

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. *Self Awareness* untuk Mengatasi Koping Tidak Efektif Pada Hipertensi**

##### **1. *Self Awareness***

###### **a. Pengertian**

Abraham Maslow dalam teorinya humanistic mengemukakan bahwa kesadaran diri adalah mengerti dan memahami siapa diri kita yang sebenarnya, bagaimana menjadi diri sendiri, potensi apa yang kita miliki, gaya apa yang dimiliki, apa langkah-langkah yang harus diambil, apa yang dirasakan, nilai-nilai apa yang diyakini, dan kearah menuju kearah mana perkembangan yang dirasakan.

Kesadaran diri merupakan keadaan dimana seseorang dapat memahami dirinya sendiri dengan benar adanya (Mendatu, 2010). Seseorang yang memiliki kesadaran diri haruslah memahami mood dan emosi yang sedang dirasakannya, bersifat kritis terhadap informasi mengenai dirinya sendiri, dan sadar tentang dirinya secara nyata. Dessler pada tahun 1997 mengemukakan bahwa arti penting dari sumber daya manusia itu sendiri terhadap suatu organisasi terletak pada kesadaran diri manusia untuk berkreasi secara positif terhadap sasaran pekerjaan atau kegiatan yang mengarah pada pencapaian organisasi tersebut.

Boyatzis pada tahun 1999 mengemukakan bahwa kesadaran diri merupakan kecerdasan emosional dan orang yang memiliki kemampuan ini berarti dapat mengenali emosinya sendiri. KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia,1989)

menjelaskan bahwa kesadaran diri adalah kesadaran dimana seseorang menyadari bahwa dirinya berbeda dengan orang yang berada disekitarnya. Eko Harianto (2011) mengemukakan dari istilah psikologi bahwa kesadaran diri diawali dengan melihat terminology istilah pribadi yang berarti, sendiri atau mandiri. Dari sana didapatkan pengertian dari kesadaran diri adalah dengan akal budi yang dimiliki, manusia mengetahui apa yang akan dilakukan dan mengapa melakukannya.

Berdasarkan pemaparan para ahli, maka dapat disimpulkan bahwa kesadaran diri adalah kemampuan untuk mengakui atau mengenal perasaan diri ataupun keadaan dimana seseorang bisa memahami dirinya sendiridan juga merupakan syarat agar kita dapat bekerja dengan orang lain secara efektif.

#### **b. Jenis-jenis *Self Awareness***

Menurut Brigham (1991) Kesadaran diri terdiri dari dua jenis yaitu:

##### 1) Kesadaran diri pribadi (*private self awareness*)

Berfokus pada aspek yang relative pada diri seperti mood, persepsi dan perasaan. Orang yang memiliki kesadaran jenis ini yang dominan akan lebih cepat memproses informasi yang mengacu pada dirinya dan memiliki gambaran tentang diri sendiri yang lebih konsisten.

##### 2) Kesadaran diri publik (*public self awareness*)

Perhatian diarahkan pada aspek tentang diri yang tampak atau kelihatan pada orang lain seperti penampilan dan tindakan social. Orang yang memiliki kesadaran

publik yang tinggi akan cenderung menaruh perhatian pada identitas sosialnya dan reaksi orang lain pada dirinya.

## **2. Koping Tidak Efektif**

### **a. Pengertian**

Koping tidak efektif merupakan ketidakmampuan menilai dan merespon stressor dan atau ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah. (T. P. S. D. PPNI, 2017)

### **b. Penyebab**

Menurut NANDA (2011) koping individu tidak efektif dapat disebabkan karena adanya:

- 1) Gangguan dalam pola penilaian ancaman
- 2) Gangguan dalam pola melepaskan tekanan/ketegangan
- 3) Perbedaan gender dalam strategi koping
- 4) Derajat ancaman yang tinggi
- 5) Ketidakmampuan untuk mengubah energi yang adaptif
- 6) Tingkat persepsi kontrol yang tidak adekuat
- 7) Kesempatan yang tidak adekuat untuk menyiagakan diri terhadap stressor
- 8) Sumber yang tersedia tidak adekuat
- 9) Dukungan sosial yang tidak adekuat yang diciptakan oleh karakteristik hubungan
- 10) Krisis maturasional
- 11) Krisis situasional

12) Ragu/tidak percaya

13) Tingkat percaya diri yang tidak adekuat dalam kemampuan mengatasi masalah

**c. Penilaian Terhadap Stressor**

1) Kognitif

a) Kesulitan mengorganisasi informasi

b) Ketidakmampuan memperhatikan informasi

c) Konsentrasi buruk dan tidak berani mengambil resiko.

d) Mengungkapkan ketidakmampuan meminta bantuan

e) Mengungkapkan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah

f) Mengungkapkan sering menderita sakit

g) Mengungkapkan sering mengalami kecelakaan

h) Mengungkapkan tidak bisa memenuhi peran yang diharapkan

i) Mengungkapkan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar

j) Mengungkapkan ketidakmampuan untuk memecah masalah

k) Mengungkapkan kesulitan dengan stres kehidupan

2) Afektif

a) Merasa depresi

b) Merasa takut

c) Merasa mudah marah

d) Merasa frustrasi

e) Merasa cemas yang berlebihan

f) Merasa tidak sabar

g) Merasa tidak bersemangat

3) Fisiologis

- a) Perasaan letih
- b) Gangguan tidur
- c) Bukti adanya kekerasan fisik/psikologis
- d) Peningkatan tekanan darah, pusing
- e) Sakit kepala
- f) Kurang napsu makan
- g) Penurunan berat badan
- h) Konstipasi/diare
- i) Mual/muntah
- j) Gangguan siklus haid

4) Perilaku

- a) Penyalahgunaan agens kimia / obat-obat terlarang
- b) Perilaku destruktif terhadap orang lain dan diri sendiri
- c) Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar
- d) Ketidakmampuan memenuhi harapan peran
- e) Tidak dapat melakukan pemecahan masalah secara adekuat
- f) Kurangnya perilaku yang berfokus pada pencapaian tujuan, penyelesaian masalah, termasuk ketidakmampuan untuk mengikuti dan mengalami kesulitan dalam mengorganisasikan informasi
- g) Kurangnya upaya untuk mencari resolusi masalah
- h) Menggunakan bentuk koping yang mengganggu perilaku adaptif
- i) Ekspresi wajah tentang harapan yang tidak realistis

- j) Ketidaktepatan penggunaan mekanisme pertahanan diri
- k) Pengambilan keputusan /tindakan yang merusak keharmonisan keluarga
- l) Penyalahgunaan obat, alkohol, rokok, menyalahkan diri sendiri
- 5) Sosial
  - a) Perubahan dalam pola komunikasi yang biasanya
  - b) Penurunan penggunaan dukungan social
  - c) Manipulasi verbal
  - d) Perubahan dalam partisipasi di lingkungan social
  - e) Pola respon non asertif atau ketidakmampuan mengekspresikan perasaan kepada orang lain
  - f) Anggota keluarga berpisah atau membentuk koalisi yang tidak mendukung
  - g) Interaksi dengan kata-kata antara keluarga dan pasien tidak ada atau menurun
  - h) Orang yang berarti menarik diri atau memasuki komunikasi personal dengan klien secara temporer atau terbatas pada saat dibutuhkan
  - i) Hubungan yang kejam dan melalaikan anggota keluarga lain

**d. Sumber Koping**

*1) Personal ability*

- a) Kemampuan dalam berkomunikasi secara verbal dan non verbal
- b) Kemampuan dalam memecahkan masalah: mengidentifikasi masalah yang dihadapi, mengidentifikasi penyebab dari masalah tersebut, menguraikan alternatif pemecahan yang dapat digunakan dan kemampuan mencari sumber pendukung yang dapat digunakan untuk mengatasi masalahnya
- c) Hubungan interpersonal dengan orang lain di sekitarnya

- d) Pengetahuan klien tentang tindakan atau cara yang dapat digunakan untuk menghadapi stresor
- e) Adanya gangguan fisik (kesehatan secara umum) yang menghambat upaya membantu anggota keluarganya yang sakit.

2) *Sosial support*

- a) Hubungan yang baik atau kurang baik antar individu, keluarga kelompok dan masyarakat.
- b) keterlibatan dalam organisasi social/kelompok sebaya atau adanya komitmen organisasi kemasyarakatan yang ada disekitarnya
- c) Adanya kader kesehatan jiwa yang dapat membantu menguraikan atau membantu masalah kesehatan yang dihadapi oleh anggota keluarganya
- d) Adanya kader kesehatan di sekitar tempat tinggal

3) *Material aset*

- a) Penghasilan secara individu : cukup atau tidak
- b) Keberadaan asset harta benda pendukung pengobatan yang dimiliki (tanah, rumah, tabungan) untuk melakukan perawatan anggota keluarganya yang sakit
- c) Mempunyai fasilitas Jamkesmas, SKTM, ASKES yang dapat digunakan untuk mendukung pengobatan anggota keluarganya.
- d) Pekerjaan/vokasi/posisi : memiliki atau tidak
- e) Akses pelayanan kesehatan terdekat yang dapat didatangi oleh anggota keluarganya

#### 4) *Positive belief*

- a) Keyakinan dan nilai positif tentang dirinya sendiri bahwa mampu menghadapi stressor dengan cara yang lebih baik
- b) Memiliki motivasi atau tidak dalam menghadapi stressor menggunakan cara yang telah dimiliki
- c) Orientasi klien terhadap kesehatan terutama dalam hal pencegahan terjadinya penyakit yang lebih parah pada keluarganya dari pada mengobati

### **B. Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian *Self awareness skill* untuk Mengatasi Koping Tidak Efektif pada Hipertensi**

#### **1. Pengkajian**

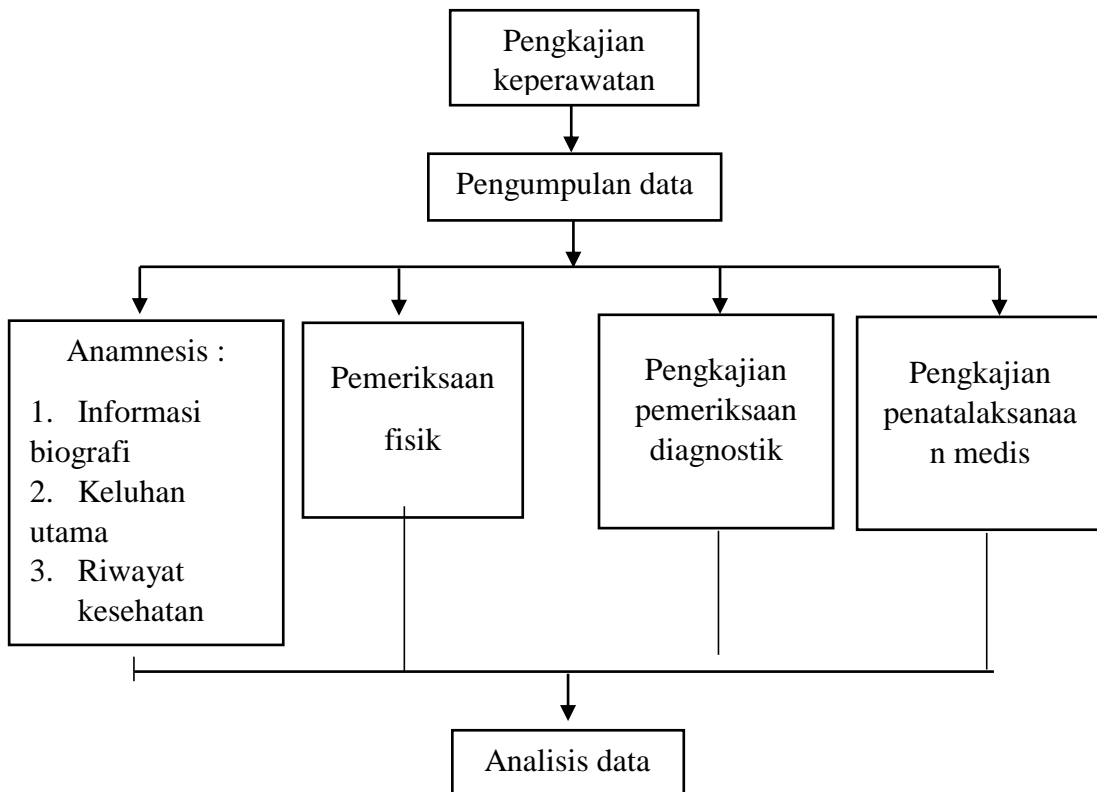
Pengkajian merupakan suatu pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respons klien saat ini dan waktu sebelumnya menyeleksi terapi keperawatan yang cocok, dan mengevaluasi respons klien terhadap terapi (P. Potter, 2005).

Pada tahapan ini, perawat memiliki kewajiban melakukan pengkajian mengenai suatu permasalahan. Tahapan di mana seorang perawat harus menggali informasi secara terus menerus baik dari pasien maupun anggota keluarga yang dibina (Murwani, Setyowati, & Riwidikdo, 2008). Menurut Bakri (2016) di dalam suatu proses pengkajian dibutuhkan pendekatan agar responden dapat secara terbuka memberikan data-data yang dibutuhkan. Pendekatan yang digunakan dapat disesuaikan dengan kondisi responden serta sosial budaya yang dimilikinya. Salah satu metode yang



perawat gunakan adalah bahasa ibu (yang digunakan setiap hari) atau bahasa daerah, lugas dan sederhana. Hal ini akan menghilangkan sesuatu yang terlalu formal dan kaku sehingga dapat terjadi kedekatan antara keluarga dan perawat.

Pengkajian merupakan suatu proses berkelanjutan, yang dilakukan secara terus-menerus dan bertahap. Sehingga proses ini tidak hanya sekali saja dilakukan. Mengenai frekuensinya tergantung pada kondisi atau pasien sebelumnya dan saat ini, sehingga informasi tersebut bisa digunakan untuk memprediksi tindakan yang akan digunakan. Komponen pengkajian menurut (Muttaqin, 2010) sebagai berikut:



Gambar 1 Komponen pengkajian menurut (Muttaqin, 2010)  
Komponen Pengkajian (Buku Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktik Klinik  
Muttaqin, 2010 ; Buku Pengkajian Kesehatan Potter, 1996)

#### a. Pengumpulan data

Menurut (Allen, 1998) pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi yang sistematis tentang pasien termasuk kekuatan dan kelemahan pasien. Data dikumpulkan dari pasien, keluarga, orang terdekat, masyarakat, dan rekam medik. Pasien adalah sumber informasi primer, sumber data yang asli. Sumber informasi sekunder terdiri dari data yang sudah ada atau dari orang lain selain pasien. Sumber-sumber sekunder meliputi catatan kesehatan pasien, laporan hasil laboratorium dan tes diagnostik, keluarga, orang terdekat, masyarakat dan anggota tim kesehatan. Metode pengumpulan data yang utama adalah observasi, wawancara, konsultasi, dan pemeriksaan.

##### 1) Observasi

Observasi merupakan pengumpulan data yang di mana data yang dikumpulkan melalui observasi visual. Perawat melakukan pengamatan terhadap pasien, keluarga, dan lingkungan. Pengamatan inilah yang kemudian disebut sebagai observasi. Apakah di dalam keluarga atau lingkungan ada hal-hal yang memang berdampak buruk pada pasien atau justru mendukung.

##### 2) Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang di mana pewawancara, perawat mendapatkan respon dari pasien dengan tatap muka. Perawat perlu melakukan berbagai pencatatan terkait hasil wawancara. Teknologi bisa digunakan dengan cara merekamnya terlebih dahulu, lalu dilakukan transkrip secara verbatim (transkrip apa adanya), sebelum diolah sebagai data siap saji.

a. Masalah Keperawatan dan Data yang Perlu Dikaji

1) Masalah keperawatan:

- a) Ansietas
- b) Penyangkalan, tidak efektif
- c) Ketakutan
- d) Berduka, terganggu
- e) Perilaku sehat, berisiko
- f) Sindrom pasca trauma
- g) Perilaku kekerasan : terhadap diri sendiri atau orang lain, resiko.
- h) Stres

2) Data yang perlu dikaji :

- a) Kaji konsep diri dan harga diri pasien, serta tingkat stres yang dialami pasien
- b) Mengkaji factor stres yang dialami pasien
- c) Identifikasi penyebab coping tidak efektif (mis : kurangnya dukungan, krisis kehidupan, keterampilan menyelesaikan masalah yang tidak efektif, stress berkepanjangan).
- d) Pantau perilaku agresif.
- e) Identifikasi pandangan pasien terhadap kondisinya dan kesesuaiannya dengan pandangan penyedia layanan kesehatan.
- f) Identifikasi kemampuan mengenali kesadaran diri (*self awareness skill*) pasien
- g) Kenali dampak situasi kehidupan pasien terhadap peran dan hubungan.
- h) Evaluasi kemampuan pasien dalam membuat keputusan, dan dalam mengenali dirinya sendiri

3) Konsultasi

Konsultasi dapat dilakukan dengan seorang spesialis diminta untuk mengidentifikasi cara-cara untuk pengobatan dan menangani masalah-masalah pasien, dalam hal ini data yang diperoleh yaitu dapat berupa laporan dari agensi yang bekerja

dalam keluarga dan laporan dari anggota tim kesehatan lain (hasil pemeriksaan yang dilakukan pasien di puskesmas atau fasilitas kesehatan lain) (Marilyn, 1998).

#### 4) Pemeriksaan

Pemeriksaan menjadi hal yang harus dilakukan selanjutnya. Pemeriksaan merupakan suatu proses inspeksi tubuh dan sistem tubuh untuk menentukan ada atau tidaknya penyakit. Pemeriksaan dapat berupa pemeriksaan fisik, laboratorium atau rontgen. Pemeriksaan fisik terdiri dari empat prosedur yang digunakan yaitu inspeksi, palpasi dan auskultasi pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara *head to toe*, pemeriksaan laboratorium seperti urinalisis, pemeriksaan darah dan kultur, selanjutnya yaitu pemeriksaan hasil rontgen yang merupakan visualisasi bagian tubuh dan fungsinya.

Setelah dilakukan pengumpulan data, maka akan mendapatkan data yang diinginkan. Terdapat dua tipe data pada saat pengkajian yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen, tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi. Data subjektif sering didapatkan dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan, dan ide tentang status kesehatannya. Informasi yang diberikan sumber lainnya, misalnya dari keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya juga dapat sebagai data subjektif jika didasarkan pada pendapat pasien (Muttaqin, 2010).

Sedangkan data objektif adalah data yang diobservasi dan diukur. Informasi tersebut biasanya diperoleh melalui "*sense*": 2S (*sight* atau penglihatan dan *smell* atau

penciuman) dan HT (*hearing* atau pendengaran dan *touch* atau *taste* ) selama pemeriksaan fisik (Muttaqin, 2010). Pengumpulan data menurut meliputi:

#### 1) Anamnesis

Wawancara atau anamnesis dalam pengkajian keperawatan merupakan hal utama yang dilaksanakan perawat karena 80% diagnosis masalah pasien dapat ditegakkan dari anamnesis. Pengkajian dengan melakukan anamnesis atau wawancara untuk menggali masalah keperawatan lainnya yang dilaksanakan perawat adalah mengkaji riwayat kesehatan pasien. Dalam wawancara awal, perawat berusaha memperoleh gambaran umum status kesehatan pasien. Perawat memperoleh data subjektif dari pasien mengenai awitan masalahnya dan bagaimana penanganan yang sudah dilakukan. Persepsi dan harapan pasien sehubungan dengan masalah kesehatan dapat memengaruhi perbaikan kesehatan (Muttaqin, 2010) .

##### a) Informasi Biografi

Informasi biografi meliputi tanggal lahir, alamat, jenis kelamin, status pekerjaan, status perkawinan, nama anggota keluarga terdekat atau orang terdekat lainnya, agama, dan sumber asuransi kesehatan (P. A. Potter, 1996).

##### b) Keluhan Utama

Pengkajian anamnesis keluhan utama didapat dengan menanyakan tentang gangguan terpenting yang dirasakan pasien sampai perlu pertolongan (Muttaqin, 2010).

##### c) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan termasuk alasan untuk mencari perawatan kesehatan dan pengkajian riwayat kesehatan masa lampau dan saat ini.

(1) Riwayat kesehatan saat ini

Riwayat penyakit sekarang merupakan serangkaian wawancara yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan pasien dari timbulnya keluhan utama pada gangguan sistem kardiovaskular sampai pada saat pengkajian. Di sini diperlukan keahlian, pengetahuan, dan pengalaman dari perawat dalam menyusun setiap pertanyaan yang sistematis agar dapat mendukung bagaimana keluhan utama menjadi muncul (Muttaqin, 2010).

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang seperti menanyakan tentang perjalanan sejak timbul keluhan hingga pasien meminta pertolongan. Misalnya, sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, di mana pertama kali keluhan timbul apa yang sedang dilakukan ketika keluhan ini terjadi, keadaan apa yang memperberat atau memperingan keluhan, adalah usaha mengatasi keluhan ini sebelum meminta pertolongan , serta berhasil atau tidaknya usaha tersebut, dan sebagainya (Muttaqin, 2010).

Setiap keluhan utama harus ditanyakan sedetil-setilnya kepada pasien dan semuanya dituliskan pada riwayat penyakit sekarang. Pada umumnya, beberapa hal yang harus diungkapkan pada setiap gejala adalah lama timbulnya (surasi), lokasi penjarannya. Pasien diminta untuk menjelaskan keluhan-keluhannya dari gejala awal sampai sekarang (Muttaqin, 2010).

Pertanyaan tentang penggunaan obat-obatan yang telah digunakan oleh pasien perlu mendapat perhatian dengan tujuan mencegah perawat dalam melakukan pemberian obat yang tidak rasional dan memungkinkan memberi dampak yang

merugikan pada pasien akibat efek samping dari obat-obatan yang telah dan akan diberikan. Tanyakan kepada pasien apakah baru-baru ini mendapat obat-obatan yang sering kali dijelaskan warna atau ukurannya daripada nama dan dosisnya. Apabila pasien membawanya, pasien diminta memperlihatkan semua tablet dan mencatatnya. Masalah ini dapat menjadi petunjuk bermanfaat untuk melengkapi pengkajian (Muttaqin, 2010).

## (2) Riwayat kesehatan dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya. Menurut (Muttaqin, 2010) hal-hal yang perlu dikaji meliputi:

### (a) Pengobatan yang lalu dan riwayat alergi.

Ada beberapa obat yang diminum oleh pasien pada masa lalu yang masih relevan, seperti pemakaian obat kortikosteroid. Catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu. Selain itu juga harus menanyakan alergi obat dan reaksi alergi seperti apa yang timbul.

### (b) Riwayat keluarga.

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga. Apabila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. Hal ini ditanyakan karena banyak penyakit menurun dalam keluarga.

### (c) Riwayat pekerjaan dan kebiasaan.

Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya. Seperti kebiasaan sosial, kebiasaan merokok dan sebagainya yang memengaruhi kesehatan.

(d) Status perkawinan dan kondisi kehidupan.

Tanyakan mengenai status perkawinan pasien dan tanyakan dengan hati-hati mengenai kepuasan dari kehidupannya yang sekarang. Tanyakan mengenai kondisi kesehatan pasangannya dan setiap anak-anaknya. Pertanyaan mengenai rencana kehidupan pasien adalah penting terutama untuk penyakit kronis, di mana pasien harus mengetahui bantuan sosial apa yang tersedia dan apakah pasien dapat mengaturnya di rumah (misalnya beberapa langkah yang dibutuhkan untuk mencapai rumah).

Setiap pengkajian riwayat harus dapat diadaptasikan sesuai kebutuhan unik seorang pasien. Setiap pola merupakan suatu rangkaian perilaku yang membantu perawat mengumpulkan, mengorganisasikan, dan memilah-milah data (P. A. Potter, 1996). Peneliti menggunakan pola-pola fungsional kesehatan Gordon. Pola-pola fungsional Gordons terdiri dari persepsi-kesehatan-pola manajemen-kesehatan, pola metabolic- nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas-olahraga, pola tidur-istirahat, pola persepsi- kognitif, pola persepsi-diri-konsep-diri, polaungan peran, pola reproduksi-seksualitas, polaoping-toleransi stress, pola nilai-kepercayaan (Gordon 1987 dalam Potter, 1996).

## **2. Diagnosa**

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial yang bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan



kesehatan. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan dalam masalah ini ialah koping tidak efektif.

Tabel 1 Tabel Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Koping Tidak Efektif)

<p>Koping Tidak Efektif</p> <p>Kategori : Psikologis</p> <p>Subkategori : Integritas Ego</p>	
<p>Definisi :</p> <p>Ketidakmampuan menilai dan merespon stresor dan/atau ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah</p>	
<p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah</li> <li>2. Ketidakadekuatan sistem pendukung</li> <li>3. Ketidakadekuatan strategi koping</li> <li>4. Ketidakterarutan atau kekacauan lingkungan</li> <li>5. Ketidakcukupan kekuatan untuk menghadapi stresor</li> <li>6. Disfungsi sistem keluarga</li> <li>7. Krisis situasional</li> <li>8. Krisismaturasional</li> <li>9. Kerentanan personalitas</li> <li>10. Ketidakpastian</li> </ol>	
<p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah</li> </ol>	<p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia)</li> <li>2. Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai</li> </ol>
<p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p>	<p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyalahgunaan zat</li> </ol>

1. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar 2. Kekhawatiran kronis	2. Manipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri 3. Perilaku tidak asersif 4. Partisipasi social kurang
	Kondisi klinis terkait: Artritis

Sumber: (Buku Standar Diagnosis Keperawatan Indoensia PPNI, 2016)

### 3. Perencanaan

Perencanaan merupakan langkah selanjutnya setelah ditegakkannya diagnosa keperawatan. Pada langkah ini, perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Perencanaan yang diberikan pada penelitian ini yaitu pemberian *Self Awareness* untuk mengatasi coping tidak efektif. Ketidakefektifan coping seseorang akan berpengaruh kepada bagaimana ia menerima stressor. Jika seseorang telah mengalami stres dalam hal ini berhubungan dengan ketidakefektifan coping, maka manajemen stres menjadi sangat penting untuk mengontrol stres. Mengelola stres merupakan keterampilan yang dimiliki oleh setiap orang, dan kita semua harus mengembangkannya.. Stres dapat disebabkan karena banyak faktor dan dapat mengubah hubungan dinamika dalam berinteraksi. Sebuah studi yang dilakukan oleh Caplan, MERLEN (1992), mengungkapkan bahwa efek pelatihan dengan pemikiran positif dan mengembangkan *self awareness* Remaja dalam menangani masalah interpersonal dan mengatasi kecemasan, serta stres yang berhubungan dengan coping tidak efektif. Pendekatan manajemen stres harus mencakup semua aspek dari pengalaman manusia. Dengan mengembangkan *self*

*awareness skill* pada diri seseorang maka akan membantu pasien secara eksklusif dalam penyesuaian diri agar tidak terjadinya stres sehingga tidak berakhir pada koping yang tidak efektif.

Perencanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan koping tidak efektif adalah:

- a. Ketidakefektifan koping individu berhubungan dengan ketidakcukupan persiapan menghadapi stressor

Tujuan :

- 1) Mengidentifikasi factor penyebab stres
- 2) Menyatakan dapat mengatasi stresor

Intervensi :

- 1) Mengecek program terapi medik

Petugas kesehatan yang berada di ruangan yang akan memberikan prosedur teknik *self awareness skill*, sebelumnya wajib mengecek catatan terapi medik di les pasien.

- 2) Mengucapkan salam terapeutik

Mengucapkan selamat pagi, selamat siang, selamat sore dan selamat malam kepada pasien.

- 3) Melakukan evaluasi dan validasi

Melakukan evaluasi yaitu dengan memeriksa tekanan darah dan koping pasien sebelum dilakukan teknik *self awareness skill* dan validasi kepada pasien seperti

menanyakan apakah benar mengalami tekanan darah tinggi dan ketidakefektifan koping.

4) Melakukan kontrak

Melakukan kontrak waktu, tempat dan topik.

5) Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur kepada pasien

Sebelum melakukan terapi *self awareness skill*, petugas yang berada di ruangan yang akan memberikan prosedur ini harus menjelaskan urutan prosedur dengan benar.

6) Mempersiapkan alat: *Sphygmomanometer* aneroid, stetoskop, lampiran skala FDC, dan lembar observasi

7) Mengukur tekanan darah menggunakan *Sphygmomanometer* aneroid dan stetoskop

8) Mengkaji tingkat ketidakefektifan koping melalui konseling dengan menggunakan skala *FDC (Functional Dimension Coping scale)*.

9) Melakukan konsling dengan pasien mengenai masalahnya

10) Mengajarkan pasien teknik *Self awareness skill* dengan cara Pertama, individu harus ingat, dari sudut pandang orang ke-3, setiap peristiwa melalui hari yang tepat urutan waktu bahwa hal itu terjadi, seolah-olah ia bisa melihat kejadian tersebut seperti dalam sebuah “film”.

11) Individu harus mengingat setiap peristiwa melalui hari dalam waktu urutan yang tepat bahwa hal itu terjadi. Untuk memudahkan mengingat, peristiwa dikategorikan sebagai berikut: diet ,misalnya, “Apa yang saya makan atau minum untuk sarapan?”, Olahraga (dijadwalkan atau tidak), tidur (waktu, jam tidur, dll).

- 12) Pada langkah berikutnya, individu diminta untuk memilih peristiwa yang tampaknya penting untuk dia / dia dan mengingat semua rincian mendampingi mereka (misalnya, jumlah yang tepat dari makanan saat sarapan). Untuk kategori diet, olahraga dan tidur, rincian yang sederhana.
- 13) Langkah terakhir, dari setiap peristiwa ajukan pertanyaan : “Apakah apa yang saya lakukan salah? Adakah yang saya dilakukan dengan benar? Apa yang harus saya hilangkan dan apa yang saya seharusnya lakukan?”
- 14) Melakukan pencatatan dan dokumentasi
- 15) Merapikan alat-alat
- 16) Mencatat tindakan yang dilakukan dan mencatat respon pasien setelah dilakukan teknik *self awareness skill*

#### **4. Pelaksanaan**

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter dan Perry, 2005). Pengertian tersebut menekankan bahwa implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya.

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke

arah pencapaian tujuan (Potter dan Perry, 2006). Evaluasi dari pemberian *self awareness skill* yakni klien mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengatasi koping tidak efektif

Tabel 2 Evaluasi Koping Individu Tidak Efektif

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1.	Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidacukupan kekuatan untuk menghadapi stress	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tahu apa itu koping tidak efektif</li> <li>- Pasien mengatakan mampu menggaunakan mekanisme koping adaptif</li> <li>- Pasien melaporkan bahwa sudah dapat mengatasi stres</li> <li>- Pasien mampu menyatakan stres sudah berkurang</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mampu menggunakan teknik <i>self awareness skill</i> untuk mengatasi koping tidak efektif dalam kehidupan sehari-hari</li> <li>- Tekanan darah normal 120/80 mmHg</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tujuan tercapai. Apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditentukan.</li> <li>- Tujuan belum tercapai apabila respon pasien tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan.</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan kondisi pasien. Apabila tujuan tercapai.</li> <li>- Lanjutkan perencanaan. Apabila terdapat tujuan yang belum mampu dicapai oleh pasien.</li> </ul>