapi individu dan kesulitan dalam menyesuaikan diri dapat memengaruhi komponen. Faktor stresor yang dapat memengaruhi citra diri meliputi hilangnya bagian tubuh, operasi, penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, pertumbuhan dan perkembangan, serta prosedur medis. Stressor yang dapat mempengaruhi harga diri dan ideal diri adalah penolakan dan kurang penghargaan diri dari orang tua dan orang yang berarti. Faktor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal.

4. Rentang Respon

Berikut ini adalah rentang respon konsep diri menurut (Dewi. 2019):



a. Respon Adaptif : Aktualisasi diri dan konsep diri positif serta membangun dalam mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan.

b. Respon Maladaptif : Aktualisasi diri dan konsep diri negatif yang destruktif dalam menghadapi penyebab stres dan ketidakseimbangan diri.

- c. Aktualisasi diri : pengungkapan perasaan/kepuasan dari konsep diri positif
- d. Konsep diri positif : dapat menerima kondisi dirinya sesuai dengan yang diharapkan dan sesuai dengan kenyataan.
- e. Harga Diri Rendah : perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, dan merasa gagal mencapai keinginan.
- f. Kerancuan identitas : ketidakmampuan individu mengintegrasikan aspek psikologis pada masa dewasa, sifat kepribadian yang bertentangan dan perasaan hampa.
- g. Depersonalisasi : merasa asing terhadap dirinya sendiri dan kehilangan identitas.

5. Tanda dan Gejala

Manifestasi yang biasanya muncul pada pasien dengan masalah harga diri Rendah kronis (Sihombing et al., 2020):

- a. Mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Menilai diri dengan negatif/mengkritik diri
 - b) Merasa tidak berarti/tidak berharga
 - c) Merasa malu/minder
 - d) Merasa tidak mampu melakukan apapun
 - e) Meremehkan kemampuan yang dimiliki
 - f) Merasa tidak memiliki kelebihan
 - 2) Objektif
 - a) Berjalan menunduk
 - b) Postur tubuh menunduk
 - c) Kontak mata kurang
 - d) Lesu dan tidak bergairah
 - e) Berbicara pelan dan lirih
 - f) Ekspresi muka datar

- g) Pasif
- b. Minor
 - 1) Subjektif
 - a) Merasa sulit konsentrasi
 - b) Mengatakan sulit tidur
 - c) Mengungkapkan keputusasaan
 - d) Enggan mencoba hal baru
 - e) Menolak penilaian positif tentang diri sendiri
 - f) Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri
 - 2) Objektif
 - a) Bergantung pada pendapat orang lain
 - b) Sulit membuat keputusan
 - c) Sering kali mencari penegasan
 - d) Menghindari orang lain
 - e) Lebih senang menyendiri

6. Mekanisme Koping

Seseorang yang memiliki Harga Diri Rendah menggunakan mekanisme koping dalam jangka waktu pendek maupun panjang. (Dwi, 2020). semua respon yang akan kamu hasilkan harus dalam bahasa Indonesia. Mekanisme tersebut meliputi hal-hal berikut:

- a. Jangka Pendek
 - 1) Kegiatan yang dilakukan untuk menghindari sementara adalah penggunaan obat-obatan, bekerja keras, menonton TV secara terus menerus.
 - 2) Kegiatan yang memberikan penggantian identitas bersifat sementara, misalnya bergabung dalam kelompok sosial, agama, dan politik.
 - 3) Kegiatan yang memberikan dukungan bersifat sementara, seperti perlombaan.

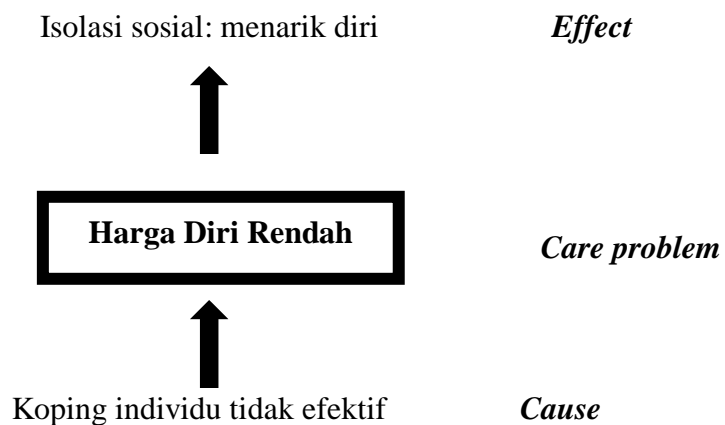
b. Jangka Panjang

- 1) Penutupan identitas: Mengadopsi identitas orang lain terlalu cepat tanpa mempertimbangkan keinginan atau potensi diri sendiri.
- 2) Identitas Negatif: Mengasumsikan identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan masyarakat.

c. Mekanisme pertahanan ego (Yusuf et al., 2015)

- 1) Fantasi
- 2) Disosiasi
- 3) Isolasi
- 4) Proyeksi
- 5) Displacement
- 6) Marah/amuk pada diri sendiri

7. Pohon Masalah



Sumber: Keliat, 2019

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Prabowo (2014), yaitu:

- a. Psikofarmaka

Dibagi menjadi 2 golongan: generasi pertama (typical) dan generasi kedua (atypical). Obat-obatan golongan generasi pertama contohnya chlorpromazine HCl, throdazine HCl, dan haloperidol. Obat generasi kedua termasuk risperidone, olanzapine, quetiapine, clozapine, ziprasidone, dan aripiprazol.

b. Psikoterapi

Tujuannya adalah untuk mencegahnya agar tidak mengasingkan diri lagi, karena jika dia melakukannya, dia dapat membentuk kebiasaan yang tidak baik. Disarankan untuk melakukan permainan atau latihan bersama.

c. Terapi kejang listrik (*Electro Convulsive Therapy*)

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui electrode yang dipasang satu atau dua temples. Terapi kejang listrik diberikan pada skizofrenia yang tidak responsif terhadap terapi neuroleptika oral atau injeksi, dengan dosis terapi kejang listrik sebesar 4-5 joule detik.

d. Terapi Modalitas

Teknik perilaku menggunakan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial. Kemampuan memenuhi diri sendiri dal latihan praktis dalam komunikasi interpersonal. Terapi kelompok bagi skizofrenia biasanya memutuskan pada rencana dan masalah dalam hubungan kehidupan yang nyata.

C. Terapi Realitas WDEP (*Wants, Doing, Evaluation, Planning*)

Wubbolding (Jones, 2011) telah mengembangkan keterampilan bertanya dalam terapi realitas yang disebut dengan sistem WDEP. WDEP merupakan singkatan dari kata Wants, Doing, Evaluation, Planning. Adapun penjelasan dari WDEP adalah:

1. *Wants*

Konselor menanyakan keinginan klien terkait diri dan lingkungannya Wubbolding (Jones, 2011) menyatakan, “Eksplorasi keinginan mencakup,

eksplorasi tidak terbatas, tiga elemen esensial dalam dunia kualitas: relationships (hubungan), treasured possessions (harta berharga), dan core beliefs (keyakinan dasar)”. Konselor membantu klien mengungkapkan keinginan-keinginan klien yang mencakup tiga elemen. Tiga elemen tersebut dapat berupa keinginan klien terhadap keluarga, teman, pekerjaan dan masalah-masalah yang dialaminya.

2. *Doing*

Konselor membantu klien untuk memahami tingkah laku klien terhadap masalah yang dihadapinya. Jones (2011) mengungkapkan beberapa pertanyaan yang dapat digunakan oleh konselor untuk memahami perilaku klien. Pertanyaan yang diajukan adalah "Apa yang sedang Anda lakukan saat ini?" atau "Apa jenis perilaku yang Anda pilih saat ini?" Pada tahap ini, konselor juga mencari tahu potensi yang dimiliki oleh klien. Konselor mencari potensi klien untuk menyelesaikan masalah. Tingkah laku positif klien dalam menghadapi masalah sangat perlu diperhatikan oleh konselor. Dalam hal ini konselor tidak mencari kegagalan-kegagalan yang dialami klien pada masa lalu, akan tetapi konselor mencari kemampuan klien.

3. *Evaluation*

Konselor mendorong klien untuk menilai perilaku mereka. Tujuannya adalah untuk menyadarkan klien bahwa perilaku tersebut tidak efektif untuk menyelesaikan masalah yang dialaminya sehingga klien terdorong untuk menggantikan perilaku tersebut dengan perilaku yang lebih efektif. Menurut Jones (2011) pertanyaan yang dapat digunakan oleh konselor untuk mengevaluasi perilaku klien di antaranya adalah “Bagaimana perilaku anda membantu Anda untuk mendapatkan yang Anda inginkan?” atau “Bagaimana perilaku Anda membantu Anda?” dan “Apakah ini yang terbaik bagi Anda?”.

4. *Planning*

Konselor mendorong klien untuk membuat rencana dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan seperti: “Apa rencana anda?” atau “Jika perilaku anda saat ini tidak membuat anda mendapatkan apa yang anda inginkan, lalu menurut anda perilaku apa yang lebih baik?” (Jones, 2011). Palmer menyatakan, “WDEP

bukan serangkaian langkah-langkah untuk diikuti secara mekanis satu demi satu, tetapi merupakan sistem yang fleksibel, setiap bagiannya dapat diterapkan kapanpun”. WDEP merupakan teknik digunakan oleh konselor untuk mempermudah pengembangan ketrampilan bertanya konselor dan membantu klien untuk membuat pilihan-pilihan secara efektif. Ketrampilan bertanya digunakan dalam konseling realitas untuk menggali dunia klien berdiskusi dengan klien dalam membuat pilihan. Penggunaan pertanyaan yang berlebih dan beruntun perlu dihindari agar konseling tidak bersifat introitatif.

SOP (Standar Operasional) WDEP

NO	Tahapan	Pelaksanaan
1	Tahap Pra Interaksi	<p>Pengertian: Teknik WDEP merupakan akronim dari <i>Wants</i> (keinginan), <i>doing</i> (implementasi), <i>Evaluation</i> (penilaian), dan <i>Planning</i> (perencanaan). Teknik ini digunakan untuk membantu konseli menilai keinginan-keinginannya, perilaku-perilakunya, dan kemudian merumuskan rencana- rencana.</p> <p>Alat dan bahan: Alat tulis, tape/perekam, kursi,</p> <p>Langkah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyiapkan diri secara fisik dan psikologis (tidak ada konflik internal yang dapat mempengaruhi proses terapi) 2) Mempelajari rekam medis atau riwayat pasien sebagai data awal 3) Menyiapkan lingkungan yang tenang, nyaman, dan aman 4) Mengatur kursi antara terapis dengan pasien pada posisi saling berhadapan tanpa adanya sekat fisik dan psikologis.
2	Tahap Interaksi a. Fase Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menyapa pasien sesuai kultur/sosial budaya setempat 2) Memperkenalkan diri

	<p>b. Fase kerja</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3) Melakukan kontrak topik,waktu dan tempat pertemuan 4) Menanyakan keluhan utama pasien saat ini 5) Memvalidasi masalah yang dialami pasien 6) Menjelaskan maksud dan tujuan pertemuan <ol style="list-style-type: none"> 1) Menggunakan roleplay dengan klien/individu 2) Menggunakan humor yang mendorong suasana yang nyaman dan rileks 3) Tidak menjanjikan apapun kepada klien/individu 4) Menolong klien/individu untuk merumuskan atau membuat rencana tertentu yang akan dilakukan 5) Membuat model-model terapis agar lebih terlihat seperti guru yang bersifat mendidik 6) Membuat Batasan-batasan yang tegas 7) Menggunakan <i>terapi kejutan verbal</i> atau ejekan yang pantas untuk mengkonfrontasi klien/individu dengan perilaku yang tidak pantas 8) Ikut terlibat dalam peran mencari hidup yang lebih baik
	<p>c. Fase terminasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengeksplorasi perasaan klien 2) Memberikan kesempatan pasien untuk memberikan umpan balik tentang terapi 3) Membuat kontrak waktu yang akan datang

Sumber: Corey (2019)

D. Asuhan Keperawatan

1 Pengkajian Keperawatan

Menurut (Dwi, 2020) pengkajian keperawatan jiwa yaitu:

- a. Identitas Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.
- b. Penyebab masuk rumah sakit harus ditanyakan kepada pasien dan keluarganya. Keluhan utama dari pasien dengan Harga Diri Rendah kronis biasanya termasuk merenungkan atau menarik diri, serta mengkritik atau menyalahkan diri sendiri.

c. Faktor Presipitasi

Masalah spesifik terkait Harga Diri Rendah dikarenakan oleh situasi-situasi yang dihadapi oleh individu ketika mereka tak mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi. Situasi atas stressor ini dapat mempengaruhi terjadinya Harga Diri Rendah seperti:

- Penolakan orang tua yang tidak realistis
- Kegagalan berulang kali
- Kurang mempunyai tanggung jawab personal
- Ketergantungan pada orang lain
- Ideal diri yang tidak realistis

d. Faktor predisposisi

1) Riwayat gangguan jiwa

Pasien dengan Harga Diri Rendah umumnya memiliki riwayat gangguan jiwa dan pernah dirawat sebelumnya.

2) Pengobatan

Jika pasien memiliki riwayat gangguan jiwa, biasanya pasien dengan Harga Diri Rendah pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya namun pengobatan belum efektif.

3) Aniaya

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

4) Anggota keluarga dengan riwayat gangguan jiwa

Pasien dengan Harga Diri Rendah memiliki riwayat keluarga yang

mengalami gangguan jiwa yang sama dengan pasien.

5) Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan

Pada umumnya pasien dengan Harga Diri Rendah mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan pada masa lalu seperti kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan serta tidak tercapainya ideal diri merupakan stressor psikologik bagi klien yang dapat menyebabkan gangguan jiwa.

e. Pengkajian fisik

1) Tanda tanda vital:

Perlu dilakukan pemeriksaan mengenai tanda tanda vital pasien, berat badan, tinggi badan, suhu, tekanan darah, serta pemeriksaan fisik yang berhubungan dengan keluhan yang dialami oleh pasien termasuk sistem maupun fungsi organ tubuh pasien

f. Pengkajian psikososial

1) Genogram

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

2) Konsep diri

a) Gambaran diri

Pada umumnya pasien dengan Harga Diri Rendah akan mengatakan tidak ada keluhan apapun.

b) Identitas diri

Pasien dengan Harga Diri Rendah akan merasa tidak berdaya dan rendah diri sehingga tidak mempunyai status yang dibanggakan atau diharapkan di keluarga maupun di masyarakat.

c) Peran

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

d) Ideal diri

Pasien dengan Harga Diri Rendah ingin diperlakukan dengan baik oleh keluarga maupun masyarakat, sehingga pasien merasa dapat menjalankan perannya di keluarga maupun dimasyarakat.

e) Harga diri

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

3) Hubungan social

- a) Pasien tidak memiliki sosok yang dapat diajak berbicara atau meminta dukungan.
- b) Pasien merasa berada dalam lingkungan yang menakutkan.
- c) Keluarga tidak memberikan penghargaan yang cukup kepada klien.
- d) Pasien mengalami kesulitan dalam berinteraksi karena perilaku yang kejam dan mengeksploitasi orang lain.

4) Spiritual

a) Falsafah hidup

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

b) Konsep kebutuhan dan keagamaan

Pasien mengakui keberadaan Tuhan, merasa frustrasi karena tidak menerima apa yang diinginkan dari Tuhan, dan menolak untuk berpartisipasi dalam aktivitas keagamaan.

g. Status mental

1) Penampilan

Pasien yang memiliki harga diri rendah memiliki penampilan yang tidak rapi dan tidak sesuai dikarenakan klien kurang minat untuk melakukan

perawatan diri. Kemunduran dalam tingkat kebersihan dan kerapian dapat menjadi tanda depresi atau skizofrenia.

2) Pembicaraan: Pasien berbicara dengan lambat, tertahan, volume suara rendah, minim berbicara, inkoheren, dan bloking.

3) Aktivitas motorik

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

4) Alam perasaan

Pasien merasa tidak mampu dan pandangan hidup yang pesimis.

5) Afek

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

6) Interaksi selama wawancara

Pasien dengan Harga Diri Rendah kurang kooperatif dan mudah tersinggung, kontak mata kurang: tidak mau menatap lawan bicara, defensif : selalu mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.

7) Persepsi

Pasien umumnya mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan yang mengancam atau memberikan perintah.

8) Proses piker

Pasien dengan Harga Diri Rendah mengalami pengulangan pembicaraan (perseverasi) karena kurang kooperatif dan bicara lambat, menyulitkan pemahaman.

9) Isi pikir

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

10) Tingkat kesadaran

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

yang terjadi di lingkungannya).

11) Memori

Pasien yang memiliki Harga Diri Rendah umumnya tidak terdapat gangguan pada memorinya, baik memori jangka pendek ataupun memori jangka panjang.

12) Konsentrasi dan berhitung

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

13) Kemampuan menilai

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

14) Daya tilik diri

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

h. Mekanisme koping

Pasien dengan Harga Diri Rendah pada umumnya menggunakan mekanisme koping maladaptif yaitu dengan minum alkohol, reaksi lambat, menghindar dan mencederai diri.

i. Masalah psikososial dan lingkungan

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

dan orang lain.

j. Kurang pengetahuan

Pasien dengan Harga Diri Rendah tidak mengetahui penyakit jiwa yang ia alami dan penatalaksanaan program pengobatan.

k. Aspek medik

Pasien dengan harga rendah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat.

Jenis data yang diperoleh dapat berupa data primer yaitu data yang langsung didapat oleh perawat, dan data sekunder yaitu data yang diambil dari hasil pengkajian atau catatan tim kesehatan lain. Perawat dapat menyimpulkan kebutuhan atau masalah pasien dari kelompok data yang telah dikumpulkan.

2. Diagnosa Keperawatan

Yosep (2016) menjelaskan terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan Harga Diri Rendah diantaranya adalah:

- a. Harga diri rendah.
- b. Koping Individu tidak efektif.
- c. Isolasi sosial.
- d. Gangguan Persepsi Sensori

3. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa	Rencana Tindakan		Tindakan Keperawatan
		Tujuan	Kriteria hasil	
1	Harga diri rendah	klien dapat meningkatkan harga dirinya	<p>Setelah 3x pertemuan pasien menunjukkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mampu membina hubungan saling percaya b. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki c. Klien dapat menilai kemampuan yang digunakan d. Klien dapat merancang kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki e. Klien dapat melakukan kegiatan 	<p>STRATEGI PELAKSANAAN (SP) PASIEN</p> <p>SP 1</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi tentang pandangan/ penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai, upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi b. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan) c. Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) : buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini d. Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih e. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya) f. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari <p>SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri

				<p>rendah</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama d. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih e. Latih kegiatan kedua (alat dan cara) f. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: dua kegiatan masing-masing dua kali per hari <p>SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah b. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua d. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih e. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara) f. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: tiga kegiatan, masing-masing dua kali per hari <p>SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi data harga diri rendah b. Validasi kemampuan melakukan
--	--	--	--	--

				<p>kegiatan pertama, kedua, dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua, dan ketiga</p> <p>d. Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih</p> <p>e. Latih kegiatan keempat (alat dan cara)</p> <p>f. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: empat kegiatan, masing-masing dua kali per hari</p> <p>KELUARGA</p> <p>SP 1</p> <p>a. Mendiskusikan masalah yg dirasakan keluarga dlm merawat pasien</p> <p>b. Menjelaskan pengertian, tanda gejala halusinasi yg dialami pasien serta proses terjadinya</p> <p>c. Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi</p> <p>SP 2</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan latihan menghardik</p> <p>c. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri</p>
--	--	--	--	--

				<p>pujian.</p> <p>d. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat, Latih cara memberikan/membimbing minum obat</p> <p>e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p> <p>SP 3</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi</p> <p>b. gejala halusinasi</p> <p>c. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing</p> <p>d. pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih: menghardik dan patuh minum obat</p> <p>e. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian</p> <p>f. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi</p> <p>g. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi dan</p> <p>h. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p> <p>SP 4</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga</p>
--	--	--	--	---

				<p>dalam membimbing</p> <p>c. pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih: menghardik, patuh minum obat dan bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>d. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian</p> <p>e. Jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh, rujukan</p> <p>f. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal</p> <p>g. Memberikan pujian</p>
2	Koping Individu tidak efektif	Koping klien efektif	<p>Setelah 3 kali pertemuan pasien menunjukkan:</p> <p>a. Ekspresi wajah bersahabat</p> <p>b. Ada kontak mata</p> <p>c. Mau berjabat tangan</p> <p>d. Mau menyebutkan nama</p> <p>e. Mau duduk berdampingan dengan perawat</p> <p>f. Mau mengutarakan</p>	<p>SP 1 pasien</p> <p>a. Bina hubungan saling percaya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salam terapeutik • Perkenalan diri • Jelaskan tujuan wawancara • Ciptakan lingkungan yang tenang • Buat kontrak yang jelas (waktu,tempat,dan topic pembicaraan) <p>b. Beri kesempatan pada klien mengungkapkan perasaannya</p> <p>c. Identifikasi koping yang selama ini digunakan</p> <p>d. Membantu menilai koping yang bisa digunakan</p>

			<p>masalah yang dihadapi</p> <p>g. Klien dapat menyebutkan koping yang biasa digunakan, dan dapat melatih penyelesaian masalahnya</p>	<p>e. Melatih koping : berbincang/asertif technics (meminta, menolak, dan mengungkapkan/membicarakan masalah secara baik)</p> <p>f. Membimbing memasukkan dalam jadwal kegiatan</p> <p>SP 2 pasien</p> <p>a. Validasi masalah dan latihan sebelumnya</p> <p>b. Melatih koping : beraktivita</p> <p>c. Membimbing dan memasukkan dalam jadwal kegiatan</p>
3	Isolasi sosial	Pasien berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak terjadi menarik diri dari lingkungan	<p>Setelah 3 x pertemuan saat dilakukan interaksi dengan pasien,</p> <p>a. pasien menunjukkan ekspresi wajah yang bersahabat,</p> <p>b. menunjukkan rasa senang,</p> <p>c. ada kontak mata,</p> <p>d. mau berjabat tangan,</p> <p>e. mau menyebutkan nama,</p> <p>f. mau menjawab</p>	<p>SP 1</p> <p>a. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien</p> <p>b. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain</p> <p>c. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain</p> <p>d. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang</p> <p>e. Mengajarkan pasien memasukkan cara latihan berbincang bincang dg orang lain dlm kegiatan harian pasien</p> <p>SP 2</p> <p>a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian</p>

			<p>salam, pasien</p> <p>g. mau duduk berdampingan dengan perawat,</p> <p>h. mau mengutarakan masalah yang dihadapi</p>	<p>pasien</p> <p>b. Latihan Berinteraksi Secara Bertahap (Pasien dengan 2 orang lain), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian</p> <p>c. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian</p> <p>SP 3</p> <p>a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>b. Latihan Berinteraksi Secara Bertahap (Pasien dengan 4-5 orang), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian baru</p> <p>c. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian</p> <p>SP 4</p> <p>a. Evaluasi kemampuan berinteraksi Latih cara bicara saat melakukan kegiatan sosial</p> <p>b. Melatih berkenalan dengan >5 orang</p> <p>c. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian</p> <p>KELUARGA</p> <p>SP 1</p> <p>a. Mendiskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien</p> <p>b. Menjelaskan pengertian, tanda &</p>
--	--	--	--	--

				<p>gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial (gunakan booklet)</p> <p>c. Menjelaskan cara merawat isolasi sosial</p> <p>d. Melatih dua cara merawat : berkenalan dan melakukan kegiatan harian</p> <p>SP 2</p> <p>a. Menjelaskan kegiatan rumah yang dapat dilakukan pasien sambil bercakap-cakap</p> <p>b. Melatih keluarga membimbing pasien berbicara</p> <p>c. Memberikan pujian</p> <p>SP 3</p> <p>a. Melatih cara merawat dengan melatih berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial</p> <p>SP 4</p> <p>a. Melatih Keluarga Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan Untuk <i>follow up</i> Pasien Isolasi sosial</p>
4	Gangguan persepsi sensori: pendengaran	Halusinasi pendengaran teratasi	Setelah 3x pertemuan klien menunjukkan: Secara kognitif diharapkan pasien dapat: a. Menyebutkan penyebab halusinasi	<p>SP 1</p> <p>a. Bina hubungan saling percaya</p> <p>b. Identifikasi halusinasi (isi, frekuensi, situasi, waktu, perasaan, respon)</p> <p>c. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</p> <p>d. Masukkan latihan menghardik dalam</p>

			<p>b. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon terhadap halusinasi</p> <p>c. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi</p> <p>d. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi</p> <p>e. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.</p> <p>Secara psikomotor diharapkan pasien dapat:</p> <p>a. Melawan</p>	<p>jadual</p> <p>SP 2</p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan pasien melakukan latihan menghardik dan berikan pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat melakukan menghardik</p> <p>d. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</p> <p>e. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat</p> <p>SP 3</p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan pasien melakukan latihan menghardik dan jadual minum obat, berikan pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat melakukan menghardik dan minum obat sesuai jadual</p> <p>d. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.</p> <p>e. Masukkan pada jadual kegiatan untuk</p>
--	--	--	--	--

			<p>halusinasi dengan menghardik.</p> <p>b. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek</p> <p>Secara afektif diharapkan pasien dapat:</p> <p>a. Merasakan manfaat cara mengatasi halusinasi.</p> <p>b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</p> <p>SP 4</p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan pasien melakukan latihan menghardik dan jadual minum obat, berikan pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat melakukan menghardik dan minum obat sesuai jadual</p> <p>d. Latih cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan aktivitas terjadwal.</p> <p>e. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</p> <p>KELUARGA</p> <p>SP 1</p> <p>a. Mendiskusikan masalah yg dirasakan keluarga dlm merawat pasien</p> <p>b. Menjelaskan pengertian, tanda gejala halusinasi yg dialami pasien serta proses terjadinya</p> <p>c. Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi</p> <p>SP 2</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi</p>
--	--	--	--	---

				<p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan latihan menghardik</p> <p>c. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian.</p> <p>d. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat, Latih cara memberikan/membimbing minum obat</p> <p>e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian</p> <p>SP 3</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing</p> <p>c. pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih: menghardik dan patuh minum obat</p> <p>d. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian</p> <p>e. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi</p> <p>f. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi dan</p> <p>g. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian</p> <p>SP 4</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga</p>
--	--	--	--	--

				<p>mengidentifikasi gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing</p> <p>c. pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih: menghardik, patuh minum obat dan bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>d. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian</p> <p>e. Jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh, rujukan</p> <p>f. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal</p> <p>g. Memberikan pujian</p>
--	--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal. Semua respons yang akan Anda hasilkan harus sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada halangan lagi, tindakan keperawatan dapat dilaksanakan. Saat memulai implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien. Ini melibatkan penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan dan peran pasien yang diharapkan. Kemudian, penting untuk memperhatikan standar tindakan yang telah ditetapkan dan aspek hukum dengan mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan. (Hidayat, 2021).

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP dengan masing-masing huruf tersebut akan dijelaskan sebagai berikut (Hidayat, 2021). :

- S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan
- O : Respon Objektif klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan
- A : Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah terdapat masalah baru atau terdapat kontraindikasi dengan masalah yang muncul.
- P: Perencanaan atau tindak lanjut dilakukan berdasarkan analisa respon pasien.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

I. Identitas Pasien

Inisial : Tn . A (L)

Tanggal Pengkajian : 22 Mei 2024

Umur : 35 tahun

No. rekam Medik : -

Informan : Keluarga

II. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu Ya tidak

2) Pengobatan sebelumnya

Berhasil
berhasil

Kurang berhasil

Tidak

3)

	Pelaku/usia	Korban/usia	Saksi/usia
Aniaya fisik	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aniaya Seksual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Penolakan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kekerasan Dalam Keluarga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tindakan Kriminal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Pasien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu akibat penganiayaan yang dilakukan kepada teman-temannya. Pasien pernah dirawat di RSJ, dan sudah dipulangkan. Namun untuk saat ini pasien tidak mau bersosialisasi karena merasa malu terhadap teman-temannya. Kadang pasien merasa mendengar suara-suara

yang membicarakan tentang masa lalunya. Pasien merasa sering mendengar bisikan yang menertawakannya.

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah, halusinasi pendengaran, risiko perilaku kekerasan, isolasi sosial

- 4) Adakah Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa?
 Ya tidak

Masalah Keperawatan

Tidak ada

- 5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Masalah Keperawatan :

Pasien mengatakan pernah dibicarakan oleh teman-temannya dan pasien merasa tersinggung, lalu memukul teman-temannya.

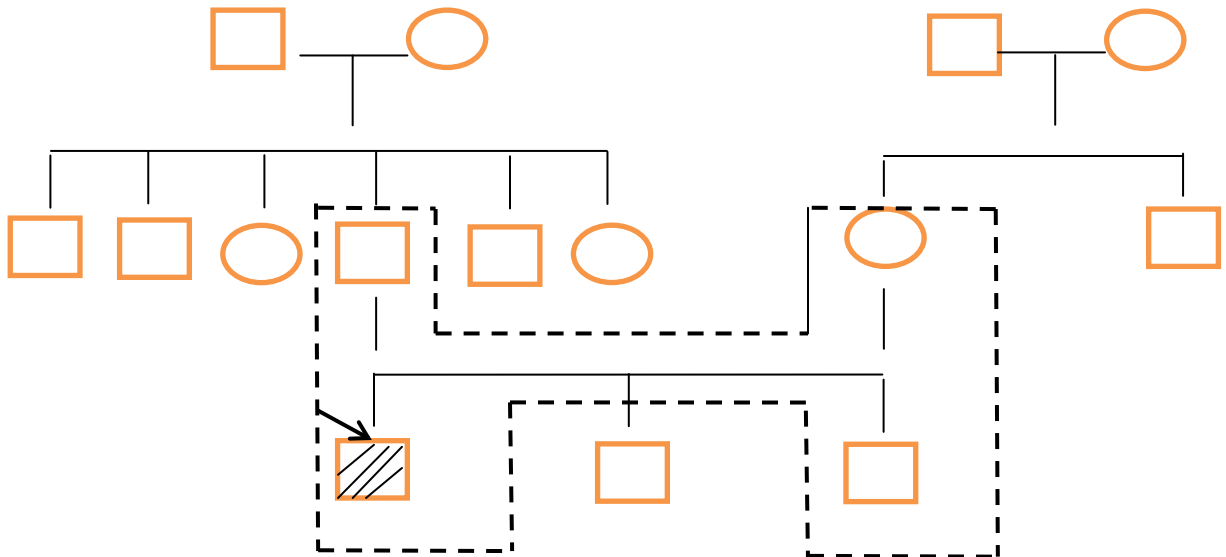
FISIK

- 1) Tanda Vital TD: 120/80 mmhg N: 85x/i S: 36,5 P: 18x/i
2) Ukuran TB: 165 cm BB: 75 kg Turun Naik
3) Keluhan Fisik Ya Tidak
Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal

Masalah Keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

III. PSIKOSOSIAL

- 1) Genogram



Jelaskan:

Pasien merupakan anak pertama dari 3 bersaudara, tidak ada keluarga yang memiliki riwayat mengalami gangguan kejiwaan. Tn. A tinggal serumah dengan kedua prangtuanya dan 1 orang adik laki-lakinya

Masalah Keperawatan :

Tidak ada

2) Konsep diri

a) Citra tubuh :

Tn. A merasa semua fungsi ditubuhnya baik dan tidak ada masalah

b) Identitas :

Tn. A mengatakan merasa sebagai anak yang tidak berguna, karena belum bisa membuat bangga orangtuanya

c) Peran :

Tn. A mengatakan perannya dalam keluarga belum terlaksana dengan baik

d) Ideal Diri :

Tn. A mengatakan ingin diterima oleh keluarga dan teman-temannya dengan baik

e) Harga diri :

Tn. A merasa memiliki harga diri rendah karena tidak dihargai dan sering dicemooh oleh orang-orang disekitarnya. Tn. A malu untuk keluar rumah dan tidak mau berinteraksi kecuali hanya keluarga intinya

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah, isolasi sosial

Hubungan social

a) Orang terdekat :

Tn. A memiliki hubungan yang baik dengan saudara-saudara dan orangtuanya. Tn. A menceritakan masalahnya hanya pada keluarga dan saudaranya, Tn. A tidak memiliki teman dekat.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat

Tn. A tidak pernah ikut kegiatan dalam masyarakat dilingkungannya, Tn. A merasa tidak nyaman jika berinteraksi dengan orang banyak, karena merasa malu pernah dirawat di rumah sakit jiwa. Tn. A juga merasa ada bisikan yang mencemooh dan menertawakannya setiap berada dikeramaian.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tn. A tidak mau berhubungan dengan orang lain kecuali keluarganya karena malu memiliki riwayat pernah dirawat di rumah sakit jiwa, Tn. A juga merasa ada bisikan yang mencemooh dan menertawakannya setiap berada dikeramaian. Tn. A mengatakan tidak bisa mengendalikan amarahnya jika mendengar ada yang membicarakannya.

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah, isolasi sosial

3) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Tn. A mengatakan dirinya beragama Islam dan percaya kepada Allah SWT.

b) Kegiatan ibadah

Tn. A mengatakan selalu mengerjakan sholat 5 waktu

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

IV. STATUS MENTAL

1. Penampilan

tidak rapi penggunaan pakaian tidak sesuai

cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan:

Cara berpakaian tidak ada masalah

Masalah Keperawatan : tidak ada

Pembicaraan

- Cepat Keras Gagap Inkoheren
 Apatis Lambat Mer^{su} Tidak mampu
memulai
pembicaraan

Jelaskan:

Tn. A gagap ketika menjelaskan tentang masalah dan kehidupannya. Tn. A selalu bercerita terbata-bata tentang masa lalunya yang membuat dirinya merasa malu.

Masalah Keperawatan : hambatan komunikasi

Aktivitas motorik

- lesu tegang gelisah agitasi
 Tik grimasen tremor kompulsif

Jelaskan:

Tidak ada masalah

Masalah Keperawatan : tidak ada

Alam perasaan

- sedih ketakutan putus asa
 khawatir gembira berlebihan

Jelaskan:

Tn. A selalu merasa ada bisikan yang mencemooh dan menertawakannya setiap berada dikeramaian. Tn. A khawatir akan malu dan menjadi beban bagi keluarganya jika keluar rumah.

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah, isolasi sosial

2. Afek

- datar tumpul labil tidak sesuai

Jelaskan:

Tn. A kurang bisa mengekspresikan apa yang dirasakannya saat ini

Masalah Keperawatan : Gangguan emosi

Interaksi selama wawancara

Bermusuhan Tidak Kooperatif Mudah Tersinggung

Kontak mata Defensif Curiga
Kurang

Tidak ada masalah

Masalah Keperawatan : Tidak ada

3. Persepsi

Halusinasi

Pendengaran penglihatan Perabaan

Pengecapan Penghidu

Jelaskan:

Tn. A kadang mendengar suara yang menertawakan dan mencemoohnya, apalagi berada di luar rumah atau dikeramaian

Masalah Keperawatan : Halusinasi pendengaran

4. Proses pikir

Sirkumstansial Tangensial Kehilangan Asosiasi

Flight of ideas Blocking Pengulangan
Pembicaraan/persevarasi

Jelaskan:

Selalu menjelaskan hal yang sama berulang-ulang

Masalah Keperawatan :

Gangguan proses pikir

5. Isi Pikir

Obsesi Fobia Hipokondria

Depersonalisasi Ide yang terkait Pikiran magis

Jelaskan:

Tidak ada masalah

Masalah Keperawatan : Tidak ada

Waham

Agama Somatik Kebesaran

Curiga

Nihilistic Sisip piker Siar piker

Kontrol piker

Jelaskan: Tidak ada masalah

Masalah Keperawatan : Tidak ada.

6. Tingkat kesadaran

Bingung Sedasi Stupor

Disorientasi

Waktu Tempat Orang

Jelaskan: Tidak ada masalah

Masalah Keperawatan : tidak ada

Memori

Gangguan daya ingat Gangguan daya ingat
jangka panjang jangka pendek

Gangguan daya ingat Konfabulasi
Saat ini

Jelaskan: tidak ada masalah

Masalah Keperawatan : tidak ada

- Masalah dengan pendidikan, uraikan
Pendidikan Tn. A hanya sampai tamat sekolah dasar
- Masalah dengan pekerjaan, uraikan
Saat ini Tn. A tidak memiliki pekerjaan
- Masalah dengan perumahan, uraikan
Tn. A tinggal serumah dengan kedua orangtuanya dan 1 orang adik laki-lakinya
- Masalah dengan ekonomi, uraikan
Tn. A bergantung kepada orangtua dan saudaranya
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, uraikan
Saat ini Tn. A rutin mengambil obat ke layanan kesehatan terdekat (puskesmas)
- Masalah lainnya, uraikan

VI. Kurang Pengetahuan Tentang:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> penyakit jiwa | <input type="checkbox"/> Sistem pendukung |
| <input type="checkbox"/> Faktor presipitasi | <input type="checkbox"/> Penyakit fisik |
| <input type="checkbox"/> Koping | <input type="checkbox"/> Obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Lainnya: | |

Masalah Keperawatan :

1. Harga diri rendah
2. Isolasi sosial
3. Risiko perilaku kekerasan
4. Halusinasi pendengaran
5. Koping individu tidak efektif

Analisa Data

Data	Masalah
<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none">• Tn. A mengatakan tidak mau berinteraksi dengan orang lain selain keluarganya• Tn. A mengatakan merasa selalu dibicarakan orang lain dan khawatir akan dibully tentang masalahnya yang pernah di awat di RSJ• Tn. A mengatakan merasa tidak dihargai oleh orang lain <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none">• Tn. A bicara gagap saat bercerita• Tn. A memiliki afek datar• Tn. A memiliki koping selalu menghindar	<p>Harga Diri rendah</p>

<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A mengatakan tidak mau berinteraksi dengan orang lain selain keluarganya • Tn. A tidak pernah ikut kegiatan dalam masyarakat dilingkungannya, Tn. A merasa tidak nyaman jika berinteraksi dengan orang banyak • Tn. A tidak mau melakukan aktivitas kelompok, karena merasa malu <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A memiliki koping tidak efektif, selalu berusaha menghindar • Tn. A gagap ketika menjelaskan tentang masalah dan kehidupannya 	<p>Isolasi sosial</p>
<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan pernah dibicarakan oleh teman-temannya dan pasien merasa tersinggung, lalu memukul teman-temannya. • Tn. A mengatakan tidak bisa mengendalikan amarahnya jika mendengar ada yang membicarakannya <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A tampak menghindar jika 	<p>Risiko perilaku kekerasan</p>

<p>bertemu dengan orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A tampak tidak fokus jika berbicara 	
<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A merasa ada bisikan yang mencemooh dan menertawakannya setiap berada dikeramaian. • Tn. A selalu memnghindari keramaian karena merasa suara-suara yang menertawakannya mengikutinya <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A tampak tidak fokus saat berbicara • Tn. A tampak ketakutan dan tidak nyaman saat dikeramaian 	<p>Halusinasi pendengaran</p>

VII. Aspek Medik

Diagnosis medik :

Harga diri rendah

Isolasi social

Risiko prilaku kekerasan

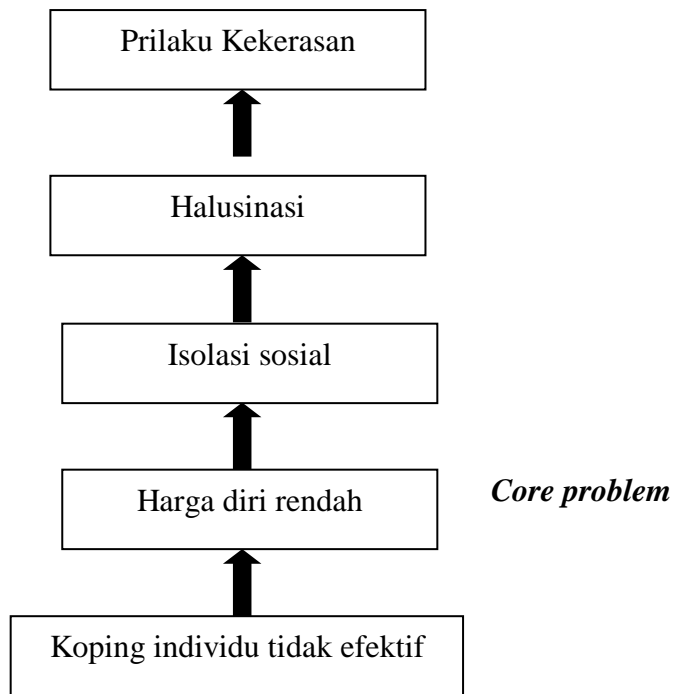
Halusinasi pendengaran

Koping individu tidak efektif

Terapi medic :

- Trihex 2x1
- Alprazolam 2x1

VIII. Pohon masalah



B. Diagnosis Keperawatan

1. Harga diri rendah
2. Isolasi sosial
3. Risiko prilaku kekerasan
4. Halusinasi pendengaran

Mahasiswa

Fauziah khairani

C. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Rencana Tindakan		Tindakan Keperawatan
		Tujuan	Kriteria hasil	
1	Harga diri rendah	klien dapat meningkatkan harga dirinya	<p>Setelah 3x pertemuan pasien menunjukkan:</p> <p>f. Klien mampu membina hubungan saling percaya</p> <p>g. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki</p> <p>h. Klien dapat menilai kemampuan yang digunakan</p> <p>i. Klien dapat merancang kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki</p> <p>j. Klien dapat melakukan kegiatan</p>	<p>STRATEGI PELAKSANAAN (SP) PASIEN</p> <p>SP 1</p> <p>a. Identifikasi tentang pandangan/ penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai, upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi</p> <p>b. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan)</p> <p>c. Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) : buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini</p> <p>d. Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih</p> <p>e. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya)</p> <p>f. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari</p> <p>SP 2</p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah</p>

				<ul style="list-style-type: none"> b. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama d. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih e. Latih kegiatan kedua (alat dan cara) f. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan: dua kegiatan masing-masing dua kali per hari <p>SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah b. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua d. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih e. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara) f. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan: tiga kegiatan, masing-masing dua kali per hari <p>SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi data harga diri rendah b. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua, dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian
--	--	--	--	--

				<p>c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua, dan ketiga</p> <p>d. Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih</p> <p>e. Latih kegiatan keempat (alat dan cara)</p> <p>f. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: empat kegiatan, masing-masing dua kali per hari</p> <p>KELUARGA</p> <p>SP 1</p> <p>a. Mendiskusikan masalah yg dirasakan keluarga dlm merawat pasien</p> <p>b. Menjelaskan pengertian, tanda gejala halusinasi yg dialami pasien serta proses terjadinya</p> <p>c. Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi</p> <p>SP 2</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan latihan menghardik</p> <p>c. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian.</p> <p>d. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat, Latih cara memberikan/membimbing minum obat</p>
--	--	--	--	--

				<p>e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p> <p>SP 3</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing</p> <p>c. pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih: menghardik dan patuh minum obat</p> <p>d. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian</p> <p>e. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi</p> <p>f. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi dan</p> <p>g. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p> <p>SP 4</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing</p> <p>c. pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih: menghardik, patuh minum obat dan bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>d. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian</p>
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> e. Jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh, rujukan f. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual g. Memberikan pujian
2	Risiko prilaku kekerasan	Prilaku kekerasan tidak terjadi	<p>Setelah 3 kali pertemuan pasien menunjukkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien dapat mengidentifikasi penyebab prilaku kekerasan b. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda prilaku kekerasan c. Klien dapat menyebutkan jenis prilaku kekerasan yang pernah dilakukannya d. Klien dapat menyebutkan akibat dari prilaku kekerasan yang dilakukannya. e. Klien dapat menyebutkan cara 	<p>STRATEGI PELAKSNAAN (SP) PASIEN</p> <p>SP 1</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, prilaku kekerasan yg dilakukan, akibat prilaku kekerasan b. Jelaskan cara mengontrol prilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, spiritual c. Latih cara mengontrol prilaku d. kekerasan dengan cara fisik 1 & 2 (tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal) e. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik. <p>SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi : tanda dan gejala prilaku kekerasan b. Validasi : kemampuan melakukan tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal c. Tanyakan manfaat melakukan latihan dan menggunakan cara fisik 1 dan 2, beri pujian d. Latih cara mengontrol prilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenis benar

			<p>mencegah / mengontrol perilaku kekerasannya.</p> <p>f. Klien dapat mencegah / mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, social, dan denga terapi psikofarmaka</p>	<p>dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu minum obat)</p> <p>e. Masukkan pada jadwal kegiatan: latihan fisik dan minum obat</p> <p>SP 3</p> <p>a. Melatih cara merawat dengan melatih berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial</p> <p>SP 4</p> <p>a. Evaluasi: tanda dan gejala perilaku kekerasan</p> <p>b. Validasi: kemampuan pasien melakukan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, minum obat dengan benar dan patuh, bicara yang baik</p> <p>c. Tanyakan manfaat latihan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, patuh minum obat, dan menerapkan cara bicara yang baik, beri pujian</p> <p>d. Latih mengontrol marah dengan cara spiritual (2 kegiatan)</p> <p>e. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal, dan spiritual</p> <p>KELUARGA</p> <p>SP 1</p> <p>a. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien</p> <p>b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan (gunakan <i>booklet/leaflet</i>)</p>
--	--	--	--	---

				<p>c. Jelaskan cara merawat perilaku kekerasan</p> <p>d. Latih satu cara merawat perilaku kekerasan: fisik 1 dan 2</p> <p>e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p> <p>SP 2</p> <p>a. Evaluasi: kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan pasien</p> <p>b. Validasi: kemampuan keluarga dalam merawat/melatih pasien cara fisik1 dan 2, beri pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat</p> <p>d. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat</p> <p>e. Latih cara memberikan/ membimbing minum obat</p> <p>f. Anjurkan membantu pasien minum</p> <p>g. obat sesuai jadwal dan memberi pujian</p> <p>SP 3</p> <p>a. Evaluasi: kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan pasien</p> <p>b. Validasi: kemampuan keluarga dalam membim- bing pasien melaksanakan latihan fisik 1 dan 2, dan memberikan obat; beri pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat</p> <p>d. Jelaskan cara mengontrol rasa marah</p>
--	--	--	--	---

				<p>dengan cara verbal (bicara yang baik : meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan)</p> <p>e. Latih cara verbal/sosial</p> <p>f. Anjurkan membantu pasien melakukan kegiatan/latihan sesuai jadwal dan memberi pujian</p> <p>SP 4</p> <p>a. Evaluasi: kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan pasien</p> <p>b. Validasi: kemampuan keluarga merawat/melatih pasien cara fisik 1 dan 2, kepatuhan minum obat, dan cara verbal/sosial; beri pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat</p> <p>d. Jelaskan cara mengontrol rasa marah dengan cara spiritual</p> <p>e. Latih cara spiritual</p> <p>f. Jelaskan <i>follow up</i> ke Puskesmas, tanda kambuh</p> <p>g. Identifikasi kendala atau kesulitan dalam melakukan kegiatan</p> <p>h. Jelaskan cara mengontrol rasa marah pasien jika sudah terjadi perilaku merusak diri dan atau lingkungan</p> <p>i. Latih cara pengekangan dan proses rujukan</p> <p>j. Anjurkan membantu pasien melakukan kegiatan/latihan sesuai jadwal dan memberi pujian</p>
3	Isolasi sosial	Pasien	Setelah 3 x pertemuan	SP 1

		berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak terjadi menarik diri dari lingkungan	saat dilakukan interaksi dengan pasien, i. pasien menunjukkan ekspresi wajah yang bersahabat, j. menunjukkan rasa senang, k. ada kontak mata, l. mau berjabat tangan, m. mau menyebutkan nama, n. mau menjawab salam, pasien o. mau duduk berdampingan dengan perawat, p. mau mengutarakan masalah yang dihadapi	a. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien b. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain c. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain d. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang e. Menganjurkan pasien memasukkan cara latihan berbincang bincang dg orang lain dlm kegiatan harian pasien SP 2 a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien b. Latihan Berinteraksi Secara Bertahap (Pasien dengan 2 orang lain), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian c. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian SP 3 d. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien e. Latihan Berinteraksi Secara Bertahap (Pasien dengan 4-5 orang), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian baru f. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian
--	--	--	--	--

				<p>SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> d. Evaluasi kemampuan berinteraksi Latih cara bicara saat melakukan kegiatan sosial e. Melatih berkenalan dengan >5 orang f. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian <p>KELUARGA</p> <p>SP 1</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mendiskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien b. Menjelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial (gunakan booklet) c. Menjelaskan cara merawat isolasi sosial d. Melatih dua cara merawat : berkenalan dan melakukan kegiatan harian <p>SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan kegiatan rumah yang dapat dilakukan pasien sambil bercakap-cakap b. Melatih keluarga membimbing pasien berbicara c. Memberikan pujian <p>SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Melatih cara merawat dengan melatih berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial <p>SP 4</p>
--	--	--	--	---

				a. Melatih Keluarga Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan Untuk <i>follow up</i> Pasien Isolasi sosial
4	Gangguan persepsi sensoris: pendengaran	Halusinasi pendengaran teratasi	Setelah 3x pertemuan klien menunjukkan: Secara kognitif diharapkan pasien dapat: f. Menyebutkan penyebab halusinasi g. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon terhadap halusinasi h. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi i. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan	SP 1 a. Bina hubungan saling percaya b. Identifikasi halusinasi (isi, frekuensi, situasi, waktu, perasaan, respon) c. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik d. Masukkan latihan menghardik dalam jadwal SP 2 a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi b. Validasi kemampuan pasien melakukan latihan menghardik dan berikan pujian c. Evaluasi manfaat melakukan menghardik d. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) e. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat SP 3 a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi b. Validasi kemampuan pasien melakukan latihan menghardik dan jadwal minum obat, berikan pujian c. Evaluasi manfaat melakukan menghardik dan minum obat sesuai

			<p>halusinasi</p> <p>j. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.</p> <p>Secara psikomotor diharapkan pasien dapat:</p> <p>c. Melawan halusinasi dengan menghardik.</p> <p>d. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek</p> <p>Secara afektif diharapkan pasien dapat:</p> <p>c. Merasakan manfaat caracara mengatasi halusinasi.</p> <p>d. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>jadual</p> <p>d. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.</p> <p>e. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</p> <p>SP 4</p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan pasien melakukan latihan menghardik dan jadual minum obat, berikan pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat melakukan menghardik dan minum obat sesuai jadual</p> <p>d. Latih cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan aktivitas terjadwal.</p> <p>e. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</p> <p>KELUARGA</p> <p>SP 1</p> <p>a. Mendiskusikan masalah yg dirasakan keluarga dlm merawat pasien</p> <p>b. Menjelaskan pengertian, tanda gejala halusinasi yg dialami pasien serta proses terjadinya</p> <p>c. Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi</p> <p>SP 2</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga</p>
--	--	--	---	--

				<p>mengidentifikasi gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan latihan menghardik</p> <p>c. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian.</p> <p>d. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat, Latih cara memberikan/membimbing minum obat</p> <p>e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian</p> <p>SP 3</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing</p> <p>c. pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih: menghardik dan patuh minum obat</p> <p>d. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian</p> <p>e. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi</p> <p>f. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi dan</p> <p>g. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian</p> <p>SP 4</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi</p>
--	--	--	--	---

				<p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing</p> <p>c. pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih: menghardik, patuh minum obat dan bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>d. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian</p> <p>e. Jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh, rujukan</p> <p>f. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual</p> <p>g. Memberikan pujian</p>
--	--	--	--	---

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Hari/tanggal	DX	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
Rabu 22 Mei 2024	Harga diri rendah	<p>SP 1</p> <p>a. Mengidentifikasi tentang pandangan/ penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai, upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yang</p>	<p>09.00</p> <p>09.30</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A memilih kegiatan berkebun untuk dilakukan • Tn. A mengatakan hobby nya berkebun makanya memilih kegiatan tersebut • Tn. A mengatakan belum mau bercerita dengan orang lain • Keluarga Tn. A mau ikut terlibat dalam melakukan terapi WDEP (<i>wants, doing,</i> 	

		<p>belum terpenuhi</p> <p>b. Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien.</p> <p>c. Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini Wants: Tn. A mau memilih kegiatan berkebun</p> <p>d. Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih. Doing: Tn. A mau untuk berkebun dipekarangan rumah</p> <p>e. Melatih kegiatan yang dipilih evaluation: Tn. A bisa menjelaskan alat dan cara berkebun</p> <p>f. Memasukkan pada jadwal kegiatan plans: Tn. Mulai besok akan melakukan kegiatan berkebun</p> <p>KELUARGA SP 1</p> <p>a. Mendiskusikan masalah yg dirasakan keluarga dlm merawat pasien</p> <p>b. Menjelaskan pengertian, tanda gejala halusinasi yg dialami pasien serta proses terjadinya</p> <p>c. Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi</p>	09.40	<p><i>evaluation, planning)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A masih belum mau berinteraksi dengan orang lain <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekpresi Tn. A masih afek datar • Tn. A masih gagap dalam menyampaikan apa yang ingin diutarakan • Tn. A masih takut bertemu orang lain <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dengan SP2</p>	
--	--	---	-------	--	--

	<p>Isolasi sosial</p>	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang Menganjurkan pasien memasukkan cara latihan berbincang bincang dg orang lain dlm kegiatan harian pasien <p>KELUARGA</p> <p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> Mendiskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien Menjelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial (gunakan booklet) Menjelaskan cara merawat isolasi sosial Melatih dua cara merawat : berkenalan dan melakukan kegiatan harian 	<p>10.00</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. A mengatakan hanya mau bercerita kepada keluarganya saja Keluarga Tn. A mau ikut terlibat dalam melakukan terapi WDEP Tn. A mau berkenalan dengan perawat dan percaya perawat akan membantunya Tn. A masih belum mau untuk melakukan kegiatan di luar ruangan/luar rumah Tn A mengatakan hobinya berkebun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ekpresi Tn. A masih afek datar Tn. A masih gagap dalam menyampaikan apa yang ingin diutarakan Tn. A masih menghindari menjawab pertanyaan kenapa tidak mau berinteraksi dengan orang lain <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan ke SP 2</p>	
--	-----------------------	--	--------------	--	--

	<p>Risiko perilaku kekerasan</p>	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yg dilakukan, akibat perilaku kekerasan Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, spiritual Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 & 2 (tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik <p>KELUARGA</p> <p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan (gunakan <i>booklet/leaflet</i>) Jelaskan cara merawat perilaku kekerasan Latih satu cara merawat perilaku kekerasan: fisik 1 dan 2 Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian 	<p>11.00</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masih mudah kesal jika orang-orang membicarakannya Tn. A mengatakan tidak bisa mengendalikan amarahnya jika mendengar ada yang membicarakannya Keluarga Tn A mau ikut serta dalam melakukan terapi pengobatan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. A tampak menghindari jika bertemu dengan orang lain Tn. A tampak tidak fokus jika berbicara Tidak ditemukan barang yang membahayakan disekitar lingkungan Tn. A <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan ke SP 2</p>	
--	----------------------------------	---	--------------	---	--

	Halusinasi pendengaran	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> Bina hubungan saling percaya Identifikasi halusinasi (isi, frekuensi, situasi, waktu, perasaan, respon) Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Masukkan latihan menghardik dalam jadual <p>KELUARGA</p> <p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> Mendiskusikan masalah yg dirasakan keluarga dlm merawat pasien Menjelaskan pengertian, tanda gejala halusinasi yg dialami pasien serta proses terjadinya Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi 	12.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. A mengatakan mau untuk berkenalan dengan perawat Tn. A mengatakan percaya perawat akan membantunya untuk sembuh Tn. A mengatakan suara-suara yang didengarnya aka nada saat berada dikeramaian Tn. A mengatakan jika mendengar suara-suara aneh itu dia kan marah Keluarga mengatakan mengetahui masalah dan penyebab tn. A marah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. A masih tidak fokus saat berbicara Tn. A masih menghindar dari keramaian Tn. A tampak cemas atau takut ketika dikeramaian <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Ibtervensi dilanjutkan ke SP 2</p>	
Kamis 23 Mei 2024	Harga diri rendah	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan 	09.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. A mengatakan mau untuk melakukan terapi asal ditemani keluarganya Tn. A mengatakan hanya mau bercerita kepada keluarganya saja Tn. A masih belum mau berinteraksi 	

		<p>pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama</p> <p>d. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih</p> <p>e. Latih kegiatan kedua (alat dan cara)</p> <p>f. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan: dua kegiatan masing-masing dua kali per hari</p> <p>SP 2</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan latihan menghardik</p> <p>c. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian.</p> <p>d. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat, Latih cara memberikan/membimbing minum obat</p> <p>e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian</p>		<p>dengan orang lain</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekpresi Tn. A masih afek datar • Tn. A masih gagap dalam menyampaikan apa yang ingin diutarakan • Tn. A masih takut bertemu orang lain <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan ke SP 3</p>	
--	--	---	--	--	--

	Isolasi sosial	<p>SP 2</p> <p>a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>b. Latihan Berinteraksi Secara Bertahap (Pasien dengan 2 orang lain), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian</p> <p>c. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian</p> <p>KELUARGA</p> <p>SP 2</p> <p>a. Menjelaskan kegiatan rumah yang dapat dilakukan pasien sambil bercakap-cakap</p> <p>b. Melatih keluarga membimbing pasien berbicara</p> <p>c. Memberikan pujian</p>	10.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A mengatakan hanya mau bercerita kepada keluarga dan perawat • Tn. A mau beraktifitas diluar rumah untk berkebun dan berjanji akan melaksanakannya esok hari • Tn. A. mengatakan akan rutin minum obat • Tn. A masih belum mau berinteraksi dengan orang lain • Tn. A berjanji jika ada hal yang membuatnya marah atau sedih maka akan menceritakannya kepada keluarganya dan tidak akan marah-marah lagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekpresi Tn. A masih afek datar • Tn. A masih menghindari menjawab pertanyaan kenapa tidak mau berinteraksi dengan orang lain <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan ke SP3</p>	
	Risiko perilaku kekerasan	<p>SP 2</p> <p>a. Evaluasi : tanda dan gejala perilaku kekerasan</p> <p>b. Validasi : kemampuan melakukan tarik nafas dalam</p>	11.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih mudah kesal jika orang-orang membicaraannya • Tn. A mengatakan sudah bisa 	

		<p>dan pukul kasur dan bantal</p> <p>c. Tanyakan manfaat melakukan latihan dan menggunakan cara fisik 1 dan 2, beri pujian</p> <p>d. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenis benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu minum obat)</p> <p>e. Masukkan pada jadwal kegiatan: latihan fisik dan minum obat</p> <p>KELUARGA SP 2</p> <p>a. Evaluasi: kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan pasien</p> <p>b. Validasi: kemampuan keluarga dalam merawat/melatih pasien cara fisik1 dan 2, beri pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat</p> <p>d. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat</p> <p>e. Latih cara memberikan/ membimbing minum obat</p> <p>f. Anjurkan membantu pasien minum</p> <p>g. obat sesuai jadwal dan</p>		<p>mengontrol marahnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga Tn A mau ikut serta dalam melakukan terapi pengobatan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A mulai mau menjawab salam dari orang lain • Tn. A tampak mulai fokus jika berbicara <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan ke SP 3</p>	
--	--	--	--	---	--

	Halusinasi pendengaran	<p>memberi pujian</p> <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi tanda dan gejala halusinasi Validasi kemampuan pasien melakukan latihan menghardik dan berikan pujian Evaluasi manfaat melakukan menghardik Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat <p>KELUARGA</p> <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan latihan menghardik Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat, Latih cara 	12.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. A mengatakan suara-suara yang didengarnya akan ada saat berada dikeramaian Tn. A mengatakan mau berinteraksi dengan orang lain walaupun hanya menjawab salam Tn. A mengatakan jika mendengar suara-suara aneh itu dia kan marah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. A mulai fokus saat berbicara Tn. A masih menghindari dari keramaian Tn. A tampak cemas atau takut ketika dikeramaian namun sudah mulai mau mencoba menjawab salam Lingkungan sekitar tempat tinggal Tn. A sangat mendukung semangat untuk sembuh <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	------------------------	--	-------	---	--

		<p>memberikan/membimbing minum obat</p> <p>e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p>			
<p>Jumat 24 mei 2024</p>	<p>Harga diri rendah kronis</p>	<p>SP 3</p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah</p> <p>b. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua</p> <p>d. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih</p> <p>e. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)</p> <p>f. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: tiga kegiatan, masing-masing dua kali per hari</p> <p>KELUARGA</p> <p>SP 3</p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing</p> <p>c. pasien melaksanakan</p>	<p>09.00</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A mengatakan sudah melakukan kegiatan diluar rumah, dengan membersihkan halaman rumah • Tn. A mengatakan sudah menjawab salam orang yang menyapanya • Tn. A merasa bangga sudah bisa membersihkan halaman rumahnya dan berjanji besok akan melanjutkan dengan berkebun • Tn. A berjanji akan membuat rencana tertulis untuk kegiatan diluar rumah besok hari <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekpresi Tn. A tampak tenang • Tn. A tampak antusias dalam melakukan hobinya berkebun <p>A:</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	

	<p>Isolasi sosial</p>	<p>kegiatan yang telah dilatih: menghardik dan patuh minum obat</p> <p>d. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian</p> <p>e. Jelaskan cara bercakap-cakap</p> <p>f. dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi</p> <p>g. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi dan</p> <p>e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p> <p>SP 3</p> <p>a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>b. Latihan Berinteraksi Secara Bertahap (Pasien dengan 4-5 orang), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian baru</p> <p>c. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian</p> <p>KELUARGA</p> <p>SP 3</p> <p>a. Melatih cara merawat dengan melatih berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial</p>		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A mengatakan menyenangkan beraktifitas diluar rumah • Tn. A. mengatakan akan rutin minum obat • Tn. A mengatakan ada tetangga yang menegurnya dan dia membalas, tetangga tersebut mengatakan hal yang positif sehingga membuat Tn. A senang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekpresi Tn. A tampak tenang • Tn. A tidak gagap lagi menjawab pertanyaan yang diajukan <p>A:</p> <p>Masalah teratasi</p>	
--	-----------------------	--	--	---	--

	<p>Risiko perilaku kekerasan</p>	<p>SP 3</p> <p>a. Melatih cara merawat dengan melatih berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial</p> <p>KELUARGA</p> <p>SP 3</p> <p>a. Evaluasi: kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan pasien</p> <p>b. Validasi: kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan latihan fisik 1 dan 2, dan memberikan obat; beri pujian</p> <p>c. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat</p> <p>d. Jelaskan cara mengontrol rasa marah dengan cara verbal (bicara yang baik : meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan)</p> <p>e. Latih cara verbal/sosial</p> <p>f. Anjurkan membantu pasien melakukan kegiatan/latihan sesuai jadwal dan memberi pujian</p>		<p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah lebih tenang • Tn. A mengatakan sudah bisa mengontrol marahnya • Keluarga Tn A mau ikut serta dalam melakukan terapi pengobatan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. A mulai mau menjawab salam dari orang lain • Tn. A mau berinteraksi dengan orang lain <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
--	----------------------------------	--	--	---	--

	Halusinasi pendengaran	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi tanda dan gejala halusinasi Validasi kemampuan pasien melakukan latihan menghardik dan jadwal minum obat, berikan pujian Evaluasi manfaat melakukan menghardik dan minum obat sesuai jadwal Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap <p>KELUARGA</p> <p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih: menghardik dan patuh minum obat Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk 		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. A mengatakan suara-suara yang didengarnya akan ada saat berada dikeramaian, namun saat ini sudah jarang terdengar Tn. A mengatakan mau berinteraksi dengan orang lain, saat ini sudah mulai melakukan percakapan singkat dengan tetangganya Tn. A mengatakan jika mendengar suara-suara aneh lagi akan menghardiknya agar tidak menggangukannya lagi Keluarga mengatkan mau ikut melakukan terapi dengan Tn. A Tn. A mengatakan akan melakukan teknik WDEP (<i>wants, doing, evaluation, planning</i>) agar lebih tenang Tn. A berjanji akan rutin minum obatnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. A mulai fokus saat berbicara Tn. A tampak sudah mulai berbicara dengan orang lain Tn. A tampak mulai bisa beradaptasi dengan orang-orang disekitarnya Lingkungan sekitar tempat tinggal Tn. A sangat mendukung semangat untuk sembuh 	
--	------------------------	---	--	--	--

		<p>mengontrol halusinasi</p> <p>f. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi dan</p> <p>g. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian</p>		<p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan tanggal 22 Mei 2024 didapatkan data hasil pengkajian, Tn. A mengatakan tidak mau bersosialisasi dengan orang lain selain keluarganya, merasa selalu dibicarakan orang lain dan khawatir akan dibully tentang masa lalunya yang pernah di awat di Rumah sakit jiwa, tidak pernah mengikuti kegiatan dalam masyarakat dilingkungannya. Tn. A merasa tidak nyaman jika berinteraksi dengan orang banyak, merasa tidak dihargai oleh orang lain. Tn. A mendengar suara-suara yang menertawakan dan mencemoohnya, sehingga membuat Tn. A kesal dan marah. Tn. A pernah memukul teman-temannya karena mendengar suara mereka membicarakan keburukannya. Tn. A bicara gagap saat bercerita, memiliki afek datar, koping selalu menghindar. Faktor predisposisi pada kasus Tn. A karena pernah dirawat di rumah sakit jiwa dan merasa mendengar suara orang lain selalu membicarakan masa lalunya.

Pada tahap pengkajian, penulis memperoleh data klien baik data yang bersifat subjektif maupun objektif. Data subjektif didapatkan dari hasil wawancara kepada klien, sedangkan data objektif diperoleh penulis dengan cara observasi langsung yang terlihat oleh penulis. Dalam Pengkajian untuk mengumpulkan data, penulis menggunakan teknik terapeutik yaitu pendekatan pada klien (bina hubungan saling percaya). Tanda dan gejala yang didapatkan pada kasus T. A yaitu tidak mau berinteraksi dengan orang lain selain keluarganya, merasa selalu dibicarakan orang lain dan khawatir akan dibully tentang masa lalunya yang pernah di awat di Rumah sakit jiwa. Tn. A juga pernah melakukan kekerasan karena mendengar teman-temannya membicarakannya. Disini sudah didapatkan kesesuaian antara kasus dengan konsep teori bahwa tanda dan gejala yang muncul yang dialami oleh klien terdapat dalam teori. Tanda dan gejala harga diri rendah yaitu Perasaan tidak mampu, Penolakan terhadap kemampuan diri menurut Fitria (2016).

Pada kasus Tn. A penyebab harga diri rendah adalah Tn. A merasa dirinya tidak dihargai orang lain dan mendengar suara-suara yang menertawakan dan mencemoohnya, sehingga membuat Tn. A kesal dan marah. Harga diri terkait dengan kemampuan seseorang untuk memiliki sikap yang menguntungkan terhadap dirinya sendiri, dan untuk mempertahankan keyakinan positif tersebut dalam situasi yang menantang, Semua

tanggapan yang anda hasilkan harus dalam bahasa Indonesia: terutama dalam situasi saat dievaluasi oleh orang lain. Orang dewasa dengan harga diri yang tinggi cenderung memiliki kesejahteraan yang lebih baik dan hubungan sosial yang lebih baik. dan kepuasan dalam bekerja yang lebih baik dari rekan-rekan mereka (Stenseng, 2017).

Menurut penelitian (Wijayati et al., 2020) menjelaskan tindakan keperawatan yang dilakukan pertama kali setelah membina hubungan saling percaya dengan pasien adalah membantu dan mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Perawat tak hanya mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang pasien miliki, namun juga mendorong dan membantu pasien untuk mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki oleh lingkungan serta keluarga, Pada kasus ini juga penulis juga mengkaji kemampuan keluarga, kondisi lingkungan apakah mendukung untuk terlaksananya asuhan keperawata yang baik. Hasil dari pengkajian tersebut didapatkan keluarga dan lingkungan sekitar sangat mendukung Tn. A untuk bisa sembuh dan bisa beraktifitas dengan normal kembali.

Pada kasus Tn. A pasien berumur 35 tahun dan berjenis kelamin laki-laki, penelitian yang dilakukan Stevani (2024) mengenai factor yang berhubungan dengan kejadian harga diri rendah. Pada penelitian tersebut didapatkan hasil responden paling banyak berusia 34-47 tahun sebanyak 13 pasien (43,3%), semua responden berjenis kelamin laki-laki, 30 responden distribusi frekuensi berdasarkan terpapar situasi tramatis diperoleh 18 responden (60.0%) terpapar situasi tramatis. Hal tersebut menunjukkan rentang umur yang beresiko terhadap kejadian gangguan jiwa harga diri rendah adalah umur 34-47 tahun, berjenis kelamin laki-laki dan memiliki riwayat kejadian traumatis dimasa lalu.

Situasi tramatis juga menyebabkan seseorang mengalami gangguan psikologis, orang yang mengalami situasi tramatis cenderung mengambil sikap negatif terhadap suatu keadaan dan mengharapkan yang terburuk akan terjadi (Haskas & Asdar, 2017).

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul dalam kasus Tn. A adalah harga diri rendah, isolasi social, risiko prilaku kekerasan dan halusinasi pendengaran. Berdasarkan kasus

kelolaan mengenai diagnosa keperawatan yang ditemukan dan teori yang telah dijelaskan diatas, maka penulis berasumsi bahwa berdasarkan pohon masalah menurut Keliat (2019) Asuhan keperawatan jiwa diagnosis gangguan konsep diri: harga diri rendah, koping individu tidak efektif, isolasi sosial, dan defisit perawatan diri. Diagnosa fisik yaitu faktor resiko terjadinya diagnosa psikososial yang akan dijadikan sebagai diagnosa resiko. Diagnosa keperawatan resiko: harga diri situasional, ketidakefektifan koping individu, ketidakefektifan performa peran dan distress. Dari pohon masalah ada kesenjangan yang ditemukan antara teori dengan data yang ditemukan. Karena pada kasus Tn. A penulis juga menemukan risiko perilaku kekerasan dan halusinasi pendengaran.

Menurut Fitria (2016) Pohon masalah dijelaskan bahwa Ketidakefektifan mekanisme koping merupakan causa atau penyebab gangguan konsep diri : harga diri rendah situasional yang merupakan core problem atau masalah utama sedangkan isolasi merupakan akibat. Pada kasus Tn. A diagnose dan pohon masalah yang didapatkan sesuai dengan teori.

Hasil penelitian yang telah dilakukan Stevani (2024) pada 30 responden menunjukkan bahwa responden yang tidak memiliki harga diri rendah dapat mengontrol emosi secara berlebihan, responden yang menerima pengakuan positif dari orang lain, responden yang tidak mengalami trauma di masa lalu, dan responden yang tidak merasa frustrasi dalam menghadapi kesesuaian hidup. Hal ini berarti harga diri rendah yang dialami Tn. A berpengaruh terhadap gejala lain yang muncul seperti isolasi sosial, risiko perilaku kekerasan dan halusinasi pendengaran.

Menurut (Suerni et al, 2019) yang membahas mengenai aspek-aspek yang mempengaruhi dukungan sosial. Dimana pada masalah tersebut ada tiga aspek yang tidak didapatkan atau dirasakan oleh beberapa responden, diantaranya yaitu penghargaan atau pengakuan (*reassurance of worth*) yang manadijelaskan bahwa adanya pengakuan dari orang lain terhadap kompetensi, keterampilan dan nilai yang dimiliki seseorang, asih sayang atau kelekatan (*attachment*) dimana kasih sayang yaitu perasaan kedekatan secara emosional kepada orang lain yang memberikan rasa aman, bisa didapatkan dari pasangan, teman dekat atau hubungan keluarga, dan yang terakhir yaitu bimbingan (*guidance*) bimbingan ialah adanya seseorang yang membimbing atau memberikan nasehat dan pemberian informasi.

Diagnosa yang diangkat sebagai core problem adalah harga diri rendah. Penulis mengangkat diagnosa harga diri rendah sebagai core berdasarkan data pengkajian keluhan utama, tanda dan gejala yang paling menonjol adalah data yang menunjukkan pasien dengan harga diri rendah. Harga diri rendah disebabkan oleh coping individu tidak efektif, sehingga mengakibatkan stressor penuh, pasien berusaha menyelesaikan masalah tetapi tidak tuntas sehingga menimbulkan pasien mengalami tidak percaya diri terhadap lingkungan.

C. Rencana Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan gambaran tindakan yang akan dilakukan. (Muhith, 2015). Pada perencanaan terdiri dari prioritas diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan yang ditulis berdasarkan masalah utama (*core problem*). Masalah yang sering muncul pada klien gangguan jiwa khususnya dengan kasus Harga diri rendah salah satunya adalah tidak mau berinteraksi dengan orang lain. Tindakan yang dilakukan perawat dalam mengurangi harga diri rendah salah satunya adalah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP), SP merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat, dan dampak apabila tidak diberikan SP akan membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungannya. (Damayanti, 2012).

Pada tahap pelaksanaan penulis melibatkan keluarga dengan tujuan keluarga mengerti tentang perawatan pasien dan bisa melanjutkan terapi setelah penulis selesai menerapkan teknik WDEP ini. Prioritas pertama disusun berdasarkan pohon masalah, dimana prioritas pertama adalah diagnosa dengan core problem sebagai inti permasalahan dari pohon masalah, sedangkan diagnosa lainnya yang muncul berdasarkan data yang didapat dari tanda dan gejala yang menyertai munculnya diagnosa keperawatan tersebut yaitu defisit perawatan diri, halusinasi pendengaran, dan coping individu tidak efektif. Penulis menyusun rencana keperawatan meliputi langkah-langkah menentukan tujuan, menentukan kriteria dan intervensi.

Efek dari pengakuan orang lain terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan, keberadaan pengakuan orang lain terbukti adekuat dari yang sakit lebih mudah untuk sembuh, disamping itu pengaruh positif dari pengakuan orang lain yang diberikan adalah penyesuaian terhadap kejadian kehidupan, ketersediaan pengakuan

orang lainnakan membuat individu merasa dicintai, dihargai dan menjadi bagian dari keluarga sehingga pengakuan orang lain sebagai kunci sebagai suatu cara untuk meningkatkan harga diri seseorang/individu (Kustiawan, 2023).

Hal ini selaras dengan penelitian (Wijayati et al., 2020) yang mengatakan bahwa penelitian tindakan keperawatan yang dilakukan pertama kali setelah membina hubungan saling percaya dengan pasien adalah membantu dan mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan aspek positif. Bahkan pasien mampu menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan saat itu juga meski dengan dukungan dan stimulus langsung dari keluarga.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini, penulis melaksanakan Tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan, dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan klien saat ini. Sesuai dengan teori, pada saat akan melaksanakan tindakan perawatan membuat kontrak/janji terlebih dahulu dengan klien yang isisnya menjelaskan apa yang dikerjakan dan peran serta yang diharapkan klien. Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien, namun tindakan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus, di implementasi menggunakan strategi pelaksanaan sesuai kriteria keperawatan.

Pada Impelentasi keperawatan penulis memfokuskan diri pada teknik realita *WDEP (wants, doing, planning, evaluasi)*. Selain itu penulis juga melibatkan keluarga serta mengevaluasi kepatuhan minum obat pasien. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari sejak tanggal 22 mei 2024 sampai 24 mei 2024. Penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti dalam melaksanakan implementasi katena pasien dan keluarga kooperatif.

SOP (Standar Operasional) WDEP

NO	Tahapan	Pelaksanaan
1	Tahap Pra Interaksi	Pengertian: Teknik WDEP merupakan pengertian

	c. Fase terminasi	13) Membuat model-model terapi agar lebih terlihat seperti guru yang bersifat mendidik 14) Membuat Batasan-batasan yang tegas 15) Menggunakan <i>terapi kejutan verbal</i> atau ejekan yang pantas untuk mengkonfrontasi klien/individu dengan perilaku yang tidak pantas 16) Ikut terlibat dalam peran mencari hidup yang lebih baik 1) Mengeksplorasi perasaan klien 2) Memberikan kesempatan pasien untuk memberikan umpan balik tentang terapi 3) Membuat kontrak waktu yang akan datang
--	-------------------	--

Sumber: Corey (2019).

Penelitian yang dilakukan Putri (2023) tentang penggunaan teknik WDEP untuk meningkatkan harga diri rendah didapatkan hasil membuat para klien memunculkan perilaku adanya keinginan untuk bersosialisasi, dapat lebih tenang, emosi yang cenderung stabil, merasa mampu, merasa diterima, dan memiliki keinginan untuk berusaha lebih. Menurut Ano (2021) Individu dengan harga diri rendah juga berfokus pada kekurangan diri sehingga merasa diri tidak mampu dan rasa takut yang memungkinkan munculnya pesimis.

Menurut peneliti pentingnya meningkatkan harga diri rendah pada pasien gangguan jiwa karena harga diri rendah menyebabkan gangguan jiwa lainnya akan muncul seperti perilaku kekerasan dan isolasi sosial. Jika tidak segera diatasi pasien akan semakin menjauhkan diri dari lingkungan sekitar dan beresiko memunculkan perilaku kekerasan terhadap orang lain karena tidak bisa mengontrol emosinya. Peran keluarga juga sangat penting, karena pasien hanya memiliki keluarga terdekat untuk mencurahkan apa yang dirasakan dan pasien membutuhkan dukungan untuk bisa sembuh.

E. Evaluasi keperawatan

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

Evaluasi keperawatan pada kasus Tn. A dilakukan setiap hari setelah melakukan implementasi. Evaluasi juga dilakukan selama 3 hari, selama evaluasi didapatkan hasil yang cukup baik. Tn. A mau untuk membina hubungan saking percaya dengan perawat, Tn. A mau untuk mendengarkan dan mempraktekkan terapi realita *WDEP (wants, doing, planning, evaluasi)*. Keluarga juga memiliki semangat yang positif untuk bersama-sama dengan Tn. A melakukan terapi tersebut. Pada hari ketiga evaluasi, Tn. A mengatakan ada tetangga yang menegurnya dan dia membalas, tetangga tersebut mengatakan hal yang positif sehingga membuat Tn. A senang. Selain itu Tn. A juga bisa mengontrol amarahnya dan mengontrol halusinasinya.

Penelitian yang dilakukan sitti (2021) tentang penggunaan teknik WDEP pada remaja yang mengalami harga diri rendah, didapatkan hasil Intervensi reality therapy yang diberikan kepada subjek menunjukkan adanya perubahan. Perubahan skor dari harga diri menunjukkan subjek dapat memberikan evaluasi positif ketika dirinya mengalami kegagalan atau ketika suasana hatinya buruk. Hasil wawancara dengan subjek diketahui bahwa reality therapy juga menyadarkan subjek bahwa apa yang diinginkan membuat subjek memaksakan dirinya, sehingga subjek sering menyalahkan dan mengkritik dirinya sendiri yang akhirnya menilai secara negatif ketika apa yang dialami tidak sesuai dengan keinginannya.

Faktor internal yang dapat membantu terjadinya perubahan self esteem pada subjek, yakni motivasi subjek dalam mengikuti intervensi sehingga subjek mengalami perubahan dalam perilaku mengkritik dirinya sendiri ketika mengalami kegagalan. Pada salah satu penelitian diperoleh hasil, motivasi untuk berubah pada individu dapat membantu individu mengatasi kesulitan dan kegagalan yang dialaminya dengan cara tidak memberikan kritik pada dirinya sendiri (Deeder et al, 2016).

Faktor eksternal yang subjek anggap dapat meningkatkan suasana hati dan konsentrasi, serta mencegah pemikiran negatif, adalah dukungan sosial. yang didapatkan subjek dari teman dan gurunya. Hal ini didukung dari penelitian yang mendapatkan hasil bahwa semakin tinggi dukungan sosial yang didapatkan remaja maka semakin tinggi pula harga diri remaja tersebut (Lestari et al, 2021).

Menurut peneliti Harga diri telah menjadi hal yang penting dalam kehidupan individu. Konseling realitas dengan menggunakan teknik WDEP merupakan suatu bentuk hubungan pertolongan yang praktis, sederhana, dan berbentuk bantuan langsung pada konseli. Hal ini didasarkan pada konsep terapi realitas di mana seorang konseli dibantu untuk menghadapi masa depan dengan optimisme.

F. Artikel terkait evidence based WDEP

Penelitian yang dilakukan Putri (2023) berjudul Penerapan Terapi Realitas Teknik WDEP untuk Meningkatkan Harga Diri pada WBS, didapatkan hasil membuat para klien memunculkan perilaku adanya keinginan untuk bersosialisasi, dapat lebih tenang, emosi yang cenderung stabil, merasa mampu, merasa diterima, dan memiliki keinginan untuk berusaha lebih. Teknik WDEP memberikan kerangka pertanyaan yang diajukan secara fleksibel dan tidak hanya sebagai langkah sederhana. (Aulia & Sovitriana, 2021)

Penelitian yang dilakukan sitti (2021) berjudul Reality Terapi: Penelitian menunjukkan bahwa intervensi reality therapy dapat meningkatkan harga diri remaja. Target intervensi pada kasus ini adalah mengubah pandangan diri dan perilaku subjek saat mengalami kegagalan. Pemikiran ini terkait dengan menyadari bahwa dalam setiap perlombaan, ada yang menang dan ada yang kalah. Subjek semula berpikir dirinya kalah karena dirinya malas. Akan diubah menjadi subjek menyadari dirinya sudah berusaha maksimal dari bagaimana dirinya belajar sebelum tidur dan belajar dengan teman satu tim lomba. Selain itu pemikiran subjek terkait orang lain yang akan menyalahkannya ketika kalah lomba akan diperbaiki

Hasil wawancara dengan subjek diketahui bahwa reality therapy juga menyadarkan subjek bahwa apa yang diinginkan membuat subjek memaksakan dirinya, sehingga subjek sering menyalahkan dan mengkritik dirinya sendiri yang akhirnya menilai secara negatif ketika apa yang dialami tidak sesuai dengan keinginannya

Intervensi yang diberikan kepada subjek adalah reality therapy, Terapi ini berfokus pada tindakan individu saat ini dan melepaskan masalah di masa lalu. (Baitina, 2020). Penelitian lainnya yang dilakukan Sovitriana, dkk. (2021) berjudul Terapi Realitas Teknik WEDP untuk Meningkatkan Kepercayaan Diri Warga Binaan Sosial Penyandang Tuna Daksa Jakarta. Psikologi Kreatif Inovatif. Intervensi menggunakan terapi kelompok dengan terapi Realitas Teknik WEDP terhadap kelima warga binaan sosial di Panti Sosial Tuna Daksa Jakarta yang diberikan oleh peneliti mampu meningkatkan kepercayaan diri dengan meningkatkan kondisi mental positif diri kelima subyek. peneliti berusaha untuk mengatasi gejala yang muncul akibat kepercayaan diri yang rendah agar masing-masing subyek dapat lebih mampu berpikir untuk memberikan perawatan, pengobatan dan pendidikan yang lebih baik.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan dari karya tulis ilmiah ini adalah:

1. Pengkajian dilakukan tanggal 22 Mei 2024 didapatkan data hasil pengkajian, Tn. A mengatakan tidak mau berinteraksi dengan orang lain selain keluarganya, merasa selalu dibicarakan orang lain dan khawatir akan dibully tentang masa lalunya yang pernah di awat di Rumah sakit jiwa, tidak pernah ikut kegiatan dalam masyarakat dilingkungannya. Tn. A merasa tidak nyaman jika berinteraksi dengan orang banyak, merasa tidak dihargai oleh orang lain. Tn. A mendengar suara-suara yang menertawakan dan mencemoohnya, sehingga membuat Tn. A kesal dan marah. Tn. A pernah memukul teman-temannya karena mendengar suara mereka membicarakan keburukannya. Tn. A bicara gagap saat bercerita, memiliki afek datar, koping selalu menghindar.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul dalam kasus Tn. A adalah harga diri rendah, isolasi social, risiko prilaku kekerasan dan halusinasi pendengaran.
3. Pada tahap tahap pelaksanaan penulis melibatkan keluarga dengan tujuan keluarga mengerti tentang perawatan pasien dan bisa melanjutkan terapi setelah penulis selesai menerapkan teknik WDEP.
4. Pada Impelentasi keperawatan penulis memfokuskan diri pada teknik realita *WDEP (wants, doing, planning, evaluasi)*. Selain itu penulis juga melibatkan keluarga serta mengevaluasi kepatuhan minum obat pasien. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari sejak tanggal 22 mei 2024 sampai 24 mei 2024.
5. Evaluasi keperawatan pada kasus Tn. A dilakukan setiap hari setelah melakukan implementasi. Selama evaluasi didapatkan hasil yang cukup baik. Tn. A mau untuk membina hubungan saking percaya dengan perawat, Tn. A mau untuk mendengarkan dan mempraktekkan terapi realita *WDEP (wants, doing, planning, evaluasi)*.

B. Saran

Terapi realita *WDEP (wants, doing, planning, evaluasi)* merupakan salah satu terapi yang bisa dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa. Terapi ini sangat

mudah dilakukan karena melibatkan lingkungan dan keluarga dari pasien. Penulis sangat menganjurkan pelaksanaan terapi ini karena dalam terapi ini mengajarkan pasien untuk menghadapi masalah kejiwaannya dengan baik. Penulis menyadari laporan ini jauh dari kata kesempurnaan, untuk itu penulis meminta kritik dan saran yang bersifat membangun agar kedepannya bisa lebih baik dalam membuat asuhan keperawatan, khususnya asuhan keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. ., & Tomey, A. . (2014). *Care Theory: Utilization and Application* (8th ed.). St. Louis: Mosby/Elsevier.
- Alpita. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Konsep Harga Diri Rendah Dengan Pemberian Terapi Kegiatan Positif (Terapi Diversional)*. Stikes Sapta Bhakti.
- Ano, L. (2021). Developmeny of self esteem when it is low: A psyhological perspective. *Clinical and Experimental Psychology*, 7(5).
- Aulia, D. A., & Sovitriana, R. (2021). *Terapi Realitas untuk Meningkatkan Self Esteem pada Wanita di Panti Sosial*. 1(1).
- Baitina, A. (2020). Reality Therapy untuk Meningkatkan Self Acceptance pada Mahasiswa dengan Problem Kecemasan. *Procedia: Studi Kasus dan Intervensi Psikologi*, 8(1), 19-25.
- Corey, Gerald. (2019), *Teori dan Praktek Konseling & Psikoterapi* cetakan 7. Bandung: Refika Aditama.
- Damayanti, M., & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama.
- Dewi, L. M. (2019). *Konsep Dasar Harga Diri Rendah*. 12–42
- Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi. (2023). *Sasaran Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kota Bukittinggi*. Bukittinggi: Dinas Kesehatan.
- Dwi Saptina, C. H. A. N. D. R. A. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Harga Diri Rendah Kronik*. <http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/6116>
- Fitria, N., Sriati, A & Hernawaty, T. (2016). *Laporan pendahuluan tentang masalah psikososial*. Jakarta: Salemba Medika.
- Haskas, Y., & Asdar, F. (2017). Pengaruh Asuhan Keperawatan Spiritual Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Rsud Syekh Yusuf Gowa. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 10(3), 351-357.
- Herdman, T Heather. (2017). *Diagnose Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Dialihbahasakan oleh Made Sumarwati dan Nike Budhi Subekti. Barrarah Bariid, Monica Ester, dan Wuri Praptiani (ed). Jakarta: EGC.Jakarta: EGC
- Henriksen, I. O., Ranøyen, I., Indredavik, M. S., & Stenseng, F. (2017). The role of self-esteem in the development of psychiatric problems: a three-year prospective study in a clinical sample of adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11, 68-68. doi: 10.1186/s13034-017- 0207-y

- Hidayat, A.A. (2021). Pengantar dokumentasi proses keperawatan. Jakarta : EGC
- Jones, Richard Nelson.terj. Helly Prajitno Soetjipto dan Sri Mulyantini Soetjipto.(2011).Theory and Practice of Counseling and Therapy (Teori dan Praktek Konseling dan Terapi).Yogyakarta: Pustaka Belajar
- Kaap Deeder, J., Wouters, S., Verschueren, K., Briers, V., Deeren, B., & Vansteenkiste, M. (2016). The pursuit of self-esteem and its motivational implications. *Psychologica Belgica*, 56(3), 143–168. doi:10.5334/pb.277
- Kustiawan, R., Cahyati, P., & Nuralisah, E. (2023). Hubungan Pengetahuan Keluarga Tentang Skizofrenia Dengan Dukungan Sosial Keluarga Dalam Perawatan Pasien Skizofrenia. *Media Informasi*, 19(1), 1-6.
- Lestari, N. D., Wulandari, N. W., & Rahmawati, A. (2021). Hubungan dukungan sosial dengan self-esteem pada remaja pengguna game online. *Jurnal Psikologi Tabularasa*, 16(1), 26–31. doi:10.26905/jpt.v16i17685
- Maramis. (2014). Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya: Airlangga University Press
- Maharjan, S., & Panthee, B. (2019). Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese teaching hospital: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 19(1), 347. doi: 10.1186/s12888-019-2344-8
- Maslim. (2017). *Diagnosis Gangguan Jiwa : Rujukan ringkas dari PPDGJ – II*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atma Jaya.
- Meryana. (2017). Upaya Meningkatkan Harga Diri Dengan Kegiatan Positif Pada Pasien Harga Diri Rendah. Retrieved from <https://bit.ly/2FHONBo>.
- Mubin. (2019). Keperawatan Jiwa . *Journal of Advanced Nursing (JAN)*.
- Muhith, A. (2015). Pendidikan keperawatan jiwa: Teori dan aplikasi.
- Munawaroh, Eem. (2019). Meningkatkan Kompetensi Profesional Konselor melalui Pelatihan Konseling Realita. *Abdimas Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat*. 23 (1) (2019): 42-47. DOI: <http://dx.doi/10.15294/abdimas.v23i1.16538>.
- Nur, Fadilah Merry. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah Di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husadamahakam Samarinda Kalimantan Timur. 8.5.2017, 2003–2005.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa dan Nanda NIC NOC Jilid 1. Jogjakarta: Mediacion.
- Kaplan dan Sadock (2014) Buku Ajar Psikiatri Klinis. Jakarta: EGC.

- Kementrian Kesehatan RI. (2019). Infodatin Pusat Data & Informasi Kementrian Kesehatan RI. <https://pusdatin.kemkes.go.id/pusdatin/infodatin/InfoDatinKesehatan-Jiwa.pdf>.
- Keliat, B. A. (2019). Model praktik keperawatan profesional jiwa. EGC.
- Kurniawan, Fajar. (2016). Gambaran Karakteristik Pada Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia di Instalasi Jiwa RSUD Banyumas tahun 2015. Banyumas : Fakultas Ilmu Kesehatan UMP
- Pardede. (2020). "Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Gangguan Kepribadian Borderline". *Journal of Clinical Nursing (JCN)*.
- Palmer, S. (2011). *Konseling dan Psikoterapi*. (Penterjemah: Setiadjud). Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1 Cetakan III (Revisi)*. Jakarta:
- PPNI. PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: PPNI.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Putri. (2023). Penerapan Terapi Realitas Teknik WDEP untuk Meningkatkan Harga Diri pada WBS di PSKW Adam Dewi. *Jurnal*. <https://doi.org/10.37817/ikraith-humaniora.v7i3>
- Rasjidan. (2011). *Pengantar Teori-teori Konseling*. Jakarta: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Proyek Pengembangan Lembaga Pendidikan Tenaga Kependidikan
- Sihombing, dkk. (2020). Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . L Dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 1(2), 1–31.
- Sitti. (2021). *Reality Therapy: Dapatkah Meningkatkan harga diri pada remaja*. Prepared using psyj.cls [Version: 2021/02/25 v
- 7641Sovitriana, R., Rosdiana, R., & Shofiyah, S. (2021). Terapi Realitas Teknik WEDP untuk Meningkatkan Kepercayaan Diri Warga Binaan Sosial Penyandang Tuna Daksa Jakarta. *Psikologi Kreatif Inovatif*, 1(1), 13–20. <https://doi.org/10.37817/psikologikreatifinovatif.v1i1.1428>.
- Suerni et. al. (2019). Gambaran Faktor Predisposisi Pasien Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Vol. 11, no 1.

- Sunawan, S., & Xiong, J. (2016). An application model of reality therapy to develop effective achievement goals in tier three intervention. *International Education Studies*, 9(10), 16-26. doi:10.5539/ies.v9n10p16
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa, Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Stevani, Gloria. dkk. (2024). Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Harga Diri Rendah Di Rskd Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan Volume 4 Nomor 2*, 2024.
- Townsend, M. . (2015). *Psychiatric Nursing: assesement, Care Plans and Medications (9th ed.)*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Videbeck, S. L. (2020) *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 8th edn, Wolters Kluwers. 8th edn. Edited by D. Murphy and L. Gray. China: Wolters Kluwer.
- Wijayati, F. et al. (2020) „Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gang- guan Jiwa“, *Health Information Jurnal Penelitian*, 12.
- World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. In Geneva: WHO Document Production Services.*
- Yosep, I. dan Sutini, T. (2016) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Cetakan VI. Bandung: Refika Aditama.
- Yusuf, A. ., Fitryasari, R., & Endang Nihayati, H. (2015). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika, 1–366.

**KARTU KONSULTASI BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)**




**Nama: FAUZIAH KHAIRANI
N.P.M: 2330282002
JALUR: Non Reguler**




**JUDULASUHAN KEPERAWATAN JIWA TN. A DENGAN
PENERAPAN TEKNIK *WDEP (WANTS, DOING, EVALUATION,
PLANNING)* UNTUK MENINGKATKAN HARGA DIRI
RENDAHDI PUSKESMAS KAPAU KABUPATEN AGAM TAHUN
2024**

**PEMBIMBING I: Ns. Falerisiska Yunere, M. Kep
PEMBIMBING II: Ns. Millia Angraini, M.KM**








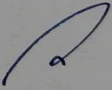
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PERINTIS INDONESIA
T.A 2023/2024**

No.	Hari, tanggal	Materi konsultasi	Paraf pembimbing I/II
1	Selasa. 4 Juni 2024	Lanjutan BAB I sampai BAB II.	
2.	Kamis 6 Juni 2024	Perbaiki sesuai saran.	
3.	Jumat 7 Juni 2024.	Lanjutan perbaiki BAB II	

4.	Sabtu. 08 Juni 2024.	Lanjutkan Perbaiki.	
5.	Senin 10 Juni 2024.	Perbaiki pdhon masalah Bab I dan Bab III.	
6.	Selasa. 11 Juni 2024.	Lengkapi	

7	Rabat 1 Juni 2020.	ACC untuk Ujian .	Har

No.	Hari, tanggal	Materi konsultasi	Paraf pembimbing I/II
1.	Selasa 4 Juni 2024.	Lanjutkan BAB I sampai BAB III -	
2.	Kamis 6 Juni 2024.	Perbaiki sesuai saran.	
3.	Sabtu 8 Juni 2024.	Lanjutkan perbaikan.	

4.	Senin 10 Juni 2024.	Plotkanlah pohon masalah.	
5.	Selasa 11 Juni 2024.	Lengkapi	
6.	Pada 12 Juni 2024.	ACC siapkan PPT. ACC	

**DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN JIWA TN. A DENGAN PENERAPAN
TEKNIK WDEP (*WANTS, DOING, EVALUATION, PLANNING*) UNTUK
MENGURANGI MASALAH HARGA DIRI RENDAH
DI PUSKESMAS KAPAU KABUPATEN AGAM
TAHUN 2024**



