

## **KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADATN.I DENGAN GANGGUAN  
KONSEP DIRI:HARGA DIRI RENDAH DI WISMA  
PUNTADEWA RSJ PROF DR SOERODJO  
MAGELANG



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar  
Ahli Madya Keperawatan

Oleh:

Afif Fakhrurrozi  
NIM : 13.1638.P

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**  
**STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN**  
**PEKALONGAN**  
**2016**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.Idengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah di Wisma Puntadewa RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang” yang disusun oleh Afif Fakhrurrozi telah disetujui untuk memperolehgelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, Juli 2016

Pembimbing

Nurul Aktifah, S.Kep.Ns.,M.Si.Med

NIK :07.001.047

## **HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah di Wisma Puntadewa RSJ Prof. dr. Soerodjo Magelang” yang disusun oleh Afif Fakhrurrozi telah disetujui untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Mokhamad Arifin, SKp.,M.Kep  
NIK : 92.001.011

Nurul Aktifah, S.Kep.Ns.,M.Si.Med  
NIK :07.001.047

Mengetahui  
Ka.Prodi DIII Keperawatan  
STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Herni Rejeki, M.Kep. Ns. Sp.Kep. Kom  
NIK : 96.001.016

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Karya tulis ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber  
baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.**

Pekalongan, Juli 2016  
Yang membuat pernyataan

Afif Fakhrurrozi  
NIM : 13.1638.P

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan berkat rahmat dan petunjuk-Nya penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada Tn.I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah di Wisma Puntadewa RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang” Pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terimakasih pada semua pihak yang telah banyak membantu dan memberi saran-saran yang membangun demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. Untuk itu, penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Mokhammad Arifin, SKp.,M.Kep, selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
2. Ibu Herni Rejeki, M.Kep,Ns.,Sp.Kep.Kom, selaku Kepala Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan
3. Ibu Nurul Aktifah, S.Kep.Ns.,M.Si.Med, selaku Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Kepala ruang Wisma Puntadewa RSJ Prof. dr. Soerodjo Magelang yang telah membimbing dalam pembuatan asuhan keperawatan.
5. Semua dosen dan staf Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
6. Kedua orang tua yang telah memberikan semangat dan dukungan yang luar biasa baik secara moral, material, dan spiritual untuk menyelesaikan pendidikan ini.
7. Sahabat-sahabat yang selalu memberikan semangat dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu maka penulis berharap kritik dan saran pembaca untuk membangun karya tulis ilmiah asuhan keperawatan yang sempurna.

Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Pekajangan, Juli2016

Penulis

## **DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR SKEMA .....	ix
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan penulisan .....	2
C. Manfaat .....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	4
A. Pengertian.....	4
B. Proses terjadinya masalah .....	4
C. Pohon masalah .....	5
D. Tanda dan gejala.....	6
E. Rentang respon konsep diri.....	7
F. Masalah keperawatan .....	8
G. Data yang perlu dikaji .....	8
H. Tindakan keperawatan.....	9
I. Tindakan dan peran keluarga meningkatkan harga diri .....	10
J. Terapi aktivitas kelompok .....	11
BAB III RESUME KASUS .....	12
BAB IV PEMBAHASAN.....	16
BAB V PENUTUP .....	21
A. Simpulan .....	21
B. Saran .....	22
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

## **DAFTAR SKEMA**

Skema 1.1 Pohon masalah.....	5
Skema 1.2 Rentang konsep diri.....	7

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Asuhan Keperawatan Pada Tn.I dengan Gangguan KonsepDiri :  
Harga Diri Rendah di Wisma Puntadewa RSJ Prof. dr. Soerojo  
Magelang.

Lampiran 2 : Lembar konsultasi

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kesehatan jiwa adalah sikap yang positif terhadap diri sendiri, tumbuh, kembang, aktualisasi diri, keutuhan, kebebasan diri, memiliki persepsi sesuai kenyataan dan kecakapan dalam beradaptasi dengan lingkungan (Stuart dan Laraia dalam Yosep, 2014, h 1). Menurut Undang-undang No.3 Tahun 1966, Kesehatan Jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain (Dalami, 2010, h 2).

Fenomena gangguan jiwa pada saat ini mengalami peningkatanyang sangat signifikan, dan setiap tahun di berbagai belahan dunia jumlah penderita gangguan jiwa bertambah. Berdasarkan data dari *World Health Organisation* (WHO) dalam Yosep (2013), ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa. WHO menyatakan setidaknya ada satu dari empat orang didunia mengalami masalah mental, dan masalah gangguan kesehatan jiwa yang ada diseluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius. Penderita gangguan jiwa berat dengan usia di atas 15 tahun di Indonesia mencapai 0,46%. Hal ini berarti terdapat lebih dari satu juta jiwa di Indonesia yang menderita gangguan jiwa berat. Data tersebut menunjukan 11,6% penduduk Indonesia mengalami masalah gangguan mental emosional (Riset kesehatan dasar, 2007). Sedangkan pada tahun 2013 jumlah penderita gangguan jiwa mencapai 1,7 juta (Riskesdas, 2013).

Angka kejadian di RSJ Profdr Soerojo Magelang, selama bulan Januari – November 2015 dari 6 diagnosa besar yaitu halusinasi, resiko perilaku kekerasan, perilaku kekerasan, isolasi sosial, defisit perawatan diri dan harga diri rendah, dari jumlah keseluruhan 8548 pasien, harga diri rendah menempati urutan ke 5 dengan rincian sebagai berikut : halusinasi 5389 jiwa, Resiko perilaku kekerasan 1598, perilaku kekerasan 1322 jiwa, defisit perawatan diri

1109 jiwa,harga diri rendah 435 jiwa, dan sisanya isolasi sosial sebanyak 293 jiwa (Arsip RSJ Prof dr Soerojo Magelang). Selama praktik keperawatan klinik keperawatan Jiwa STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan periode satu pada 17 November - 3 Desember 2015 di Wisma Puntadewa RSJ Prof dr Soerojo Magelang, didapatkan data tercatat jumlah pasien mencapai 16 orang, untuk pasien dengan diagnosa harga diri rendah sebanyak dua orang, halusinasi 13 orang dan pasien isolasi sosial satu orang.

Pasien dengan harga diri rendah beresiko muncul masalah gangguan jiwa lain apabila tidak segera diberikan terapi dengan benar, karena pasien dengan harga diri Rendah cenderung mengurung diri dan menyendiri, kebiasaan itulah yang memicu munculnya masalah lain diantaranya Isolasi Sosial, kemudian halusinasi juga bisa terjadi karena kebiasaan tersebut memungkinkan suara atau bisikan muncul, masalah lain yang kemudian terjadi adalah resiko perilaku kekerasan, rasa tidak terima tentang suatu hal karena merasa direndahkan seseorang maupun suara bisikan yang menghasut untuk melakukan tindakan merusak lingkungan dan menciderai orang lain.

Hal-hal diatas yang membuat penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan jiwa pada Tn.I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah di Wisma Puntadewa RSJ Prof dr Soerojo Magelang.“

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan konsep diri: harga diri rendah secara komprehensif.

### **2. Tujuan Khusus**

Setelah penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah.

- b. Merumuskan diagnosa keperawatan sesuai data pengkajian pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah.
- c. Menentukan rencana keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah.
- e. Melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah.

### C. Manfaat

#### 1. Manfaat Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah pengetahuan dan dijadikan masukan untuk menerapkan asuhan keperawatan yang benar pada pasien dengan masalah gangguan konsep diri : harga diri rendah baik secara *promotive, preventive, curative, rehabilitative*.

#### 2. Manfaat Bagi Profesi Keperawatan

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan dan tambahan wacana dalam melaksakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah.

#### 3. Manfaat Bagi Penulis

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah.

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Pengertian**

Harga Diri Rendah menurut Otong(1995 dalam Yosep, 2014, h 261)adalah individu yang cenderung mempersepsikan lingkungannya negatif dan sangat mengancam. Harga diri rendah menurut Keliat(1998 dalam Fitria, 2009, h 5) adalah perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilangnya percaya diri dan harga diri, merasa gagal mencapai keinginan.

Kesimpulan dari kedua pengertian diatas, harga diri rendah merupakan perasaan negatif terhadap diri sendiri atau perasaan tidak yakin atas kemampuan diri sendiri karena kegagalan mencapai sebuah tujuan yang di inginkan. Masalah tersebut sangat mengancam apabila manajemen coping individu tidak efektif dan akan bertambah lagi apabila lingkungan terdekat dalam hal ini keluarga tidak bisa memotivasi individu untuk melupakan masalah tersebut.

#### **B. Proses Terjadinya Masalah**

Penyebab harga diri rendah menurut Yosep (2014, h 262) adalah pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilanya. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya.

Pendapat lain tentang penyebab masalah harga diri rendah juga dikemukakan oleh beberapa ahli disebutkan faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Seperti dibawah ini :

##### **1. Faktor Predisposisi**

Faktor predisposisi terjadinya harga diri rendah kronik adalah penolakan orang tua yang tidak realistik, kegagalan berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, ideal

diri yang tidak realistik (Fitria, 2009 h 6).

Prabowo,(2014 h 103) menjelaskan tentang faktor predisposisi harga diri rendah adalah :

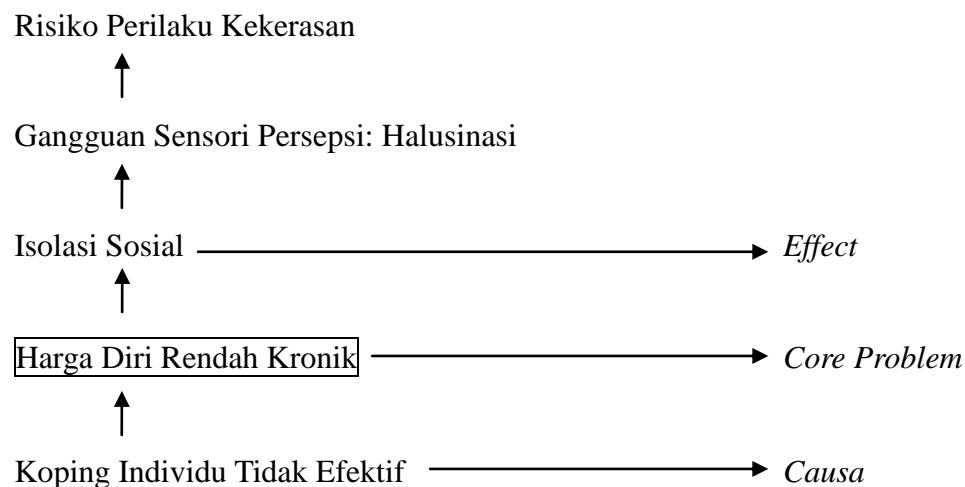
- a. Penolakan
- b. Kurang penghargaan, pola asuh overprotektif, otoriter, tidak konsisten, terlalu dituruti, terlalu dituntut
- c. Persaingan antar saudara
- d. Kesalahan dan kegagalan berulang
- e. Tidak mampu mencapai standar

## 2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun (Yosep, 2014 h 262). Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah kronis adalah hilangnya sebagian anggota tubuh, berubahnya penampilan atau bentuk tubuh, mengalami kegagalan, serta menurunnya produktivitas (Fitria, 2009 h 6).

## C. Pohon Masalah

Pohon masalah pada pasien dengan harga diri rendah kronik menurut Yosep, (2014 h 264) adalah sebagai berikut:



Skema 1.1 Pohon Masalah

## **D. Tanda dan Gejala**

Perilaku seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor salah satunya yaitu faktor lingkungan sekitar dan perilaku seseorang dalam menghadapi masalah juga bermacam-macam. Berikut adalah tanda dan gejala menunjukan seseorang memiliki harga diri rendah yang dikemukakan oleh Fitria (2009 h 6 ; Yosep, 2014 h 264)perilaku-perilaku seperti dibawah ini diantaranya :

1. Mengkritik diri sendiri
2. Perasaan tidak mampu
3. Pandangan hidup yang pesimistik
4. Tidak menerima pujian
5. Penurunan produktifitas
6. Penolakan terhadap kemampuan diri
7. Kurang memperhatikan perawatan diri
8. Berpakaian tidak rapi
9. Selera makan berkurang
10. Tidak berani menatap lawan bicara
11. Lebih banyak menunduk
12. Bicara lambat dengan nada suara lemah
13. Merusak/melukai orang lain
14. Merusak diri: harga diri rendah menyokong klien untuk mengakhiri hidup
15. Menarik diri dari realitas, cemas, panik, cemburu, curiga, halusinasi
16. Menghindari kesenangan yang dapat memberi rasa puas
17. Sulit bergaul
18. Menunda keputusan
19. Mengalami gejala fisik, misal : tekanan darah tinggi, gangguan penggunaan zat

## E. Rentang Respon Konsep Diri



Sumber : Keliat, 1999 dalam Fitria 2009, h 6.

*Skema 1.2 Rentang Konsep Diri*

Prabowo, (2014 hal 109) menjelaskan rentang respon adaptif dan maladaptif klien dengan Harga Diri Rendah adalah :

### 1. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah kemampuan individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

- a. Aktualisasi diri adalah pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima
- b. Konsep diri positif adalah apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri dan menyadari hal-hal positif maupun yang negatif dari dirinya.

### 2. Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon yang diberikan individu ketika dia tidak mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi.

- a. Harga diri rendah adalah individu yang cenderung untuk menilai dirinya negatif dan merasa dirinya lebih rendah dari orang lain.
- b. Kerancuan identitas adalah identitas diri kacau atau tidak jelas sehingga tidak memberikan kehidupan dan mencapai tujuan.
- c. Depersonalisasi (tidak mengenal diri) yaitu mempunyai kepribadian yang kurang sehat, tidak mampu berhubungan dengan orang lain secara intim.

Tidak ada rasa percaya diri atau tidak dapat membina hubungan baik dengan orang lain.

#### **F. Masalah keperawatan**

Yosep, (2014 h 264) menjelaskan terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan harga diri rendah diantaranya adalah :

1. Harga diri rendah kronik
2. Koping individu tidak efektif
3. Isolasi sosial
4. Gangguan sensori persepsi: halusinasi
5. Risiko tinggi perilaku kekerasan.

#### **G. Data yang perlu dikaji**

Fitria, (2009 h 9) menjelaskan ada beberapa datayang perlu dikaji untuk membuktikan bahwa seseorang mengalami gangguan konsep diri : harga diri rendah adalah:

1. Data subyektif
  - a. Mengungkapkan dirinya merasa tidak berguna.
  - b. Mengungkapkan dirinya merasa tidak mampu
  - c. Mengungkapkan dirinya tidak semangat untuk beraktivitas atau bekerja.
  - d. Mengungkapkan dirinya malas melakukan perawatan diri (mandi, berhias, makan atau toileting).
2. Data obyektif
  - a. Mengkritik diri sendiri
  - b. Perasaan tidak mampu
  - c. Pandangan hidup yang pesimistik
  - d. Tidak menerima pujiyan
  - e. Penurunan produktivitas
  - f. Penolakan terhadap kemampuan diri
  - g. Kurang memperhatikan perawatan diri

- h. Berpakaian tidak rapi
- i. Berkurang selera makan
- j. Tidak berani menatap lawan bicara
- k. Lebih banyak menunduk
- l. Bicara lambat dengan nada suara lemah

## **H. Tindakan Keperawatan**

Komunikasi yang baik dan kepercayaan adalah kunci keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Harga Diri Rendah, diantaranya :

1. Strategi Pelaksanaan (SP) 1 :
  - a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien dengan cara mendiskusikan dengan klien bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan maupun hobi, adanya keluarga dan lingkungan terdekat yang senantiasa menyayangi klien.
2. Strategi Pelaksanaan (SP) 2 :
  - a. Membantu klien memilih/menetapkan kegiatan sesuai kemampuan dengan cara mendiskusikan beberapa aktivitas yang dapat dilakukan baik secara mandiri atau dengan bantuan orang lain(keluarga) dan dipilih sebagai kegiatan yang akan dilakukan sehari-hari.
  - b. Berikan contoh cara pelaksanaan aktivitas yang dapat dilakukan klien.
  - c. Melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan klien.
  - d. Berikan dukungan dan pujian yang nyata atas kemajuan yang diperlihatkan klien.
  - e. Membantu klien merencanakan kegiatan sesuai kemampuannya.
  - f. Susun daftar aktifitas yang sudah diajarkan bersama klien dan keluarga.
  - g. Yakinkan bahwa keluarga senantiasa mendukung setiap aktivitas yang dilakukan klien (Yosep, 2014 h 264).

## **I. Tindakan Dan Peran Keluarga Dalam Meningkatkan Harga Diri Klien**

Keluarga juga salah satu kunci keberhasilan untuk mengatasi masalah harga diri rendah karena keluarga merupakan lingkungan terdekat yang setiap hari bersama klien. Tindakan dan peran keluarga yang dapat dilakukan untuk membantu menyelesaikan masalah klien menurut Yosep (2014 h 265) diantaranya:

1. Mendorong klien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaanya
2. Memberi kegiatan sesuai kemampuan klien
3. Menetapkan tujuan yang nyata
4. Bantu klien mengungkapkan beberapa rencana menyelesaikan masalah
5. Membantu klien mengungkapkan upaya yang bisa digunakan dalam menghadapi masalah.

## **J. Terapi Aktivitas Kelompok**

Yosep, (2014 h 385) menjelaskan terapi kelompok merupakan terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi klien dengan gangguan interpersonal.

### 1. Tujuan terapi kelompok

Terapi kelompok mempunyai tujuan *therapeutic* dan *rehabilitatif*.

#### a. Tujuan umum

- 1) Meningkatkan kemampuan menguji kenyataan (*reality testing*)
- 2) Membentuk sosialisasi
- 3) Meningkatkan fungsi psikologis
- 4) Membangkitkan motivasi bagi kemajuan fungsi kognitif dan afektif

#### b. Tujuan khusus

- 1) Melatih pemahaman identitas diri
- 2) Penyaluran emosi
- 3) Meningkatkan ketrampilan hubungan untuk diterapkan sehari-hari
- 4) Rehabilitatif

## 2. Sasaran dan keanggotaan

Pada umumnya yang menjadi sasaran dari terapi kelompok adalah yang memiliki masalah sama. Namun dalam psikoterapi yang intensif kelompok heterogen lebih menguntungkan dimana anggotanya dari berbagai macam kelompok umur, jenis kelamin, dan kepribadian. Menurut Caplan, dalam Yosep (2014 h 387) dijelaskan anggota kelompok sebaiknya terdiri dari 7-9 orang baik pria maupun wanita yang memiliki berbagai latar belakang ras atau suku, sosial, pendidikan sehingga mirip kehidupan nyata.

## 3. Pelaksanaan terapi aktivitas kelompok

- a. Perkenalan : Semua anggota memperkenalkan diri
- b. Pembentukan agenda : Semua anggota mengemukakan problem yang dihadapi sebagai agenda
- c. Konfidensilitas : Leader memberikan informasi bahwa masing-masing anggota secara bebas mengajukan masalahnya, dan kerahasiaanya terjamin untuk tidak diketahui orang lain diluar kelompok.
- d. Transisi : menggali ide-ide dan peranan yang muncul dalam kelompok.

## 4. Perlu diperhatikan dalam pelaksanaan terapi aktivitas kelompok

- a. Repentasi (kehadiran pasien baik secara fisik maupun psikologis)
- b. Terimalah pasien secara serius
- c. Perlakukan pasien dengan penghargaan

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Klien bernama Tn. I, jenis kelamin laki-laki, umur 37 tahun, agama islam, pekerjaan petani, pendidikan SMP, belum menikah, alamat Bandongan Magelang. Penanggung jawab klien Tn. D umur 55 tahun, pekerjaan petani, hubungan ayah, tempat tinggal di Bandengan Magelang, Tanggal masuk 17 November 2015 jam 11.00 WIB, dengan diagnosa medis F.20.3 (*schizophrenia* tak terinnci). Datang ke rumah sakit dengan keluhan dirumah mengurung diri, mengamuk dirumah. Saat pengkajian tanggal 18 November 2015 pukul 09.30 WIB, keluarga mengatakan 18 mei 2015 setelah pernikahanya gagal kemudian ditinggal oleh pacarnya klien lebih sering mengurung diri dirumah, mengamuk, dan malu untuk berinteraksi. Klien belum pernah dibawa ke RSJ sebelumnya, klien baru pertama kali gangguan jiwa. tidak pernah mengalami ansiaya fisik, psikis, seksual ataupun pengalaman melihat penganiayaan fisik, psikis, seksual di masa lalu.

Hasil pengkajian didapatkan data subyektif: klien mengatakan tidak begitu suka dengan bentuk tubuhnya yang pendek dan warna kulitnya hitam, merasa dirinya tidak berguna untuk kedua orang tuanya dan pacar karena belum bisa menjadi orang yang mapan sehingga tidak direstui calon mertuanya, klien mengatakan jarang berinteraksi dengan orang lain karena menurutnya tidak ada yang perlu dibicarakan, klien mengatakan hidup dalam kemiskinan dan sering dicela tetangga karena tidak bisa membantu perekonomian keluarga menurutnya tetangga akan lebih hormat dengan orang kaya, klien mengatakan saat ada masalah lebih banyak diam dan menyendiri dan akan memecahkan benda disekitarnya untuk pelampiasan.

Data Obyektif : kontak mata tidak ada, konsentrasi kurang, lebih sering menundukkan kepala, menoleh ke lain arah tidak menghadap lawan bicara,respon maladaptif menyendiri, diam dan memecahkan/membanting benda disekitar, TD 130/90 mmHg, Nadi 92 x/menit, RR 22 x/menit, Suhu 36, 8°C, BB 65 Kg, TB 165 cm. Terapi yang diberikan untuk Tn. I adalah obat oral Trihexyphenidyl 2 mg 2x

sehari, haloperidol 2 mg 2x sehari, Clorpmazine 10 mg 1x sehari.

Masalah keperawatan yang muncul dari data diatas antara lain, gangguan konsep diri: harga diri rendah, isolasi sosial : menarik diri, coping individu tidak efektif. Masalah gangguan konsep diri : harga diri rendah menjadi prioritas utama yang harus diselesaikan karena paling aktual dan beresiko muncul masalah lain jika tidak segera diatasi. Intervensi yang dilakukan pada klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah bertujuan agar klien memiliki konsep diri yang positif dan dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 1 minggu dengan kriteria hasil : klien memiliki konsep diri yang positif.

SP 1 Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teurapeutik, diskusikan dengan klien tentang : aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien, aspek positif keluarga, aspek positif lingkungan klien, Rasional : agar klien dapat menceritakan masalah yang sedang dihadapi dengan nyaman. SP 2 bersama klien buat daftar tentang : aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien, aspek positif keluarga, aspek positif lingkungan klien, diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan, dan dilanjutkan pelaksanaanya. Rasional : agar dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimilikinya. klien mau melaksanakan kemampuan yang dimilikinya.

SP 3 Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah, bantu keluarga memberikan dukungan selama perawatan, bantu keluarga menyiapkan lingkungan dirumah. Rasional : agar keluarga tahu cara yang tepat untuk merawat klien dengan harga diri rendah, dan mampu memberikan untuk kesembuhan klien

Implementasi yang telah penulis lakukan pada tanggal 18 November 2015 untuk dignosa gangguan konsep diri : harga diri rendah adalah memvalidasi perasaan klein, memvalidasi masalah, membina hubungan saling percaya dengan memberikan perhatian yaitu mengingatkan makan, menggali aspek positif yang dimiliki, membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai kemampuan. Respon : S : perasaan klien biasa saja, klien mengatakan tidak ada masalah dengan siapapun, klien mengatakan sudah makan, klien mengatakan

aspek positif yang dimiliki adalah jujur, dan apa adanya, klien memilih 2 kegiatan yaitu menyapu dan mengepel. O: kontak mata tidak ada, konsentrasi kurang, lebih sering menundukkan kepala, menoleh ke lain arah tidak menghadap lawan bicara.

Implementasi yang telah penulis lakukan pada tanggal 19 November 2015 untuk diagnosa gangguan konsep diri : harga diri rendah adalah memvalidasi perasaan klien, memvalidasi masalah, membina hubungan saling percaya dengan memberikan perhatian kecil yaitu mengingatkan makan, melatih kegiatan pertama yang dipilih yaitu menyapu, membimbing memasukan dalam jadwal kegiatan harian untuk lebih disiplin dan mengingat kegiatan apa saja yang harus dilakukan. Respon : S : perasaan klien biasa saja, klien mengatakan tidak ada masalah dengan siapapun, klien mengatakan sudah makan, klien mengatakan sudah bisa menyapu, klien mau memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian. O :kontak mata tidak ada, konsentrasi kurang, lebih sering menundukkan kepala, menoleh ke lain arah tidak menghadap lawan bicara, tampak mau melakukan kegiatan.

Implementasi yang telah penulis lakukan pada tanggal 20 November 2015 untuk diagnosa gangguan konsep diri : harga diri rendah adalah memvalidasi perasaan klien, memvalidasi masalah, membina hubungan saling percaya dengan memberikan perhatian kecil yaitu mengingatkan makan, melatih kegiatan yang kedua yaitu mengepel, membimbing memasukan dalam jadwal kegiatan harian untuk lebih disiplin dan mengingat kegiatan apa saja yang harus dilakukan, mengikutsertakan klien dalam kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK). Respon S: perasaan klien biasa saja, klien mengatakan tidak ada masalah dengan siapapun, klien mengatakan sudah makan, klien mengatakan sudah bisa menyapu, klien mau memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian, klien mau mengikuti TAK.O :kontak mata kurang, konsentrasi kurang, lebih sering menundukkan kepala, tampak mahir menyapu.

Evaluasi yang dilakukan menyelesaikan diagnosa gangguan konsep diri : harga diri rendah pada tanggal 20 November 2015 adalah evaluasi penulis yang dilakukan selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kriteria evaluasi yang dicapai yaitu : S : klien dapat menyebutkan aspek positif yang dimiliki yaitu jujur dan apa adanya, klien mampu memilih kegiatan positif

yang dimiliki yaitu menyapu dan mengepel, memilih kegiatan yang akan dilakukan sesuai kemampuan. O : Melakukan kegiatan yang dipilih dan klien mampu menyusun jadwal kegiatan yang akan dilakukan sehari-hari. Evaluasi yang telah dilakukan untuk gangguan konsep diri : harga diri rendah teratas sesuai dengan kriteria evaluasi, klien mengatakan tidak ada masalah, mengatakan sudah memasukkan kedalam jadwal kegiatan, tampak senang, namun masih malu-malu, konsentrasi bagus, fokus dengan apa yang dilatih.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini Penulis akan membahas Asuhan keperawatan jiwa dengan masalah keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah pada Tn. I di wisma puntadewa RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang dan untuk membandingkan antara kenyataan dengan konsep teori berdasarkan referensi maupun yang diterima melalui perkuliahan, penulis mengangkat 3 diagnosa yaitu : Gangguan konsep diri: harga diri rendah, isolasi sosial : menarik diri, coping individu tidak efektif.

Harga Diri Rendah menurut Otong (1995 dalam yosep, 2014 h 261) adalah individu yang cenderung mempersepsikan lingkungannya negatif dan sangat mengancam. Harga diri rendah menurut Keliat (1998 dalam Fitria, 2009 h 5) adalah perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilangnya percaya diri dan harga diri, merasa gagal mencapai keinginan.

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan harga diri rendah karena melihat dari data subyektif yaitu klien mengatakan tidak begitu suka dengan bentuk tubuhnya yang pendek dan warna kulitnya hitam, klien mengatakan dirinya belum bisa menjadi anak yang dibanggakan, klien mengatakan dirinya tidak berguna untuk kedua orang tuanya dan terutama untuk pacarnya karena belum mapan sehingga tidak direstui calon mertuanya dulu, klien mengatakan jarang berinteraksi dengan orang lain karena menurutnya tidak ada yang perlu dibicarakan. Sedangkan untuk data obyektif : kontak mata tidak ada, konsentrasi kurang, lebih sering menundukkan kepala, menoleh ke lain arah tidak menghadap lawan bicara, respon maladaptif menyendiri, diam dan memecahkan/membanting benda disekitar. Data-data tersebut menunjukan klien dengan tanda/gejala harga diri rendah dan sesuai dengan teori yang ada maka penulis mengangkat diagnosa harga diri rendah. Seseorang dengan perilaku seperti,mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimistik, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan nada suara lemah, merusak/melukai orang lain, menarik diri dari realitas, cemas, panik, cemburu,

curiga, halusinasi, menghindari kesenangan yang dapat memberi rasa puas, sulit bergaul dapat disimpulkan bahwa orang tersebut menderita gangguan konsep diri : harga diri rendah (Fitria, 2009 h 6 ; Yosep, 2014 h 264).

Penulis menegakan diagnosa harga diri rendah sebagai prioritas utama karena jika tidak segera dilakukan tindakan keperawatan akan menimbulkan masalah lain diantaranya akan mengakibatkan masalah isolasi sosial dan jika dibiarkan terus menerus dapat muncul masalah gangguan persepsi halusinasi sehingga memicu perilaku kekerasan yang mengancam keselamatan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan oleh Safier, (1997 dalam Townsend, 2009) bahwa keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan harga diri rendah kronik akan mengalami masalah yang besar dalam kehidupanya. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi harga diri rendah kronik dapat berdampak pada kondisi keluarga, karena itu keluarga pun memerlukan tindakan keperawatan agar tidak menimbulkan masalah baru ( Pramujiwati, dkk 2013, h 170).

Tindakan keperawatan sesuai teori yang dilakukan yaitu SP 1 Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. Menurut Peplau, Komunikasi terapeutik yaitu satu seni menyembuhkan, menolong individu yang sakit atau membutuhkan pelayanan kesehatan melalui satu proses interpersonal karena melibatkan interaksi antara dua atau lebih individu dengan tujuan yang sama (Alligood & Tomey, 2010). Teori ini sangat tepat diaplikasikan pada klien yang mengalami harga diri rendah karena menjelaskan proses hubungan antara perawat dan klien dimulai dari tahap orientasi, identifikasi, eksplorasi dan resolusi. Peningkatan hubungan perawat dan klien dapat dilakukan melalui kerjasama sebagai sebuah tim untuk meningkatkan kesadaran diri, tingkat kematangan, dan pengetahuan selama proses perawatan (Suerni, Budi Anna Keliat dan Novy Helena C.D, 2013 h 163). Hal ini dilakukan bertujuan agar terbina hubungan saling percaya antara klien dan perawat. Tindakan ini dilakukan sebagai awal sebelum penulis melakukan tindakan keperawatan selanjutnya karena kepercayaan akan membuat klien mau menceritakan lebih detail apa yang dirasakannya dengan lebih nyaman. Rasional :

membantu pasien untuk memperluas dan menerima semua aspek kepribadian (Stuart, 2013, h 201).

Tindakan keperawatan sesuai teori yang dilakukan yaitu SP 2 membantuklien membuat daftar tentang : aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien, aspek positif keluarga, aspek positif lingkungan klien, kemampuan yang dapat dilaksanakan dan dilanjutkan pelaksanaanya, tindakan ini dilakukan bertujuan untuk membantu klien dalam merumuskan kegiatan realistik yang dapat dilakukan, Rasional : klien bisa menilai kemampuan, aspek positif yg dimiliki, menguatkan identitas diri dan mengangkat harga diri klien (Stuart, 2013 h 201). Terapi kognitif yaitu psikoterapi individu yang pelaksanaannya dengan melatih klienuntuk mengubah cara klien menafsirkan dan memandang segala sesuatu pada saatklien mengalami kekecewaan, sehingga klien merasa lebih baik dan dapat bertindaklebih produktif (Townsend, 2005). Melalui terapi kognitif individu diajarkan/ dilatihuntuk mengontrol distorsi pikiran/gagasan/ide dengan benar-benar mempertimbangkan faktor dalam berkembangnya dan menetapnya gangguan mood (Suerni, Budi Anna Keliat dan Novy Helena C.D, 2013 h 163).

Penulis sudah melakukan tindakan keperawatan yang ada pada intervensi dalam konsep dasar tetapi selama tindakan keperawatan yang penulis lakukan terdapat kelebihan dan kekurangan yaitu untuk kelebihannya klien bisa melakukan apa yang penulis rencanakan karena klien mengatakan ingin cepat sembuh dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan kemampuan klien, sedangkan untuk kekurangannya yaitu klien susah untuk diajak komunikasi, klien berbicara jarang. Evaluasi dari tindakan untuk diagnosa keperawatan yang pertama adalah klien sudah mau membina hubungan saling percaya, klien mampu untuk mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki, klien dapat melakukan kegiatan yang direncanakan sesuai kemampuannya, klien masih sering terlihat menunduk, klien jarang ada kontak mata/kontak mata sulit dipertahankan.

Kesenjangan sosial antara teori dan kenyataan yang terjadi disini, yaitu klien tidak mengisolasi diri secara total tetapi klien masih mau diajak bicara walaupun perlu usaha lebih untuk menarik perhatian klien hasilnya juga tergantung pada kemampuan perawat dalam berkomunikasi teurapeutik. Hal ini

menurut penulis karena klien segera mendapatkan perawatan dan pengobatan yang sesuai setelah keluarga menilai ada sesuatu yang tidak normal pada tingkah laku klien dan juga tindakan yang perawatan dan pengobatan intensif selamaempat hari di wisma Puntadewa RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang. Penulis tidak melakukan tindakan keperawatan yang ketiga dan selanjutnya sesuai teori karena melibatkan keluarga.

Diagnosa yang kedua adalah isolasi sosial : menarik diri, Yosep (2014, h 235) menyatakan isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali kehilangan kemampuan berinteraksi dengan orang disekitarnya karena mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. Penulis mengangkat diagnosa keperawatan isolasi sosial karena penulis melihat dari data subyektif yaitu klien mengatakan tidak begitu suka dengan bentuk tubuhnya yang pendek dan warna kulitnya hitam, klien mengatakan jarang berinteraksi dengan orang lain karena menurutnya tidak ada yang perlu dibicarakan, klien mengatakan dirinya tidak berguna untuk kedua orang tuanya dan pacar karena belum bisa menjadi orang yang mapan sehingga tidak direstui calon mertuanya, sedangkan data obyektif klien lebih banyak diam dan mengurung diri. Penulis mengangkat masalah isolasi sosial sebagai diagnosa yang kedua karena menurut penulis masalah keperawatan isolasi sosial muncul karena klien memiliki citra tubuh, peran diri dan harga diri rendah.

Tindakan keperawatan sesuai teori untuk diagnosa yang kedua yaitu membina hubungan saling percaya dikarenakan hubungan saling percaya sudah terbina sebelumnya. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah mengikutsertakan klien dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK). Rasional : mengetahui pemahaman klien dengan informasi yang telah diberikan, memulihkan kembali kemampuan klien dalam berinteraksi dengan orang lain, dan meningkatkan harga diri klien. Tindakan ini dilakukan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien menguji kenyataan (*reality testing*), mengajarkan klien untuk membentuk sosialisasi, meningkatkan fungsi psikologis klien, membangkitkan motivasi klien untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif. Yosep

(2014, h 385) menjelaskan terapi kelompok merupakan terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi klien dengan gangguan interpersonal

Evaluasi dari tindakan untuk diagnosa keperawatan yang kedua adalah klien sudah mau membina hubungan saling percaya, klien mau melakukan hubungan sosial bertahap, meskipun klien masih terlihat kaku dan tidak terlalu konsentrasi dengan kegiatan yang dilakukan.Pada kenyataanya terapi aktivitas kelompok yang di ikuti klien adalah mencium bau dengan mata tertutup kemudian menyanyi, memperkenalkan diri, dan menceritakan hobi hal tersebut merupakan terapi aktivitas kelompok stimulasi: sensori.

Dalam konsep dasar terdapat lima masalah keperawatan yaitu harga diri rendah kronik, coping individu tidak efektif, isolasi sosial, gangguan sensori persepsi: halusinasi, resiko tinggi perilaku kekerasan, disini selama dirawat di RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang, klien sudah dalam keadaan tenang karena sudah mendapatkan terapi psikofarmaka dari dokter dan perawat telah memfasilitasi klien untuk menggunakan obat dengan prinsip lima benar. Penulis tidak mengangkat diagnosa perubahan persepsi sensori : halusinasi karena ditemukan data obyektif dan subyektif yang mendukung.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Uraian diatas menjelaskan diagnosa utama harga diri rendah berhubungan dengan coping individu tidak efektif. Setelah dilakukan pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap Tn.I di Wisma Puntadewa RSJ Prof dr Soerojo Magelang, maka dari itu dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian pada Tn.I didapatkan data subyektif : klien mengatakan tidak begitu suka dengan bentuk tubuhnya yang pendek dan warna kulitnya hitam, merasa dirinya tidak berguna untuk kedua orang tuanya dan orang yang dulu bersamanya atau pacar karena belum bisa menjadi orang yang mapan sehingga tidak direstui calon mertuanya dulu, klien mengatakan jarang berinteraksi dengan orang lain karena menurutnya tidak ada yang perlu dibicarakan, klien mengatakan hidup dalam kemiskinan dan sering dicela tetangga karena tidak bisa membantu perekonomian keluarga. Data Obyektfif : kontak mata tidak ada, konsentrasi kurang, lebih sering menundukkan kepala, menoleh ke lain arah tidak menghadap lawan bicara,menurutnya dirinya hanya ingin sendiri dan tidak mau diganggu, respon maladaftif menyendiri, diam dan memecahkan/membanting benda disekitar untuk pelampiasanya.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada Tn I antara lain, gangguan konsep diri: harga diri rendah, isolasi sosial : menarik diri, coping individu tidak efektif. Masalah gangguan konsep diri : harga diri rendah menjadi prioritas utama yang harus diselesaikan karena paling aktual dan beresiko muncul masalah lain jika tidak segera diatasi.
3. Penulis memfokuskan Intervensi pada masalah Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah bertujuan agar Tn.I memiliki konsep diri yang positif dan dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 1

minggu dengan kriteria hasil : klien memiliki konsep diri yang positif, karena paling aktual dan beresiko muncul masalah lain jika tidak segera diatasi.

4. Implementasi yang telah penulis lakukan pada Tn.I untuk diagnosa gangguan konsep diri : harga diri rendah adalah memvalidasi perasaan, memvalidasi masalah, membina hubungan saling percaya dengan memberikan perhatian kecil, melatih kegiatan yang yaitu menyapu dan mengepel, membimbing memasukan dalam jadwal kegiatan harian untuk lebih disiplin dan mengingat kegiatan apa saja yang harus dilakukan, mengikutsertakan dalam kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK).
5. Evaluasi penulis yang dilakukan selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kriteria evaluasi yang dicapai yaitu : klien dapat menyebutkan kegiatan positif yang dimiliki : menyapu dan mengepel, memilih kegiatan yang akan dilakukan sesuai kemampuan, melakukan kegiatan yang dipilih dan klien mampu menyusun jadwal kegiatan yang akan dilakukan sehari-hari. Evaluasi yang telah dilakukan untuk Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah teratasi sesuai dengan harapan dan kriteria evaluasi, Klien mengatakan tidak ada masalah, mengatakan sudah memasukkan kedalam jadwal kegiatan, tampak senang, namun masih malu-malu, Konsentrasi bagus, fokus dengan apa yang dilatih.

## B. Saran

Tindakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose harga diri rendah berhubungan dengan coping individu tidak efektif telah dilakukan maka ada beberapa saran yang diharapkan berguna dan dapat dijadikan masukan kearah yang lebih baik.

### 1. Bagi perawat/ Rumah Sakit

Proses keperawatan hendaknya selalu menerapkan ilmu dan kiat keperawatan sehingga pada saat menerapkan tindakan keperawatan secara profesional dan meningkatkan komunikasi terapeutik terhadap klien sehingga asuhan keperawatan dapat tercapai.

2. Bagi keluarga

Anggota keluarga yang mengalami gangguan kejiwaan khususnya harga diri rendah disarankan untuk selalu memberikan pengawasan dan control secara rutin setelah dilakukan perawatan dirumah sakit.

3. Bagi instansi pendidikan

Karya tulis ini hendaknya dapat dijadikan acuan untuk memudahkan dan pengembangan dalam asuhan keperawatan jiwa.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Dalami, Ermawati. 2010. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Cv. Trans Info Media
- Fitria, N. 2009. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan Dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prabowo, Eko. 2014. *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Pramujiwati, Budi Anna Keliat, dan Ice Yulia Wardani, 2013, *Pemberdayaan Keluarga dan Kader Kesehatan Jiwa dalam Penanganan Pasien Harga Diri Rendah Kronik Dengan Pendekatan Model Precede L. Green Di RW 06, 07 Dan 10 Tanah Baru Bogor Utara*, diakses 18 Juni 2016, <http://ui.ac.id>
- Stuart, Gail W. 2013. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. alih bahasa Ramonah P Kapoh dan Egi Komara Yudha. Edisi 5. Jakarta : EGC
- Suerni, Budi Anna dan Novy Helena, 2013, *Penerapan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga Pada Klien Harga Diri Rendah Di Ruang Yudistira Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor*, diakses 17 juni 2016 <http://ui.ac.id>
- Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2013, *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Mengkonsumsi Obat Antipsikotik Pada Pasien Yang Mengalami Gangguan Jiwa Di Poli Rawat Jalan RSJD Surakarta*, diakses 15 januari 2015 <http://eprints.ums.ac.id>
- Yosep, Iyus dan Titin Sutini. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama

**ASUHAN KEPERAWATAN PADATN.I DENGAN GANGGUAN  
KONSEP DIRI:HARGA DIRI RENDAH DI WISMA  
PUNTADEWA RSJ PROF DR SOERODJO  
MAGELANG**

**1. Pengkajian**

Tanggal pengkajian : 17 November 2015  
Ruang / Bangsal : Puntadewa  
No Reka Medis : 00127949  
Tanggal Pengkajian : 18 November 2015

**A. Identitas klien**

**1. Identitas pasien**

Nama : Tn.I  
Umur : 37  
Jenis kelamin : laki -laki  
Alamat : Bandongan, Magelang  
Pekerjaan : Petani  
Pendidikan : SMP  
Diagnosa Medis : F.20.3 (*Schizoprenia* tak terinci)

**2. Penanggung Jawab**

Nama : Tn.D  
Umur : 55  
Jenis kelamin : Laki -laki  
Alamat : Bandongan, Magelang  
Pekerjaan : Petani  
Hubungan : Ayah klien

**B. Alasan Masuk**

Klien di bawa ke RSJ karna mengurung diri, bingung, dan mengamuk.

**C. Faktor predisposisi**

a) Riwayat penyakit sebelumnya

Keluarga mengatakan sekitar 6 bulan yang lalu setelah klien di tinggal oleh sang pacar, klien lebih sering sendiri dan mengurung diri.

b) Pengobatan sebelumnya

Klien belum pernah dibawa ke pengobatan sebelumnya karena menurut keluarga pengobatan yang tepat adalah dibawa ke RSJ.

c) Aniyaya fisik

Klien mengatakan tidak pernah mengalami penganiyayaan fisik di masa lalu, maupun pengalaman melihat penganiyayaan fisik sebelumnya.

**D. Faktor presipitasi**

Kehilangan orang yang di sayang ( pacar)

**E. Tanda fisik**

a) Tanda Vital

Tekanan Darah : 130/90 mmHg

Nadi : 92 x/menit

RR : 22x /Menit

Suhu : 36,8°C

b) Ukuran

BB : 65 Kg

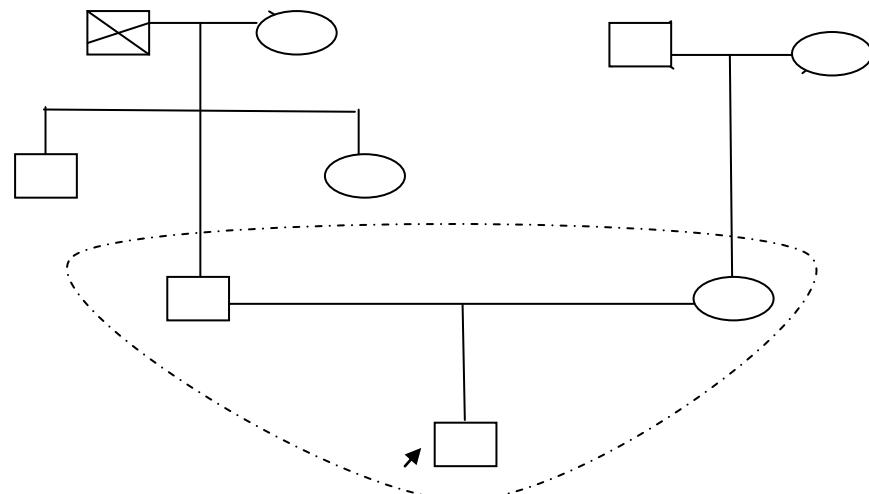
TB : 155 Cm

c) Keluhan fisik

Kien mengatakan tidak ada keluhan fisik hanya lemas dan mengantuk setelah minum obat.

**F. Psikososial**

1. Genogram



Keterangan :	<input type="checkbox"/>	: laki - laki
	<input type="radio"/>	: Perempuan
	<input checked="" type="checkbox"/>	: Sudah meninggal
	<input type="checkbox"/>	: klien
	<input type="checkbox"/>	: Tinggal bersama

- a) Pengembalian keputusan / kesepakatan di sepakati oleh ayah (musyawaroh)
- b) Pola komunikasi kurang karena klien lebih suka menyendiri, pola komunikasi yang di gunakan pola komunikasi satu arahkarna klien lebih sering diam.
- c) Pola asuh yang di terapkan dalam keluarga adalah saling mengayomi saling menghargai.

## 2. Konsep Diri

### a) Gambaran diri

Klien mengatakan tidak begitu suka dengan bentuk tubuhnya yang pendek dan warna kulitnya hitam itu yang membuat dia terkadang malu untuk berinteraksi

### b) Identitas diri

Klien menyadari bahwa dirinya seorang laki- laki umur 37 tahun yang belum menikah, dan klien lulusan SMP karena tidak punya biaya untuk melanjutkan kejenjang lebih tinggi

### c) Ideal diri

Klien berharap bisa sembuh dan pulang kerumah, agar bisa bekerja seperti biasa dan dapat berkumpul dengan kedua orangtuanya.

### d) Peran diri

Klien mengatakan dirinya belum bias menjadi anak yang dibanggakan.klien juga merasa belum bisa menjadi orang yang mapan dalam pekerjaan sehingga ditinggalkan pacarnya dulu.

### e) Harga Diri

Klien mengatakan dirinya tidak berguna untuk kedua orang tuanya dan orang yang dulu bersamanya atau pacar karena belum bisa menjadi orang

yang mapan sehingga tidak direstui calon mertuanya dulu, semenjak itu klien lebih banyak diam dan mengurung diri.

#### **G. Hubungan social**

Orang yang paling berharga dalam hidupnya saat ini adalah kedua orang tuanya karena orang yang dulu ia sayangi meninggalkannya. Klien mengatakan jarang berinteraksi dengan orang lain karena menurutnya tidak ada yang perlu dibicarakan. Selama diRSJ klien tampak mengurung diri

#### **H. Spiritual**

Klien beragama islam namun saat di RSJ tidak pernah menjalankan sholat, hanya selalu berdoa agar bisa cepet pulang, klien menganggap apa yang dialaminya adalah cobaan dari yang kuasa.

#### **I. Status mental**

##### **1. Penampilan**

Penampilan cukup rapi, rambut bersih, tidak berbau dan bisa berpakaian sendiri.

##### **2. Pembicaraan**

Berbicara pelan dengan volume lirih, namun dapat menyampaikan maksud dari kalimat

##### **3. Aktivitas motorik**

Klien terlihat lesu, kegiatan sehari hari harus diingatkan perawat

##### **4. Alam perasaan**

Klien mengatakan sedih karena terpisah dengan kedua orang tuanya dan lebih sering diam saat ditanya mengenai orang yang disayangi.

##### **5. Afek**

Tumpul, klien hanya mau bereaksi atau merespon jika diberi stimulus

##### **6. Interaksi selama wawancara**

Kontak mata tidak ada, lebih sering menunduk dan menoleh kesamping karena takut ada yang mendengarkan dan curiga menunjukan sikap perasaan tidak percaya dengan orang lain.

##### **7. Persepsi**

Klien mengatakan tidak pernah mendengar suara/bisikan maupun

melihat bayangan tidak nyata

8. Proses pikir

Reeming, pembicaraan yang secara perlahan intonasi turun dan berhenti  
Blocking, pembicaraan terhenti tanpa gangguan eksternal.

9. Isi pikir

Klien terobsesi untuk menjadi orang kaya untuk membuktikan kepada calon mertuanya dulu.

10. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran Compose Mentise, orientasi terhadap waktu, tempat baik, mampu menyebutkan nama tempat dimana berada.

11. Memori

Klien tidak mempunyai gangguan memori jangka panjang terbukti klien mampu menceritakan pengalaman masa lalu, klien juga tidak mengalami gangguan memori jangka pendek, terbukti bisa mengingat aktivitas apa saja yang perlu dilakukan.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien mampu berkonsentrasi pada hal yang sedang dibicarakan dan klien mampu berhitung dengan baik.

13. Kemampuan penilaian

Penilaian klien bagus dibuktikan saat bersih lingkungan mampu menyapu daerah mana yang kotor.

14. Daya tilik diri

Klien tahu di mana sekarang ia berada, klien tidak tahu kenapa dirinya dibawa ke RSJ karena menurutnya dirinya hanya ingin sendiri dan tidak mau diganggu, respon maladaptif klien menyendiri dan diam.

**J. Aspek Medis**

1. Diagnosa Medis : F.20.3 Schizoprhene tak terinci

2. Therapy Medis :

a) Trihexipenidilt 2mg diminum 2x sehari

b) Haloperidol 2mg diminum 2x sehari

c) Clorpmazine 100 mg diminum 1x sehari

## **K. Mekanisme Koping.**

Klien mengatakan saat ada masalah lebih banyak diam dan menyendiri /melamun tidak suka diganggu. Saat melamun dan akan memecahkan/membanting benda yang ada disekitar

## **L. Masalah psikososial dan lingkungan.**

Klien mengatakan hidup dalam kemiskinan sederhana dan sering dicela karena sebagai anak tidak bisa membantu perekonomian keluarga. Klien jarang berinteraksi dengan tetangganya karena menurutnya tetangga akan lebih hormat pada yang lebih kaya/berada

## **M. Pengetahuan.**

- 1) Penyakit jiwa : Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya dan mengapa dia dibawa ke RSJ
- 2) Obat-obatan : Klien mengatakan tidak tahu mengenai obat yang diminumnya.

## **N. Kebutuhan persiapan pulang**

### 1) Makan.

Klien mengatakan mampu menyiapkan 3x sehari dan mampu membersikan alat makan

### 2) BAB/BAK

Klien mengatakan mampu melakukan BAB/BAK sendiri dan mampu membersihkan kembali dan merapikan pakaian sendiri

### 3) Mandi.

Klien mengatakan mampu mandi 2x sehari dan ganti baju setelah mandi secara mandiri

### 4) Berpakaian

Klien mengatakan mampu melakukan ganti baju 2x sehari dilakukan setelah mandi secara mandiri

### 5) Istirahat tidur

Klien mengatakan biasanya tidur pukul 21.30 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB untuk sholat subuh

Klien tahu kapan saja harus minum obat .

## 6) Aktivitas

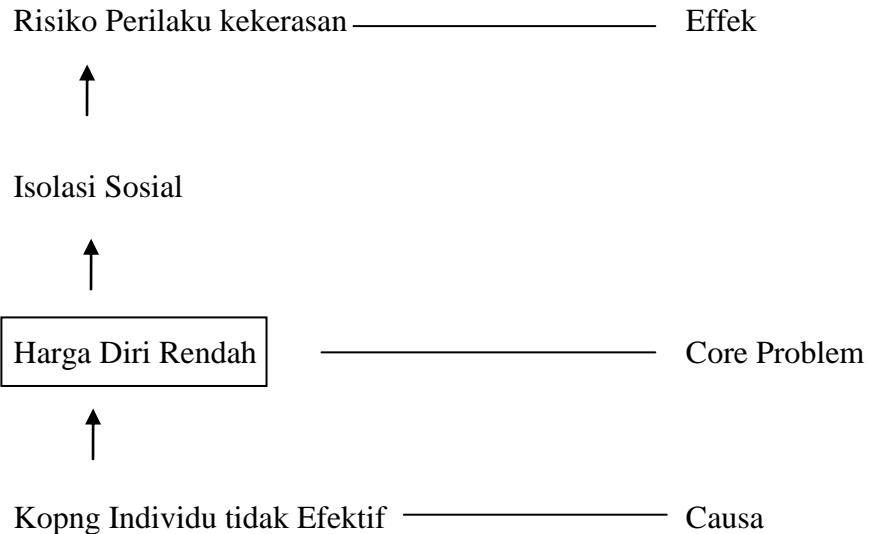
Klien mengatakan sehari-hari bekerja sebagai petani membantu orang tuanya dan juga berjualan mainan anak-anak di sekolahnya

### Analisis Data

No	Tanggal / waktu	Data	Masalah Keperawatan	paraf
1.	18 november 2015 Pukul 09.30 WIB	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tidak begitu suka dengan benuk tubuhnya yang pendek dan warna klitnya hitam</li> <li>- Klien mengatakan dirinya merasa tidak berguna untuk kedua orang tuanya dan orang yang dulu bersmanya.</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terlihat lesu kegiatan sehari hari harus di ingatkan perawat</li> <li>- Berbicara pelan dengan volume kecil/lirih</li> <li>- Kontak mata tidak ada lebih sering menunduk</li> <li>- Lebih sering diam dan</li> </ul>	<p>Ganguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah</p>	

		menjawab seperlunya.		
2	18 November 2015 Pukul 09.30 WIB	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jarang berinteraksi dengan orang lain karna menurutnya tidak ada yang perlu di bicarakan.</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebih sering diam dan menjawab pertanyaan seperlunya</li> <li>- Lebih sering mengurung diri dan melamun.</li> </ul>	Isolasi sosial : Menarik Diri	
3.	18 November 2015 Pukul 09.30 WIB	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan saat ada maslah lebih sering diam dan melamun, tidak mau di ganggu jika di ganggu akan memecahkan/membanting barang di sekiarya.</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontak mata tidak ada lebih sering menunduk</li> </ul>	Koping individ tidak efektif	

Pohon masalah



Diagnosis Keperawatan

1. Gangguan Kosep Diri : Harga Diri Rendah
2. Isolasi Sosial : Menarik diri
3. Koping individu tidak efektif

Rencana Keperawatan

Terlampir

### Catatan Perkembangan

No	Tanggal /waktu	Dx keperawatan	Implementasi	Evaluasi	paraf
1	18 nov 2015	Gangguan konsep diri : harga diri rendah	1.mevalidasi perasaan klein 2.mevalidasi masalah klein 3.membina hubungan saling percaya 4.menggalih aspek positif yang dimiliki 5.membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai kemampuan 6.melatih klein dengan kegiatan yang dipilih sesuai kemampuan 7.membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.	S:-klien mengatakan perasaanya biasa saja -klein mengatakan masih memiliki aspek positif yang dimiliki: 1. Penyabar 2. Jujur 3.Pemaaf -klien mengatakan mampu : 1. mengelas 2.pertanian O:-klien dapat menyebutkan aspek positif yang dimiliki 1. Penyabar 2. Jujur 3.Pemaaf klien mampu mendemonstrasikan: 1. mengelas 2.pertanian -kontak mata kurang -lebih banyak diam menjawab pertanyaan	

				<p>seperlunya</p> <p>A:klein mampu menyebutkan aspek positif yang dimiliki</p> <p>-klien mampu menyebutkan kegiatan positif yang dapat dilakukan</p> <p>-klein mau membuat jadwal harian</p> <p>SP 1 tercapai</p> <p>P : Lanjut SP 2</p> <p>(PK) kolaborasi dengan rehab kegiatan yang sudah dipilih (mengelas )</p> <p>(PP) : Latih klien melakukan yang sudah dipilih (mengelas )</p>	
19 November 2015	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya  2. Melatih kegiatan kedua (selanjutnya) yang dipilih sesuai	S : - Klien mengatakan tidak ada masalah  - Klien mengatakan sudah bisa melalukan kegiatan sebelumnya (mengelas)		

			<p>3. Membimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>kemampuan</p> <p>- Klien mengatakan menikmati saat latihan mengelas</p> <p>O: -Klien tampak senang, namun masih malu-malu</p> <p>- Konsentrasi bagus fokus dengan apa yang dilatih</p> <p>A : - Klien mampu mengelas</p> <p>- Klien mau memasukkan jadwal kegiatan</p> <p>- SP II tercapai</p> <p>P : Lanjut SP I</p> <p>(PK) : 1. Kolaborasi dengan rehab</p> <p>Latihan melakukan kegiatan yang dipilih selanjutnya (pertsnian)</p> <p>(PP) : 1. Latih klien melakukan kegiatan yang dipilih selanjutnya (pertanianl)</p>	
--	--	--	--	--	--

	20 November 2015	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	<p>1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya</p> <p>2. Melatih kegiatan yang dipilih sesuai kemampuan</p> <p>3. Membimbing pasien memasukkan dalam kegiatan jadwal kegiatan harian</p>	<p>S : - Klien mengatakan tidak ada masalah</p> <p>- Klien mengatakan mempu mengurus pertanian</p> <p>- Klien mengatakan sudah memasukkan kedalam jadwal kegiatan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak senang, namun masih malu-malu</li> <li>- Konsentrasi bagus, fokus dengan apa yang dilatih</li> </ul> <p>A : - Klien mempu mengurus pertanian</p> <p>- Klien mau memasukkan jadwal kegiatan</p> <p>- SP II tercapai</p>
--	------------------------	---	--	---

				P : - Lanjutkan SP II PK : latihan melakukan kegiatan yang di pilih selanjutnya (mengurus pertanian) PP : latih klien untuk melakukan kegiatan yang di pilih selanjutnya (mengurus pertanian)	
--	--	--	--	---	--