

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Sdr. A DENGAN
GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH
DI RUANG GATOTKACA RSJD Dr. AMINO
GONDOHUTOMO SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Indarwati

NIM: 89.331.2869

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010



Wahyu Endang Setyowati, SKM
NIK. 210997004

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing dan telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari Selasa Tanggal 1 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji .

Semarang, 1 Juni 2010

Tim Penguji

Penguji I



(Hj. Dwi Heppy Rochmawati, S.Kep., Ns.)

NIK : 210998006

Penguji II



(Wahyu Endang Setyowati, SKM.)

NIK :210997004

Penguji III



(Hj. Rohani Azis, S.Kep., Ns. M.Kes)

NIP : 195406251981032004

PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan kepada :

1. Ayah dan ibu yang selalu mendoakan dan mendukung penulis.
2. Om Yatmin beserta sekeluarga dan Om Edi beserta sekeluarga yang selalu memberikan dukungan dan do'a.



MOTTO

- Orang yang menjelek-jelekan orang lain sesungguhnya dirinya jauh lebih jelek.
- Kenalilah dirimu sendiri karena itu akan memudahkan kamu untuk melangkah.
- Kegagalan adalah keberhasilan yang tertunda.
- Jangan mudah merasa puas atas suatu keberhasilan, selalu tundukkan kepala untuk meraih kesuksesan. Kritik adalah penyempurnaan untuk keberhasilan
- Awali hari – harimu dengan doa.



Khalil Gibran

KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Sdr. A Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Di Ruang Gatot kaca RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2010”. Sholawat serta salam penulis haturkan pada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW beserta keluarga dan sahabatnya.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng selaku rektor UNISSULA.
2. Bapak Iwan Ardian,SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku ketua Program Studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan sekaligus sebagai pembimbing KTI.
4. Institusi Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang sebagai lahan menuntut ilmu.
5. Bapak, ibu serta keluarga tercinta yang telah memberikan dorongan dan bantuan baik moril maupun materiil serta motivasi yang tidak henti-hentinya.

6. Hugeng Indra C., Mas Muji, Nurul F.J, Selly, Ibu Ais dan rekan-rekan mahasiswa DIII keperawatan UNISSULA serta semua pihak yang ikut membantu dalam penyusunan Karya tulis ilmiah ini.
7. Sahabatku Nanang, Bagus, Ayuk Maria Ulfa, Habibah dan Ulfi Rahma yang selalu memberikan dukungan dan semangat.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penulisan KTI ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Semarang, 27 Mei 2010

Penulis

Indarwati

NIM 893312869

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	v
HALAMAN MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	4
A. Harga Diri	4
1. Pengertian	4
2. Etiologi	5
3. Proses Terjadinya Harga Diri Rendah	7
4. Rentang Respon	7
5. Manifestasi Klinis	8

B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Harga Diri Rendah	9
1. Pengkajian	9
2. Pohon Masalah	10
3. Diagnosa Keperawatan	10
4. Fokus Intervensi	11
BAB III RESUME KEPERAWATAN	15
A. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	15
a. Pengkajian	15
b. Diagnosa Keperawatan	20
c. Intervensi Keperawatan	20
d. Implementasi dan Evaluasi	21
BAB IV PEMBAHASAN	24
A. Pengkajian	25
B. Diagnosa Keperawatan	27
C. Intervensi	28
D. Implementasi	29
E. Evaluasi	32
BAB V PENUTUP	35
Kesimpulan	35
Saran	36

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring era globalisasi dan persaingan bebas kecenderungan terhadap peningkatan gangguan jiwa semakin besar, hal ini disebabkan karena stresor dalam kehidupan semakin kompleks. Setiap individu dalam kehidupannya tidak terlepas dari berbagai stresor, dengan adanya stresor akan menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri. Dalam usaha mengatasi ketidakseimbangan tersebut individu menggunakan koping yang bersifat membangun (konstruktif) ataupun koping yang bersifat merusak atau destruktif. Koping yang konstruktif akan menghasilkan respon yang adaptif yaitu aktualisasi dan konsep diri yang positif. Koping yang destruktif akan mengakibatkan rasa bersalah yang bila prosesnya berlangsung terus akan menimbulkan respon seperti harga diri rendah (Suliswati, dkk, 2005: 91).

Data dari WHO (Organisasi Kesehatan Dunia), di Indonesia pada tahun 2006 terdapat 26 juta penduduk Indonesia (mayoritas warga miskin) mengalami gangguan jiwa, sementara itu dari data Departemen Kesehatan (Depkes) tahun 2006 tercatat 3-5% penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa dan setiap tahun jumlah penderita gangguan jiwa meningkat 10-20%.

(<http://www.bkkbn.go.id/Webs/DetailBerita.php?MyID=697>. Diunduh tanggal 27 Mei 2010).

Pencegahan dini terhadap gangguan jiwa sangatlah penting. Peran pencegahan dapat dimulai dari dalam lingkup keluarga, masyarakat sekitar dan tenaga kesehatan baik dokter ataupun perawat. Dalam hal ini peran perawat yaitu melalui pendekatan dengan cara mengembangkan teknik komunikasi terapeutik agar terjalin hubungan yang realitas dan saling percaya antara perawat dengan klien. Selain itu juga perawat perlu menjalin hubungan dengan keluarga klien dengan tujuan agar keluarga bisa melakukan perawatan di rumah.

Salah satu gangguan jiwa yang terjadi di masyarakat adalah harga diri rendah. Harga diri rendah adalah rasa perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri (Damaiyanti, Mukriyah, 2008: 80).

Berdasarkan pemaparan diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat judul Karya Tulis Ilmiah “ **Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Sdr. A Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Di Ruang Gatot kaca RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2010**”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk menggambarkan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Sdr. A Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Di Ruang Gatot kaca RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2010.

2. Tujuan Khusus

Mengidentifikasi permasalahan yang muncul pada pasien selama memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Sdr. A Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Di Ruang Gatot kaca RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2010 dan berusaha menyelesaikan masalah tersebut dengan cara :

- a. Menggambarkan hasil pengkajian keperawatan.
- b. Mendiskripsikan diagnosa keperawatan.
- c. Mendiskripsikan intervensi keperawatan.
- d. Mendiskripsikan implementasi dan evaluasi keperawatan.

C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini bagi :

1. Pasien dan keluarga.

Pasien dan keluarga tahu bagaimana cara memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah.

2. Rumah sakit.

Dapat menentukan kebijakan yang tepat dalam menangani masalah gangguan jiwa dengan harga diri rendah.

3. Masyarakat.

Mampu menerima pasien dalam lingkungan tempat tinggalnya dan bisa memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah.

BAB II

KONSEP DASAR

A. HARGA DIRI RENDAH

1. Pengertian

Harga diri adalah perilaku individu terhadap hasil yang dicapai dengan cara menganalisis seberapa jauh perilaku individu tersebut sesuai dengan ideal diri (Sunaryo, 2004: 34).

Harga diri adalah penilaian terhadap hasil yang dicapai dengan analisis sejauh mana perilaku memenuhi ideal diri. Jika individu terlalu sukses maka cenderung harga dirinya akan tinggi dan jika mengalami gagal cenderung harga dirinya menjadi rendah. Harga diri diperoleh dari diri dan orang lain (Tarwoto Wartonah, 2006: 120).

Harga diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain yang meliputi gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran dan identitas diri (Riyadi Sujono, 2009: 75).

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri (Makripah Damaiyanti, 2008: 80).

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri , adanya perasaan hilang kepercayaan diri,

merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri (Yosep, Iyus, 2009: 255).

Dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa harga diri rendah adalah perasaan negatif terhadap diri sendiri, tidak puas terhadap diri sendiri, perasaan merasa bersalah, tidak berguna dan hilangnya kepercayaan diri akibat tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri.

2. Etiologi

a. Faktor predisposisi

- 1) Faktor yang mempengaruhi harga diri rendah adalah penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis.
- 2) Faktor yang mempengaruhi penampilan peran adalah stereotipi peran gender, tuntutan peran kerja dan harapan peran budaya.
- 3) Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya dan perubahan struktur sosial.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dapat berasal dari sumber internal dan eksternal

- 1) Trauma, seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan.

2) Ketegangan peran berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dan individu yang mengalaminya sebagai frustrasi. Ada tiga jenis transisi peran :

a) Transisi peran perkembangan adalah perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan. Perubahan ini termasuk tahap perkembangan dalam kehidupan individu atau keluarga dan norma-norma budaya, nilai-nilai serta tekanan untuk menyesuaikan diri.

b) Transisi peran situasi

Terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.

c) Transisi peran sehat sakit

Terjadi akibat pergeseran dari keadaan sehat ke keadaan sakit.

Transisi ini dapat dicetuskan oleh :

- (1) Kehilangan bagian tubuh.
- (2) Perubahan ukuran, bentuk, penampilan atau fungsi tubuh.
- (3) Perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal.

(4) Prosedur medis dan keperawatan. (Stuart, Gail W, 2006: 188).

Menurut (Gail, W. Stuart, 2006 : 107) respon adaptif dan respon maladaptif meliputi :

- a. Aktualisasi diri : pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan diterima.
- b. Konsep diri positif : Apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri.
- c. Harga diri rendah : Transisi antara respon konsep diri adaptif dengan konsep diri maladaptif.
- d. Identitas kacau : Kegagalan individu mengintegrasikan aspek-aspek identitas masa kanak-kanak ke dalam kematangan aspek psikososial kepribadian pada masa dewasa.
- e. Depersonalisasi : Suatu perasaan yang tidak realistis dan merasa asing dengan diri sendiri. Hal ini berhubungan dengan tingkah kensietas panik dan kegagalan dalam uji realitas. Individu mengalami kesulitan membedakan diri sendiri dengan orang lain.

5. Manifestasi Klinis

Tanda-tanda harga diri rendah adalah

- a. Mengejek dan mengkritik diri.
- b. Merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolak diri sendiri.
- c. Mengalami gejala fisik, misal : tekanan darah tinggi, gangguan penggunaan zat.
- d. Menunda keputusan.
- e. Sulit bergaul

- f. Menghindari kesenangan yang dapat memberi rasa puas.
- g. Menarik diri dari realitas, cemas, panik, cemburu, curiga, halusinasi.
- h. Merusak diri : harga diri rendah menyokong klien untuk mengakhiri hidup.
- i. Merusak atau melukai orang lain.
- j. Perasaan tidak mampu.
- k. Pandangan hidup yang pesimistis.
- l. Tidak menerima pujian.
- m. Penurunan produktivitas.
- n. Penolakan terhadap kemampuan diri.
- o. Kurang memperhatikan perawatan diri.
- p. Berpakaian tidak rapi.
- q. Berkurang selera makan.
- r. Tidak berani menatap lawan bicara.
- s. Lebih banyak menunduk.
- t. Bicara lambat dengan nada suara lemah.

(Yosep, Iyus, 2009: 258)

B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HARGA DIRI RENDAH

1. Pengkajian

Data yang perlu dikaji pada pasien dengan harga diri rendah adalah

Data subyektif :

- a. Mengungkapkan ingin diakui jati dirinya.

- b. Mengungkapkan tidak ada lagi yang peduli.
- c. Mengungkapkan dirinya tidak berguna.
- d. Mengkritik diri sendiri.

Data obyektif :

- a. Merusak diri sendiri.
- b. Merusak orang lain.
- c. Menarik diri dari hubungan sosial.
- d. Tampak mudah tersinggung.
- e. Tidak mau makan dan tidak mau tidur.
- f. Perasaan malu.
- g. Tidak nyaman jika jadi pusat perhatian.

2. Pohon masalah



(<http://athoenk46.wordpress.com/2010/02/27/>).

3. Diagnosa Keperawatan

Harga diri rendah.

4. Fokus Intervensi

a. Tujuan pada pasien.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama pertemuan pasien mempunyai konsep diri yang positif dengan kriteria hasil klien mampu :

- 1) Mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki.
- 2) Memilih kemampuan yang dapat digunakan.
- 3) Memilih kegiatan sesuai kemampuan.
- 4) Melakukan kegiatan sesuai kemampuan.
- 5) Melakukan kegiatan yang sudah dipilih.
- 6) Merencanakan kegiatan yang sudah dilatih.

Intervensi

Strategi Pelaksanaan (SP) I :

- 1) Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
- 2) Diskusikan bahwa pasien masih memiliki kemampuan yang masih digunakan
- 3) Berikan pujian yang realistis dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negatif.
- 4) Nilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini.
- 5) Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini.
- 6) Bantu pasien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.

- 7) Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.
- 8) Pilih kemampuan yang akan dipilih.
- 9) Diskusikan dengan pasien beberapa aktivitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari.
- 10) Bantu pasien menetapkan aktivitas mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri.
- 11) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien.
- 12) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi dan perubahan sikap.

Strategi Pelaksanaan (SP) II :

- 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I).
- 2) Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan.
- 3) Latih kemampuan yang dipilih.
- 4) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.

Strategi Pelaksanaan (SP) III :

- 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I dan II).
- 2) Memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan.
- 3) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.

Tujuan pada keluarga

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama pertemuan pasien mempunyai konsep diri yang positif dengan kriteria hasil keluarga mampu :

- 1) Mengidentifikasi kemampuan yang dimilikia pasien.
- 2) Menyediakan fasilitas untuk pasien melakukan kegiatan.
- 3) Mendorong pasien melakukan kegiatan.
- 4) Memuji pasien saat pasien dapat melakukan kegiatan.
- 5) Membantu melatih kegiatan.
- 6) Membantu menyusun jadwal kegiatan pasien.
- 7) Membantu perkembangan pasien.

Strategi Pelaksanaan (SP) I :

- 1) Identifikasi masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
- 2) Jelaskan proses terjadinya masalah.
- 3) Jelaskan tentang cara merawat pasien.
- 4) Main peran dalam merawat pasien harga diri rendah.
- 5) Susun rencana tindak lanjut (RTL) keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat pasien.

Strategi Pelaksanaan (SP) II :

- 1) Evaluasi kemampuan SP I.
- 2) Latih keluarga langsung ke pasien.
- 3) Susun RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat pasien.

Strategi Pelaksanaan (SP) III :

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga.
- 2) Evaluasi kemampuan pasien.
- 3) RTL keluarga :

Follow-up

Rujukan

(<http://ibay-blacholick-artikel-halusinasi.blogspot.com/2009/12>).



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

Selama 6 hari mulai tanggal 29 Maret 2010 sampai 3 April 2010 di ruang VI Gatot Kaca RSJD Dr. Amino Gondohutomo penulis melakukan asuhan keperawatan jiwa pada Sdr. A dengan harga diri rendah mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

A. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.

1. Pengkajian

Pengkajian yang penulis lakukan selama dua hari yang dimulai pada tanggal 29 Maret sampai 3 April 2010 dari pukul 07.00-14.00 WIB penulis mengelola kasus pada Sdr. A dengan harga diri rendah di Ruang VI (Gatot Kaca) RSJD Dr. Amino Gondohutomo dan diperoleh gambaran kasus sebagai berikut :

Nama Sdr.A 32 tahun, alamat Semarang, agama Kristen, status belum menikah, diagnosa masuk Skizofrenia Paranoid, masuk Rumah Sakit Jiwa pada tanggal 20 Februari 2010 dengan nomor RM 069984. Penanggung jawab bernama Ny. S, jenis kelamin perempuan, pendidikan tamat SD dan hubungan dengan klien adalah sebagai ibu.

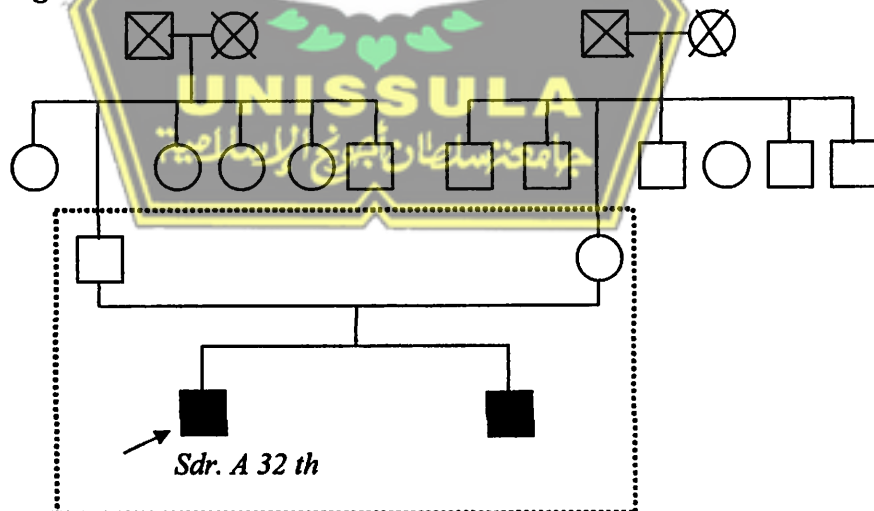
Alasan masuk : Klien dibawa ke RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang karena klien sering melamun sendiri, berdiam diri di kamar dan

sering menyendiri tidak mau berkumpul dengan keluarga maupun teman-temannya.

Faktor predisposisi : Adik klien juga menderita gangguan jiwa dengan gejala yang sama yaitu sering melamun dan tidak mau bergaul. Klien pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu pada saat orientasi pendidikan (ospek) kuliah karena pembimbingnya tidak profesional. **Faktor presipitasi :** Pada saat merantau untuk bekerja, kayu-kayu yang dijaga oleh klien di tempat kerjanya dicuri orang, klien merasa diberi kepercayaan tetapi tidak bisa menjaganya sehingga klien melarikan diri dari pekerjaannya.

Pemeriksaan fisik : Saat penulis melakukan pemeriksaan fisik diperoleh hasil kesadaran klien komposmentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88 x/menit, pernapasan 24 x/menit dan suhu 36,2°C.

Genogram



Gambar 1.

Keterangan simbol :

- ➔ : Klien
- : Tinggal serumah
- : Wanita
- : Laki-laki
- ⊗ : Meninggal
- : Gangguan jiwa

Konsep diri, gambaran diri : klien mengatakan menyukai seluruh tubuhnya, klien mensyukuri apa yang diberikan dari Tuhan. **Identitas diri :** Klien mengatakan dirinya seorang laki-laki. **Peran :** Klien di rumah tinggal dengan ayah, ibu dan adiknya laki-laki. Klien di rumah sebagai kakak. Karena klien seorang pengangguran sehingga klien di rumah tidak mempunyai kegiatan yang dilakukan. **Ideal diri :** Klien ingin pulang, agar di rumah bisa mencari pekerjaan atau membuka usaha biar di rumah ada kegiatan sehingga klien tidak melamun. **Harga diri :** klien merasa tidak berguna karena menganggur, tidak ada kegiatan dan tidak bisa membantu orang tuanya sehingga klien merasa tidak berguna. Klien bicara jika ditanya, menyendiri di kamar dan bingung, kontak mata kurang, ekspresi sedih. **Masalah keperawatan :** Gangguan fungsi peran dan gangguan konsep diri: harga diri rendah.

Aktivitas motorik : Klien tampak lesu dan kurang bersemangat, klien hanya diam, tiduran di kamar tetapi klien masih bersedia mengikuti

kegiatan di ruangan. **Alam perasaan** : Klien tampak sedih dan putus asa. **Afek** klien labil, klien menampakkan perubahan roman muka waktu diajak bicara. **Interaksi selama wawancara** : klien kooperatif dan mampu memberikan jawaban yang relevan, namun kontak mata klien kurang dan bila tidak diajak bicara klien banyak diam. **Masalah keperawatan** : gangguan konsep diri: harga diri rendah.

Persepsi : klien tidak mengalami halusinasi maupun ilusi, **proses pikir** : saat dikaji klien kooperatif dan lancar menjawab semua pertanyaan perawat, jawaban klien koheren namun kadang terjadi asosiasi yang longgar dimana klien tampak berpikir lama untuk menjawab pertanyaan perawat. **Isi pikir** : Klien mengatakan dirinya pengangguran dan tidak berguna. **Tingkat kesadaran** : klien tampak bingung tetapi mampu membedakan ruang, waktu dan tempat. **Memori** : klien tidak mengalami gangguan daya ingat. Klien mampu berkonsentrasi dan berhitung. **Daya tilik** : klien tidak mengingkari kalau dirinya mengalami gangguan jiwa dan sekarang dirawat di RSJ.

Kegiatan di dalam rumah : Klien mengatakan di rumah banyak di kamar dan sering berdiam diri tetapi bisa membantu mencuci piring atau bersih-bersih di rumah. **Aktivitas di luar rumah**: klien jarang mengikuti kegiatan di luar rumah atau masyarakat, klien hanya berdiam diri di rumah. **Mekanisme koping**: klien mengatakan jika mempunyai masalah hanya dipendam sendiri sehingga klien sering di kamar dan melamun

klien berpendidikan SMA, sebelumnya klien pernah melanjutkan ke perguruan tinggi sampai semester V tetapi karena kurang semangat klien memutuskan berhenti dari kuliahnya. Klien mengerti dengan kondisi dirinya yang sedang mengalami gangguan jiwa tetapi klien tidak mampu menerapkan coping sistem yang adaptif serta memanfaatkan sistem pendukung yang ada.

Aspek medis : diagnosis medis klien ini adalah skizofrenia paranoid dengan terapi medis Chlorpromazine (CPZ) 2 x 50 mg, Persidal 2 x 2 mg dan Trihexiphenidyl (THP) 2 x 2 mg.

Data penunjang pertama diperoleh dari hasil pemeriksaan laboratorium yaitu WBC 10,2 ribu /mmk (4,8-10,8), RBC 4,3 ribu/mmk (4,7-6,1). HGB 12,5 gr/dL (14-18), HCT 36,10 % (42-52), PLT 306 ribu/mmk (150-450), albumin 5,3 mg/dL, Cholesterol 323mg/dL (130-200), Creatinin 218 mg/dL (0,50-1,40), glukosa sewaktu 92 mg/dL (76-110), ureum 23 mg/dL (10-50), uric acid 11,5 mh/dL (2,5-7,0). Yang kedua dari hasil pemeriksaan EKG yaitu sinus reguler dan dalam batas normal.

Analisa Data

Analisa data ini diambil pada tanggal 30 Maret 2010 pukul 08.30

WIB yaitu dengan **data subyektif:** klien mengatakan merasa tidak berguna karena tidak bekerja, tidak ada kegiatan di rumah dan tidak bisa membantu keluarga sehingga klien malu bergaul dan berkumpul dengan keluarga maupun teman-temannya dan lebih senang di kamar dan banyak melamun. **Data obyektif :** klien tampak banyak diam, menyendiri dan

tiduran di kamar dan tampak bingung, klien tidak mampu memulai pembicaraan, kontak mata kurang dan ekspresi sedih saat diajak bicara. Maka masalah keperawatan yang muncul dari analisa data diatas yaitu gangguan konsep diri : harga diri rendah.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan konsep diri : harga diri rendah.

3. Intervensi Keperawatan

Hari Selasa 30 Maret 2010 jam 09.00 dengan diagnosa **gangguan konsep diri : harga diri rendah**. Tujuan : setelah dilakukan pertemuan 3 kali pasien mempunyai konsep diri yang positif dengan kriteria hasil klien dapat membina hubungan saling percaya , mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki, menilai kemampuan yang dimiliki, mengembangkan kemampuan yang telah diajarkan, terlibat dalam terapi aktivitas kelompok orientasi dan realita dan stimulasi dan persepsi, mengikuti aktivitas di ruangan dan minum obat dengan bantuan minimal.

SP1 pasien dibuat pada hari Selasa, 30 maret 2010 pukul 09. 00 WIB meliputi: bina hubungan saling percaya, jelaskan tujuan pertemuan, identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, bantu pasien menilai kemampuan klien yang masih dapat digunakan, bantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien, latih pasien melakukan kegiatan yang dipilih sesuai kemampuan dan bimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

SP2 pasien dibuat pada hari Rabu, 31 Maret 2010 pukul 08.00 WIB meliputi: Validasi masalah dan latihan sebelumnya, latih kegiatan kedua atau sebelumnya yang dipilih sesuai kemampuan.

SP3 pasien dibuat pada hari Sabtu 3 April 2010 pukul 08.00 WIB meliputi : Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I dan II), memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan dan masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.

SP1 keluarga dilakukan pada Senin, 5 April 2010 saat keluarga menjenguk klien yaitu pukul 10. 00 WIB meliputi : Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, jelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya dan jelaskan cara-cara merawat pasien harga diri rendah.

SP2 keluarga dibuat pada Senin, 5 April 2010 saat keluarga menjenguk klien yaitu pukul 10.00 WIB meliputi : Latih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, latih keluarga merawat langsung kepada pasien harga diri rendah.

SP3 keluarga dibuat pada Senin, 5 April 2010 saat keluarga menjenguk klien yaitu pukul 10. 00 WIB meliputi : bantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat, jelaskan follow-up pasien setelah pulang.

4. Implementasi Dan Evaluasi

Implementasi dilaksanakan pada hari Selasa 30 Maret 2010 pukul 09.00 WIB. **SP1p** dan implementasinya yaitu: membina hubungan

saling percaya, menjelaskan tujuan pertemuan, mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan klien yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien, melatih pasien melakukan kegiatan yang dipilih sesuai kemampuan dan membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. **Evaluasi, Subyektif:** Selamat pagi mbak, nama saya AD, saya senang dipanggil A. Saya bingung apa yang harus saya lakukan di sini. Terkadang di rumah melakukan kegiatan setelah bangun tidur membersihkan dan merapikan tempat tidur, menyapu, mengepel dan membantu ibu berjualan di pasar. Saya memilih kegiatan membersihkan dan merapikan tempat tidur. Saya mengerti dan paham bagaimana cara membersihkan dan merapikan tempat tidur dengan baik. Saya mengerti dan paham perbedaan tempat tidur yang belum dibersihkan dan sudah dibersihkan dan bisa merasakan lebih nyaman, kelihatan rapi dan bersih setelah dibersihkan. Saya telah membuat jadwal dan memasukkan dalam kegiatan sehari-hari, saya akan melakukan kegiatan ini di rumah sakit setiap hari. **Obyektif:** Klien tampak lebih tenang dan kooperatif. Klien bisa menjelaskan kembali tentang cara membersihkan dan merapikan tempat tidur. **Analisa:** Masalah teratasi. **Planning, Pasien :** Motivasi klien untuk melakukan kegiatan membersihkan dan merapikan tempat tidur. **Planning, Perawat:** Lanjutkan SP2 yaitu melatih kegiatan kedua (atau sebelumnya) yang dipilih sesuai kemampuan.

Implementasi yang kedua pada hari Rabu 31 Maret 2010 jam 08.00 WIB, SP2p dan implementasinya yaitu memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih kegiatan kedua atau sebelumnya yang dipilih sesuai kemampuan, memberikan pujian atas keberhasilan pasien dan membimbing pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Subyektif: "Selamat siang mbak, iya saya masih ingat mbak lina ya. Perasaan saya hari ini tenang. Setiap bangun tidur saya selalu membersihkan dan merapikan tempat tidur secara teratur. Sekarang saya mau melakukan kegiatan yang lain, menyapu ruangan dari dalam keluar." **Operasional:** Klien tampak tenang, kontak mata klien seperlunya, klien cukup kooperatif, dapat menyapu ruangan. **Analisa :** Masalah teratasi. **Planning, Pasien:** Motivasi klien untuk melakukan kegiatan yang telah dilakukan. **P, Perawat:** Ajarkan pada klien untuk melakukan kegiatan lain yang mampu dilakukan dan mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melanjutkan SP keluarga.

Pada implementasi ketiga penulis tidak mendokumentasikan dikarenakan penulis lalai dalam pendokumentasian padahal penulis sudah melakukan SP3 pada pasien.

BAB IV

PEMBAHASAN

Skizofrenia merupakan penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosialnya (Yosep, Iyus, 2009: 211). Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis sehingga kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien hanya memiliki energi yang sedikit membuat klien tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup pasien skizofrenia. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien skizofrenia menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bila sendirian (Yosep, Iyus, 2009: 213). Konsep diri dapat didefinisikan secara umum sebagai keyakinan, pandangan atau penilaian seseorang terhadap dirinya. Sedangkan harga diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain yang meliputi gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran dan identitas diri (Riyadi, Sujono, 2009: 75). Aspek utama harga diri adalah dicintai, disayangi, dikasihi orang lain dan mendapat penghargaan dari orang lain (Sunaryo, 2004: 34). Manusia cenderung negatif, walaupun ia cinta dan mengakui kemampuan orang lain namun jarang mengekspresikannya. Sebagai perawat sikap negatif perlu dikontrol

sehingga setiap bertemu perawat dengan sikapnya yang positif merasa dirinya berharga. Harga diri akan rendah jika kehilangan kasih sayang dan penghargaan dari orang lain. Gangguan harga diri atau harga diri rendah dapat digambarkan sebagai perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri dan merasa gagal mencapai keinginan (Riyadi, Sujono, 2009: 75-76).

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan yang ada antara konsep teori dengan tinjauan kasus dari masing-masing tahapan asuhan keperawatan. Pembahasan ini bertujuan untuk mengupas, mengamati dan memberikan solusi dengan alasan ilmiah terhadap permasalahan yang timbul dalam tinjauan kasus dan yang tidak sesuai dengan konsep dasar, adapun diagnosa yang muncul pada saat pemberian asuhan keperawatan hanya satu diagnosa keperawatan yaitu gangguan konsep diri : harga diri rendah.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan selama 2 hari yang dimulai pada tanggal 29-30 Maret 2010. Pada saat pengkajian penulis menemukan data-data yang terkait dengan gangguan konsep diri harga diri rendah yaitu data subyektif : klien mengatakan jengkel dan kesal karena klien belum bisa bekerja dan merasa tidak berguna karena tidak bekerja, tidak ada kegiatan di rumah dan tidak bisa membantu keluarga sehingga klien malu bergaul dan berkumpul dengan keluarga maupun teman-temannya dan lebih senang di kamar dan banyak melamun. Data obyektif : klien tampak banyak diam, menyendiri dan tiduran di kamar dan tampak bingung, klien tidak mampu memulai pembicaraan, kontak mata kurang dan ekspresi sedih saat diajak bicara.

Berdasarkan teori menurut (Yosep, Iyus, 2009: 258), tanda dan gejala harga diri rendah adalah mengejek dan mengkritik diri, merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolak diri sendiri, mengalami gejala fisik, seperti tekanan darah tinggi, menunda keputusan, sulit bergaul, menghindari kesenangan yang dapat memberi rasa puas, menarik diri dari realitas, cemas, panik, cemburu, curiga, halusinasi, merusak diri : harga diri rendah menyokong klien untuk mengakhiri hidup, merusak atau melukai orang lain perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimistis, tidak menerima pujian, penurunan produktivitas, penolakan terhadap kemampuan diri, kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, berkurang selera makan, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan nada suara lemah.

Beberapa data yang ada di teori tidak semuanya ada pada Sdr. A tetapi data yang ada pada Sdr. A sudah memenuhi syarat mayor yang harus ada pada pasien dengan Harga diri rendah yaitu mengejek dan mengkritik diri, merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolak diri sendiri , sulit bergaul, menghindari kesenangan yang dapat memberi rasa puas, menarik diri dari realitas, cemas, perasaan tidak mampu, penurunan produktivitas, penolakan terhadap kemampuan diri, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan nada suara lemah.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada asuhan keperawatan jiwa pada Sdr. A ini setelah melakukan pengkajian dan analisa data penulis mengangkat diagnosa keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah. Hal ini sudah sesuai dengan konsep teori yaitu bahwa seseorang yang tidak mempunyai koping individu yang tidak efektif akan menyebabkan gangguan konsep diri : harga diri rendah karena koping merupakan respon pertahanan individu terhadap suatu masalah. Jika koping itu tidak efektif maka individu tidak bisa mencapai harga dirinya dalam mencapai suatu perilaku. Dan akibat yang ditimbulkan bisa menarik diri, yang mekanisme terjadinya masalah yaitu dari harga diri merupakan penilaian seseorang terhadap dirinya, individu dengan harga diri rendah akan merasa tidak mampu, tidak berdaya, pesimis dalam menghadapi kehidupan dan tidak percaya terhadap diri sendiri. Untuk menutup rasa tidak mampu individu akan banyak diam, menyendiri, tidak berkomunikasi dan menarik diri dari kehidupan sosial (<http://athoenk46.wordpress.com/2010/02/27/>).

Gangguan konsep diri harga diri rendah yaitu keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami evaluasi negatif tentang kemampuan atau dirinya sendiri (Carpenito, Lynda Juall, 2001: 353). Maka pohon masalah yang penulis cantumkan yaitu gangguan isolasi sosial : menarik diri sebagai akibat, gangguan konsep diri : harga diri rendah sebagai core problem dan koping individu tidak efektif sebagai penyebabnya.

Dalam perkembangan asuhan keperawatan jiwa saat ini yaitu hasil musyawarah nasional MPKP RS Jiwa Indonesia tahun 2009, diagnosa yang

digunakan adalah diagnosa tunggal. Penulisan diagnosa tunggal ini merupakan hasil musyawarah Konfrensi Nasional jiwa yang sudah dilakukan ketigakalinya dan merupakan persetujuan bersama antara *Clinical Instructure* (CI) di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang dengan pihak akademik.

C. Intervensi

Intervensi yang dilakukan oleh penulis untuk mengatasi masalah pada kasus Sdr. A telah menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) yang merupakan penulisan intervensi yang disesuaikan apabila menggunakan diagnosa tunggal.

Berdasarkan SP pada kasus harga diri rendah yang terdiri dari 3 SP untuk pasien dan 3 SP untuk keluarga, berikut adalah intervensi untuk asuhan keperawatan Sdr. A : **SP1 pasien** : bina hubungan saling percaya, jelaskan tujuan pertemuan, identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, bantu pasien menilai kemampuan klien yang masih dapat digunakan, bantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien, latih pasien melakukan kegiatan yang dipilih sesuai kemampuan dan bimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. **SP2 pasien**: Validasi masalah dan latihan sebelumnya, latih kegiatan kedua atau sebelumnya yang dipilih sesuai kemampuan. **SP3 pasien**: Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I dan II), memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan dan masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.

SP untuk keluarga adalah sebagai berikut: **SP1 keluarga:** Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, jelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya dan jelaskan cara-cara merawat pasien harga diri rendah. **SP2 keluarga:** Latih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, latih keluarga merawat langsung kepada pasien harga diri rendah. **SP3 keluarga:** bantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat, jelaskan follow up pasien setelah pulang.

D. Implementasi

Implementasi yang dilakukan oleh penulis tidak bisa semuanya sesuai dengan intervensi disebabkan oleh penulis hanya mampu melaksanakan intervensi untuk klien. Dalam SP3 pasien penulis tidak mendokumentasikan asuhan keperawatan dikarenakan penulis lalai dalam pendokumentasian padahal penulis sudah melakukan SP3 pada pasien. Penulis menyadari bahwa tidak mendokumentasikan suatu tindakan keperawatan merupakan kesalahan besar dan akan berakibat fatal walaupun tindakan sekecil apapun karena dokumentasi keperawatan itu sendiri adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat. (Hidayat, A.Aziz Alimul.

2001 : 1). Sedangkan dalam SP keluarga penulis menghadapi hambatan karena keluarga tidak datang menjenguk.

Dalam melaksanakan tindakan SP 1 untuk pasien penulis mengalami sedikit hambatan dalam mengidentifikasi aspek positif. Individu atau klien yang mempunyai aspek positif dalam hidup, mampu melakukan dua aspek ini dengan baik, yaitu: pertama mampu membedakan risiko yang realistis dan tidak realistis, kedua memiliki makna dan tujuan hidup serta mampu melihat gambaran besar dari kehidupan. (<http://id.wikipedia.org/wiki/Resiliensi> diakses tanggal 21 Mei 2010). Hambatan ini disebabkan oleh karena pasien masih bingung untuk menjelaskan dan suka diam serta disebabkan kemampuan penulis dalam komunikasi terapeutik masih kurang.

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi perawat. Dengan memiliki kemampuan berkomunikasi terapeutik perawat akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan klien sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan akan meningkatkan profesi (Damaiyanti, Mukripah, 2008: 11). Untuk mengatasi hambatan tersebut penulis mempelajari literatur tentang komunikasi terapeutik dan melakukan modifikasi agar terjalin hubungan saling percaya atau *trust* dengan pasien dengan cara mendengarkan klien, menerima klien apa adanya, tidak memaksakan kehendak dan memberikan rasa empati. Hal ini penting karena

hubungan saling percaya akan membuat klien menjadi lebih terbuka dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Ketidakmampuan untuk membangun dan memelihara hubungan saling percaya akan menimbulkan masalah seperti seseorang bisa kehilangan harga diri, merasa tidak yakin akan pada diri sendiri, menjadi sangat cemas dan kemudian beringkah laku diluar kebiasaannya tau sulit untuk dipahami (Nurjannah, Intansari, 2004: 103). Pelaksanaan SP2 tidak mengalami hambatan sehingga tindakan sudah sesuai dengan intervensi. Sedangkan SP3 pasien sudah di implementasikan kepada klien tetapi penulis lalai dalam pendokumentasian.

Intervensi SP untuk keluarga tidak bisa diimplementasikan karena adanya hambatan yaitu keluarga tidak menjenguk klien. Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien dan perawat utama bagi klien. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien di rumah. Keberhasilan perawat di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan klien harus dirawat kembali atau kambuh. Salah satu faktor penyebab gangguan jiwa adalah keluarga yang tidak tahu menangani perilaku klien di rumah. Pelayanan kesehatan jiwa merupakan fasilitas yang membantu klien dan keluarga dalam mengemabangkan kemampuan dan mencegah terjadinya masalah, menanggualangi berbagai masalah dan mempertahankan keadaan adaptif (Yosep, Iyus, 2009: 319). Oleh karena itu penulis mencoba mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melanjutkan SP untuk keluarga klien.

E. Evaluasi

Penulis melakukan evaluasi sudah sesuai dengan konsep teori yaitu dengan melakukan evaluasi yang terdiri dari subyektif, obyektif, analisa dan planning. **Evaluasi SP1 Subyektif** : Perawat mampu membina hubungan saling percaya dengan klien, klien mampu menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki, kemampuan yang dapat digunakan dan kegiatan sesuai kemampuan yaitu menata tempat tidur. **Obyektif** : Klien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan dan yang sudah dipilih serta merencanakan kegiatan yang sudah dilatih. **Analisa** : Tujuan di SP1 tercapai sehingga masalah teratasi dengan selalu mengembangkan kemampuan yang dimiliki sehingga klien dapat mengembangkan kemampuannya dan ada kesibukan sehingga klien tidak melamun dan menyendiri. **Planning** : Karena masalah teratasi maka penulis bisa melanjutkan di SP2 yaitu melatih kegiatan kedua yang dipilih. Terkait dengan hambatan komunikasi terapeutik penulis yang masih kurang penulis telah melakukan konsultasi dengan pembimbing dan kolaborasi dengan perawat ruangan untuk melakukan pendekatan dengan pasien serta membaca literatur yang terkait dengan komunikasi terapeutik sehingga dalam pertemuan selanjutnya penulis tidak mengalami hambatan lagi.

Evaluasi SP2 Subyektif : klien mampu menyebutkan kegiatan di SP1 yang telah dilakukan yaitu menata tempat tidur dan kegiatan yang kedua yang diinginkan. **Obyektif** : klien mampu dan kooperatif melakukan kegiatan yang kedua yaitu menyapu. Klien mampu memasukkan kegiatan kedalam jadwal

harian. **Analisa** : Tujuan di SP2 tercapai sehingga masalah teratasi dengan memberi arahan kepada klien untuk selalu latihan kegiatan sebelumnya agar klien lebih terlatih dalam kegiatan yang telah dilakukan. **Planning** : Karena masalah teratasi sehingga penulis bisa melanjutkan di SP3 yaitu melatih kegiatan yang ketiga, Tetapi didalam evaluasi ini penulis tidak mendokumentasikan tetapi penulis sudah melakukan SP 3 hal ini dikarenakan penulis lalai dalam mendokumentasikan tindakan keperawatan. Karena masalah teratasi sehingga penulis bisa melanjutkan di SP untuk keluarga.

Disebabkan SP keluarga tidak bisa diimplementasikan karena ketidakhadiran keluarga untuk menjenguk klien maka evaluasi untuk SP keluarga tidak ada. Hal tersebut sebenarnya bisa diintervensi dengan melakukan kontrak dengan keluarga melalui telpon akan tetapi kondisi klien yang masih bingung dikhawatirkan klien ingin segera pulang setelah bertemu keluarga sehingga hal ini tidak bisa dilakukan. Terkait dengan hal ini penulis mencoba menelaah penyebab ketidakhadiran keluarga untuk menjenguk antara lain kemungkinan pertama keluarga kurang mendapatkan informasi pentingnya menjenguk klien sebagai kewajiban keluarga terutama karena klien baru pertama kali masuk rumah sakit pada saat klien masuk RSJ melalui Unit Gawat Darurat (UGD). Kedua kurangnya kesadaran keluarga tentang kegunaan menjenguk klien sebagai bagian dari perawatan klien secara holistik. Ketiga tidak adanya kontrak pertemuan antara perawat dan keluarga sebagai bentuk kerjasama yang dijadwalkan sejak semula sehingga SP keluarga bisa sulit diimplementasikan oleh karena ketidakjelasan kapan

keluarga akan datang. Oleh karena itu penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melanjutkan SP keluarga.



BAB V

PENUTUP

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Sdr.A dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah di Ruang VI (Gatot Kaca) RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang pada tanggal 30 Maret - 3 April 2010 maka sebagai langkah akhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberian asuhan keperawatan pada pasien khususnya pasien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah.

A. Kesimpulan

1. Pada pendekatan pasien gangguan jiwa diperlukan komunikasi terapeutik sehingga hubungan saling percaya antara perawat dan klien dapat terjalin.
2. Keluarga sangat penting dalam proses penyembuhan pada gangguan jiwa terutama pada klien dengan gangguan harga diri rendah.
3. Dalam pendokumentasian keperawatan itu sangat penting, karena sebagai bukti tindakan keperawatan pada pasien jika hal itu tidak diperhatikan maka akan dapat muncul masalah besar dan berakibat fatal, maka kita harus teliti dalam semua tindakan keperawatan.

B. Saran

1. Bagi perawat.

Pendekatan pada pasien itu sangat memerlukan komunikasi terapeutik agar dapat terjalin hubungan saling percaya atau *trust* antara perawat dengan pasien dengan cara mendengarkan pasien, menerima pasien apa adanya, tidak memaksakan kehendak dan memberikan rasa empati dan juga memberikan reinforcement, reward kepada pasien agar pasien senang, merasa diperhatikan dan dihargai.

2. Bagi keluarga

Diharapkan keluarga lebih memperhatikan arti pentingnya menjenguk pasien karena dukungan keluarga sangat membantu dalam penyembuhan kondisi pasien dan keluarga itu sendiri merupakan unit yang paling dekat dengan pasien dan "perawat utama" bagi pasien. Keluarga berperan penting dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien di rumah. Keberhasilan perawat di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan pasien harus dirawat kembali atau kambuh. Salah satu faktor penyebab gangguan jiwa adalah keluarga yang tidak tahu menangani perilaku pasien di rumah. Maka dari itu keluarga harus lebih menyayangi dan memperhatikan kondisi pasien.

3. Bagi rumah sakit

Diperlukan sistem pendokumentasian yang mudah dan sistematis yang diselenggarakan oleh rumah sakit sehingga memudahkan perawat dalam mengisi format asuhan keperawatan sebagai bentuk legalitas dalam sistem pelayanan kesehatan.



DAFTAR PUSTAKA

Suliswati, dkk., 2005. *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Cetakan pertama. Jakarta : EGC.

2009. Fakta kemiskinan di Indonesia memilukan. <http://www.bkkbn.go.id/Webs/DetailBerita.php?MyID=697>. Diunduh tanggal 5 Mei 2010.

Damaiyanti, Mukhrifah, 2008. *Komunikasi terapeutik dalam praktik keperawatan*. Bandung : PT Refika Aditama.

Sunaryo, 2004. *Psikologi untuk keperawatan*. Cetakan pertama. Jakarta : EGC.

Tarwoto, Wartonah, 2006. *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Edisi Ketiga. Jakarta: Salemba Medika.

Riyadi, Sujono; Purwanto Teguh. Edisi pertama, Cetakan pertama. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Yosep, Iyus, 2009. *Keperawatan jiwa*. Edisi revisi, Cetakan kedua. Bandung : PT Refika Aditama.

Stuart, Gail W., 2006. *Buku saku keperawatan jiwa*. Cetakan pertama. Jakarta : EGC.

Athoenk46, 2010. Lp gangguan konsep diri rendah. <http://athoenk46.wordpress.com/2010/02/27/lp-gangguan-konsep-diri-harga-diri-rendah/>. Diunduh tanggal 10 april 2010.

ibay-blackholick, 2009. *Laporan pendahuluan halusinasi*. <http://ibay-blacholick-artikel-halusinasi.blogspot.com/2009/12/laporan-pendahuluan-askep-jiwa.html>. Diunduh tanggal 21 april 2010.

<http://id.wikipedia.org/wiki/Resiliensi>. Diunduh tanggal 21 Mei 2010.

Nurjannah, Intansari, 2004. *Pedoman penanganan pada gangguan jiwa: Manajemen, proses keperawatan dan hubungan terapeutik perawat- klien*. Cetakan pertama. Yogyakarta : MocoMedia.

Carpenito, Lynda Juall, 2001. *Buku saku diagnosa keperawatan*. Edisi 8. Jakarta : EGC.

Hidayat, A. Aziz Alimun, 2001. *Pengantar dokumentasi proses keperawatan*. Cetakan 1. Jakarta : EGC.

