

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.K DENGAN  
GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH  
DI RUANG LARASATI RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Annisa Nurhayati**  
NIM. 89. 33. 12827

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

## HALAMAN PERSETUJUAN

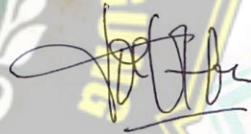
Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim  
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Unissula Semarang pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 1 Juli 2010

Semarang, 1 Juli 2010

Pembimbing



(Ns. Ade Irmawati, S. Kep)

NIK. 210909015

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 31 Mei 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 31 Mei 2010

Tim Penguji,

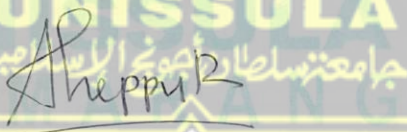
Penguji I



(Wahyu Endang Setyowati, S. KM)

NIK : 210997004

Penguji II



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

NIK : 210998006

Penguji III



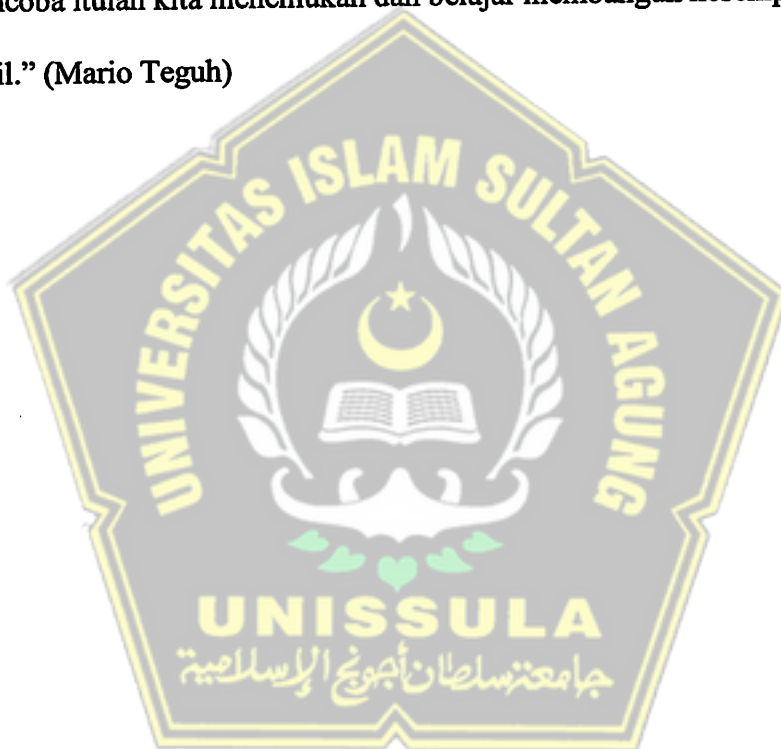
(Ns. Ade Irmawati, S. Kep)

NIK. 210909015

## HALAMAN MOTTO

”Sejauh dan seindah kita melangkah, tetap keluargalah yang menjadi tempat terindah.” (Mario Teguh)

”Tugas kita bukanlah untuk berhasil, tugas kita adalah untuk mencoba karena di dalam mencoba itulah kita menemukan dan belajar membangun kesempatan untuk berhasil.” (Mario Teguh)



## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya serta Nabi Muhammad SAW yang memberikan kasih sayang dan petunjukNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan dan menyusun karya tulis ilmiah ini dengan judul **"Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. K dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah di Ruang Larasati Dr. Amino Gondohutomo Semarang"**.

Penyusunan laporan karya tulis ilmiah ini disusun dan disajikan melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program pendidikan di Akademi Keperawatan Islam Sultan Agung Semarang. Dalam penyusunan karya tulis ini penulis mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaludin, M.Sc. M.Eng selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM. selaku Dekan FIK Unissula Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan FIK Unissula Semarang.
4. RSJD Dr. Gondohutomo Semarang sebagai tempat diambilnya studi kasus.
5. Ibu Ns. Ade Irmawati, S. Kep selaku pembimbing jiwa yang banyak memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penulisan karya tulis ini serta tim penguji karya tulis ilmiah Prodi Diploma III Keperawatan FIK Unissula.



6. Bapak dan Ibu Dosen serta staf pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang sudah banyak membantu dalam melaksanakan proses belajar mengajar.
7. Orangtua yang telah memberi dukungan moral, spiritual, pengorbanan doa yang tiada henti mengalir demi kelancaran karya tulis ini.
8. Adik-adik tersayang yang telah memberikan semangat dan dukungannya.
9. Rekan-rekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang telah memberi motivasi dan bantuannya.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu dengan penuh harapan dan senang hati penulis menerima kritik dan saran dari segenap pembaca demi kesempurnaan karya tulis ini. Semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi semua. Amin.

Semarang, 1 Juli 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II : KONSEP DASAR	
A. Pengertian	
1. Pengertian konsep diri.....	7
2. Komponen konsep diri.....	7
3. Pengertian harga diri.....	8
B. Etiologi	
1. Faktor predisposisi.....	9
2. Faktor presipitasi.....	11
C. Manifestasi Klinis.....	12
D. Rentang Respon.....	13
E. Mekanisme Koping	

1. Pertahanan jangka pendek .....	15
2. Pertahanan jangka panjang .....	15
3. Mekanisme pertahanan ego .....	16
<b>F. Psikogeriatri</b>	
1. Pengertian psikogeriatri .....	17
2. Pengertian keperawatan psikogeriatri.....	17
3. Model keperawatan untuk usia lanjut.....	17
4. Target pelayanan keperawatan.....	17
5. Masalah keperawatan usia lanjut .....	18
6. Fokus Pengkajian .....	19
<b>G. Pohon masalah</b> .....	26
<b>H. Diagnosa keperawatan</b> .....	26
<b>I. Fokus Intervensi</b>	
1. Tujuan umum.....	27
2. Tujuan khusus.....	27
<b>BAB III : RESUME KEPERAWATAN</b>	
<b>A. Pengkajian</b> .....	33
<b>B. Pohon masalah</b> .....	38
<b>C. Diagnosa keperawatan</b> .....	39
<b>D. Intervensi keperawatan</b> .....	39
<b>E. Implementasi keperawatan</b> .....	42
<b>BAB IV : PEMBAHASAN</b>	
<b>A. Pengkajian</b> .....	46
<b>B. Diagnosa keperawatan</b> .....	51



C. Intervensi keperawatan .....	52
D. Implementasi keperawatan .....	53
E. Evaluasi Keperawatan.....	55
<b>BAB V : PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	58
B. Saran .....	59
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Rentang respon konsep diri.....	13
Gambar 2.2 : Pohon masalah harga diri rendah.....	26
Gambar 3.1 : Pohon masalah sesuai dengan kasus Ny. K.....	38



## DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar konsultasi
2. Asuhan keperawatan asli
3. Surat keterangan konsultasi



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kesehatan mental adalah terhindarnya seseorang dari gejala-gejala gangguan dan penyakit jiwa, dapat menyesuaikan diri, dapat memanfaatkan segala potensi dan bakat yang ada semaksimal mungkin dan membawa kepada kebahagiaan bersama serta mencapai keharmonisan jiwa dalam hidup. Orang yang sehat mentalnya dapat menyesuaikan diri dan memanfaatkan potensi serta mencapai keharmonisan jiwa (Daroad (1982, dalam Sundari, 2005).

Menurut Rasmun (2004) kebutuhan hidup yang semakin meningkat menuntut gaya hidup dan persaingan hidup seseorang menjadi semakin tinggi. Individu yang tidak mampu dalam menggunakan mekanisme coping dan gagal dalam beradaptasi maka individu akan mengalami berbagai penyakit fisik maupun mental yang mengakibatkan tingginya tingkat stres dikalangan masyarakat. Tipe-tipe dasar stres berupa frustrasi, gelisah, dan rasa bersalah timbul karena ketidakmampuan individu melawan keterbatasan dirinya sendiri.

Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mengalami peningkatan yang dapat dilihat dari data yang ada. Menurut catatan di RSJ Semarang misalnya, tahun 2008 pasien gangguan jiwa yang rawat inap penuh mengisi 235 kamar di rumah sakit tersebut. Bahkan tiap hari terdapat 60-70 pasien

rawat jalan, sebanyak 205 pasien rata-rata per hari menjalani perawatan dan sekitar 60 % di antara mereka adalah kaum pria. Mayoritas pasien gangguan jiwa berusia produktif antara 25-45 tahun (Santoso, 2008, Ramadan dan Gangguan Jiwa, [Http://www.suaramerdeka.com](http://www.suaramerdeka.com), diunduh tanggal 5 Mei 2010).

Sejak ada kebijakan jaminan kesehatan untuk warga miskin jumlah pasien gangguan jiwa di RSJ Dr Soerojo Magelang meningkat sampai 100 persen. Jumlah pasien yang berobat pada tahun 2005 sebanyak 330 orang per hari sedangkan pada tahun 2008 sebanyak 748 orang per hari. Jumlah pasien sakit jiwa di RSUD Banyumas tahun 2008 sudah melampaui batas tampung, daya tampung yang hanya 60 orang menampung 100 orang lebih (Santoso, 2008, Ramadan dan Gangguan Jiwa, [Http://www.suaramerdeka.com](http://www.suaramerdeka.com), diunduh tanggal 5 Mei 2010).

Menurut Suliswati, dkk (2005) setiap individu dalam kehidupannya tidak terlepas dari berbagai stresor yang mengakibatkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri. Usaha individu mengatasi ketidakseimbangan tersebut menggunakan coping yang bersifat membangun ataupun coping yang bersifat merusak.

Penggunaan coping yang destruktif (merusak) akan menyebabkan kecemasan sehingga menimbulkan rasa bermusuhan yang dilanjutkan dengan individu menilai dirinya rendah, tidak berguna, tidak berdaya, tidak berarti dan takut yang mengakibatkan perasaan bersalah. Rasa bersalah ini jika berkelanjutan akan mengakibatkan kecemasan yang meningkat, maka yang

terjadi adalah munculnya harga diri rendah (Suliswati, dkk, 2005). Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri (Damayanti, 2008).

Konsep diri merupakan konsep dasar yang perlu diketahui perawat untuk mengerti perilaku dan pandangan klien tentang diri, masalah serta lingkungan. Respon individu terhadap stressor dapat dianalisa dari berbagai komponen konsep diri sehingga perawat dapat merencanakan asuhan keperawatan yang berkualitas. Konsep diri merupakan aspek kritical dan dasar dari perilaku individu. Individu dengan konsep diri positif dapat berfungsi lebih efektif yang dapat dilihat dari hubungan interpersonal, kemampuan intelektual dan penguasaan lingkungan. Konsep diri yang negatif dapat dilihat dari hubungan individu dan sosial yang maladaptif (Riyadi; Purwanto, 2009). (Nama, Tahun: H/1/

Gangguan harga diri rendah memang harus benar-benar dicermati dengan melihat beberapa tanda dan gejalanya, diharapkan tenaga medis dapat mendeteksi dini masalah ini. Beberapa tanda dan gejala gangguan harga diri rendah adalah individu mengejek dan mengkritik dirinya sendiri, merendahkan dan mengurangi martabat, rasa bersalah dan khawatir, menunda keputusan, menarik diri dari realitas, merusak diri, merusak atau menciderai orang lain, dan gangguan berhubungan (Riyadi; Purwanto, 2009).

Tanda dan gejala awal pada klien yang mengalami gangguan harga diri rendah harus dikenali oleh perawat, karena dikhawatirkan akan terjadi gangguan yang lebih serius jika tidak segera ditangani. Isolasi sosial : menarik



diri merupakan masalah yang timbul akibat harga diri rendah, karena itu perlu dilakukan beberapa pencegahan, salah satunya dengan menjalin hubungan terapeutik antara perawat-klien. Manfaat yang didapatkan ketika terjalin saling percaya adalah berkembangnya kesadaran klien untuk menerima pikiran dan perasaannya sehingga klien dapat memahami dirinya secara utuh. Klien juga bisa lebih terbuka dalam mengklarifikasi konsep dirinya dan hubungannya dengan orang lain (Suliswati, dkk, 2005).

Perawat juga membantu klien dalam meningkatkan pemahaman perilaku dan memberi motivasi untuk mengubah perilakunya yang maladaptif (Riyadi; Purwanto, 2009). Kepercayaan antara perawat dengan keluarga pun harus selalu terjalin karena keluarga dapat memberikan perasaan mampu dan tidak mampu, perasaan diterima atau ditolak serta memberikan kesempatan pada individu untuk mengidentifikasi dan meniru perilaku orang lain yang diinginkan. Hal ini merupakan pendorong yang kuat agar individu mencapai tujuan yang sesuai atau pengharapan yang pantas (Suliswati, dkk, 2005).

Berdasarkan analisa di atas maka penulis tertarik untuk memilih karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Ny K dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah di Ruang Larasati RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang".

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan umum**

Mendiskripsikan asuhan keperawatan pada Ny.K dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah di Ruang Larasati RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mendiskripsikan hasil pengkajian selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny. K dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah.
- b. Mendiskripsikan hasil pengkajian data yang diperoleh pada Ny. K.
- c. Mendiskripsikan diagnosa keperawatan pada Ny. K.
- d. Mendiskripsikan intervensi keperawatan pada Ny. K dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah.
- e. Mendiskripsikan implementasi dan evaluasi pada Ny. K dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah.
- f. Membahas kesenjangan antara tinjauan teori dengan kasus pada Ny. K.

## **C. Manfaat**

Penulis berharap agar studi kasus ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan pada pihak-pihak terkait khususnya, antara lain :

### **1. Bagi penulis**

- a. Dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.
- b. Pendokumentasian asuhan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan.

2. **Bagi institusi pendidikan**

Upaya untuk meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dalam rangka mencetak perawat-perawat yang profesional.

3. **Bagi lahan praktik**

Membantu dalam mengembangkan kualitas asuhan keperawatan jiwa di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

4. **Bagi masyarakat**

Memperoleh asuhan keperawatan yang bermutu dan dipertanggungjawabkan secara ilmiah.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Pengertian**

##### **1. Pengertian Konsep Diri**

Menurut Tarwoto; Wartonah (2006) konsep diri adalah semua perasaan, kepercayaan, dan nilai yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain.

##### **2. Komponen Konsep Diri**

Menurut Stuart (2006) komponen konsep diri ada lima yaitu :

###### **a. Citra tubuh**

Kumpulan sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya. Termasuk persepsi serta perasaan masa lalu dan sekarang tentang ukuran, fungsi, penampilan, dan potensi. Citra tubuh dimodifikasi secara berkesinambungan dengan persepsi dan pengalaman baru.

**b. Ideal diri**

Persepsi individu tentang bagaimana seharusnya dia berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, atau nilai personal tertentu.

**c. Harga diri**

Penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisis seberapa sesuai perilaku dirinya dengan ideal diri.

**d. Peran**

Serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu di berbagai kelompok sosial. Peran yang ditetapkan adalah peran yang dijalani dan seseorang tidak mempunyai pilihan. Peran yang diambil adalah peran yang terpilih atau yang dipilih oleh individu.

**e. Identitas Pribadi**

Prinsip pengorganisasian kepribadian yang bertanggung jawab terhadap keputusan, kesinambungan, konsistensi, dan keunikan individu

**3. Pengertian Harga Diri**

Menurut Sunaryo (2004) harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan cara menganalisis seberapa jauh perilaku individu tersebut sesuai dengan ideal diri.

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri

sendiri atau kemampuan dirinya. Adanya hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri (Keliat (1998, dalam Yosep, 2009).

Harga diri rendah adalah penilaian negatif terhadap diri dan kemampuan, yang diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung (Schult dan Videback (1998, dalam Fitria, 2009).

Harga diri rendah adalah perasaan seseorang bahwa dirinya tidak diterima lingkungan dan gambaran-gambaran negatif tentang dirinya (Barry (2003, dalam Yosep, 2009).

Dari pengertian diatas, penulis dapat dapat menyimpulkan bahwa harga diri rendah adalah perasaan seseorang yang menganggap dirinya tidak berharga, tidak berarti dan menolak dirinya sendiri karena keinginan dan cita-cita individu tidak dapat diwujudkan sehingga hilang kepercayaan diri, rendah diri serta menganggap negatif dirinya sendiri yang diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung.

## **B. Etiologi**

Menurut Suliswati, dkk (2005) penyebab gangguan konsep diri adalah :

### **1. Faktor predisposisi**

#### **a. Faktor predisposisi gangguan citra tubuh.**

- 1) Kehilangan / kerusakan bagian tubuh (anatomi dan fungsi)
- 2) Perubahan ukuran, bentuk, dan penampilan tubuh  
(akibat perkembangan dan pertumbuhan atau penyakit).



- 3) Proses patologik penyakit dan dampaknya terhadap struktur ataupun fungsi tubuh.
  - 4) Prosedur pengobatan seperti radiasi, kemoterapi, dan transplantasi.
- b. Faktor predisposisi gangguan harga diri :
- 1) Penolakan dari orang lain.
  - 2) Kurang penghargaan.
  - 3) Pola asuh yang salah : terlalu dilarang, terlalu dikontrol, terlalu dituruti, terlalu dituntut dan tidak konsisten.
  - 4) Persaingan antar saudara.
  - 5) Kesalahan dan kegagalan yang berulang.
  - 6) Tidak mampu mencapai standar yang ditentukan.
- c. Faktor predisposisi gangguan peran
- 1) Transisi peran yang sering terjadi pada proses perkembangan, perubahan posisi dan keadaan sehat-sakit.
  - 2) Ketegangan peran ketika individu menghadapi dua harapan yang bertentangan secara terus menerus yang tidak terpenuhi.
  - 3) Keraguan peran ketika individu kurang pengetahuannya tentang harapan peran yang spesifik dan bingung tentang tingkah laku peran yang sesuai.
  - 4) Peran yang terlalu banyak.

d. Faktor predisposisi gangguan identitas diri

- 1) Ketidakpercayaan orangtua pada anak.
- 2) Tekanan dari teman sebaya.
- 3) Perubahan struktur sosial.

2. Faktor presipitasi

a. Trauma

Masalah spesifik sehubungan dengan konsep diri adalah situasi yang membuat individu sulit menyesuaikan diri atau tidak dapat menerima khususnya trauma emosi seperti penganiayaan fisik, seksual dan psikologis pada masa anak-anak atau merasa terancam kehidupannya atau menyaksikan kejadian berupa tindak kejahatan.

b. Ketegangan Peran

Ketegangan peran adalah perasaan frustrasi ketika individu merasa tidak adekuat melakukan peran atau melakukan peran yang bertentangan dengan hatinya atau tidak merasa cocok dalam melakukan perannya.

Transisi peran dibagi menjadi 3, yaitu :

1) Transisi peran perkembangan

Setiap perkembangan dapat menimbulkan ancaman pada identitas. Setiap tahap perkembangan harus dilalui individu dengan menyelesaikan tugas perkembangan yang berbeda, hal ini dapat merupakan stressor bagi konsep diri.

## 2) Transisi peran situasi

Perubahan jumlah anggota keluarga baik penambahan atau pengurangan melalui kelahiran atau kematian.

## 3) Transisi peran sehat-sakit

Pergeseran kondisi kesehatan individu yang menyebabkan kehilangan bagian tubuh, perubahan ukuran dan bentuk, penampilan dan fungsi tubuh, perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang, ataupun prosedur medis dan keperawatan.

### C. Manifestasi Klinis

Menurut Yosep (2009) tanda dan gejala harga diri rendah adalah :

1. Mengejek dan mengkritik diri.
2. Merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolak diri sendiri.
3. Mengalami gejala fisik, misal : tekanan darah tinggi, gangguan penggunaan zat.
4. Menunda keputusan.
5. Sulit bergaul.
6. Menghindari kesenangan yang dapat memberi rasa puas.
7. Menarik diri dari realitas, cemas, cemburu, curiga, panik.
8. Merusak diri, harga diri rendah menyokong klien untuk mengakhiri hidup.
9. Merusak / melukai orang lain.
10. Perasaan tidak mampu.

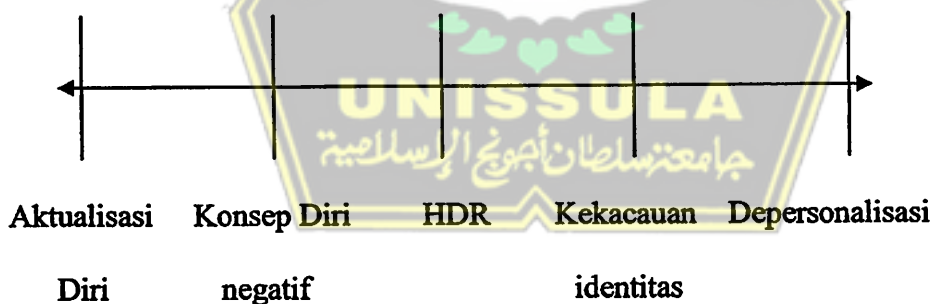
11. Pandangan hidup yang pesimistis.
12. Tidak menerima pujian.
13. Penurunan produktivitas.
14. Penolakan terhadap kemampuan diri.
15. Kurang memperhatikan perawatan diri.
16. Berpakaian tidak rapi.
17. Kurang selera makan.
18. Tidak berani menatap lawan bicara.
19. Lebih banyak menunduk.
20. Bicara lambat dengan nada suara lemah.

#### D. Rentang Respon

Rentang respon konsep diri menurut Stuart (2006) adalah :

Respon Adaptif

Respon Maladaptif



Gambar 2.1 : Rentang Respon Konsep Diri Menurut Stuart

Penjelasan dari gambar 2.1 menurut Suliswati, dkk (2005) :

a) Respon adaptif :

Aktualisasi diri dan konsep diri yang positif serta bersifat membangun (konstruktif) dalam usaha mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.

b) Respon maladaptif :

Aktualisasi diri dan konsep diri yang negatif serta bersifat merusak (destruktif) dalam usaha mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.

c) Aktualisasi diri :

Respon adaptif yang tertinggi karena individu dapat mengekspresikan kemampuan yang dimilikinya.

d) Konsep diri positif :

Individu dapat mengidentifikasi kemampuan dan kelemahannya secara jujur dan dalam menilai suatu masalah individu berpikir secara positif dan realistis.

e) HDR :

Transisi antara respon konsep diri adaptif dan maladaptif.

Penjelasan dari gambar 2.1 menurut Stuart (2006) :

f) Kekacauan identitas :

Suatu kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak ke dalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.

**g) Depersonalisasi :**

Suatu perasaan tidak realistis dan merasa asing dengan diri sendiri. Hal ini berhubungan dengan tingkat ansietas panik dan kegagalan dalam uji realitas. Individu mengalami kesulitan dalam membedakan diri sendiri dan orang lain, dan tubuhnya sendiri terasa tidak nyata dan asing baginya.

**E. Mekanisme Koping**

Menurut Stuart (2006) mekanisme koping termasuk pertahanan koping jangka pendek atau jangka panjang serta penggunaan mekanisme pertahanan ego untuk melindungi diri sendiri dalam menghadapi persepsi diri yang menyakitkan.

**1. Pertahanan jangka pendek mencakup berikut ini :**

- a. Aktivitas yang memberikan pelarian sementara dari krisis identitas diri (misal : menonton televisi, olahraga berat, kerja keras).
- b. Aktivitas yang memberikan identitas pengganti sementara (misal : ikut serta dalam kegiatan sosial, agama, politik).
- c. Aktivitas yang sementara menguatkan atau meningkatkan perasaan diri yang tidak menentu (misal : aktivitas yang berkompetisi yaitu pencapaian prestasi akademik ataupun olahraga, kontes untuk mendapatkan popularitas).
- d. Aktivitas yang merupakan upaya jangka pendek untuk membuat masalah menjadi kurang berarti dalam kehidupan (misal : penyalahgunaan zat).



## 2. Pertahanan jangka panjang mencakup berikut ini :

### a. Penutupan identitas

Adopsi identitas premature yang diinginkan oleh orang terdekat tanpa memperhatikan keinginan, aspirasi, potensi diri individu.

### b. Identitas negatif

Asumsi identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan yang diterima masyarakat.

## 3. Mekanisme pertahanan ego

Mekanisme pertahanan ego yang sering dipakai adalah :

a. Fantasi, kemampuan menggunakan tanggapan-tanggapan yang sudah ada (dimiliki) untuk menciptakan tanggapan baru.

c. Disosiasi, respon yang tidak sesuai dengan stimulus.

Isolasi, menghindarkan diri dari interaksi dengan lingkungan luar.

d. Proyeksi, kelemahan dan kekurangan diri sendiri dilontarkan pada orang lain.

e. Displacement, mengeluarkan perasaan-perasaan yang tertekan pada orang yang kurang mengancam dan kurang menimbulkan emosi.

## **F. Psikogeriatri**

### **1. Pengertian psikogeriatri**

Cabang ilmu kedokteran yang memperhatikan pencegahan, diagnosis, terapi pencegahan gangguan fisik dan psikologik atau psikiatrik pada lanjut usia (Brocklehurst, Allen (1987, dalam Darmojo, 2009).

### **2. Pengertian keperawatan psikogeriatri**

Pelayanan profesional pada usia lanjut dengan respon adaptif-respon maladaptif terhadap perubahan bio-psiko-sosial dengan menggunakan diri sendiri, terapi komunikasi dan terapi modalitas melalui pendekatan proses keperawatan (Suseno, 2001).

### **3. Model keperawatan untuk usia lanjut**

#### **a. Perawatan usia lanjut sesuai model adaptasi Roy**

Tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan memanipulasi sistem dan potensi klien, memanipulasi kondisi lingkungan atau kombinasi keduanya. Tindakan ini bertujuan untuk mencapai tingkat adaptasi klien (Roy (1980, dalam Suseno, 2001).

#### **b. Perawatan usia lanjut sesuai model perawatan mandiri Orem**

Asuhan keperawatan diberikan apabila klien tidak dapat melakukan perawatan sendiri untuk memenuhi kebutuhan. Kondisi ini terjadi oleh karena perubahan yang progresif pada aspek bio-psiko-sosial.

#### **c. Perawatan usia lanjut sesuai sistem pelayanan Neuman**

Perawat membantu klien adaptif terhadap perubahan biologis (penurunan fungsi) membantu hubungan interpersonal (kehilangan

orang terdekat) yang berubah dan mempertahankan/meningkatkan hubungan sosial.

#### 4. Target pelayanan keperawatan

Usia lanjut terganggu jiwanya bukan hanya disebabkan oleh ketidakmampuan klien beradaptasi dengan perubahannya, tetapi mungkin karena pola perawatan dalam keluarga, tekanan kelompok, sosial, ekonomi, politik atau spiritual. Pelayanan bukan saja pada klien yang dirawat, namun juga mencakup keluarga klien sebagai sistem yang paling dekat, kelompok usia lanjut sebagai sistem pendukung yang paling penting, dan komunitas sebagai tempat usia lanjut berada dan yang bertanggung jawab terhadap kesehatan anggotanya (Suseno, 2001).

#### 5. Masalah keperawatan usia lanjut

##### a. Respon biologis

- (1) Pemeliharaan kebersihan diri
- (2) Pemenuhan nutrisi
- (3) Kebutuhan eliminasi
- (4) Kebutuhan rasa aman dan nyaman
- (5) Pemeliharaan latihan
- (6) Kebutuhan seksual

##### b. Respon psikosial

- (1) Kesepian

Biasanya dialami oleh lansia pada saat meninggalnya pasangan hidup, terutama apabila dirinya sendiri saat itu juga mengalami berbagai penurunan status kesehatan.

(2) Duka cita

Meninggalnya pasangan hidup, seorang teman dekat yang sangat disayangi akan memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan. Perlu seseorang yang dengan penuh empati mendengarkan keluhan dan memberikan hiburan yang dibutuhkan lansia.

(3) Depresi

Pada usia lanjut dimana stress lingkungan sering menyebabkan depresi dan kemampuan beradaptasi sudah menurun, akibat depresi pada usia lanjut sering kali tidak sebaik pada usia muda.

6. Fokus Pengkajian

Fokus pengkajian menurut Stuart (2006) :

a. Identitas

Nama, umur, tanggal lahir, status perkawinan dan anak, suku, agama, pekerjaan, pendidikan.

b. Keluhan utama / alasan masuk

Biasanya suatu pernyataan verbal tentang masalah. Apakah ada perbedaan bermakna dari laporan yang diberikan oleh orang yang menerima pesan.

c. Faktor predisposisi

Meliputi faktor yang mempengaruhi harga diri, faktor yang mempengaruhi performa peran, faktor yang mempengaruhi identitas pribadi. Harga diri sering disebabkan karena adanya koping individu yang tidak efektif akibat adanya kurang umpan balik positif, disfungsi sistem keluarga serta terfiksasi pada tahap perkembangan awal individu yang mempunyai koping individu tidak efektif akan menunjukkan ketidakmampuan dalam menyesuaikan diri atau tidak dapat memecahkan masalah terhadap tuntutan hidup serta peran yang dihadapi. Adanya koping individu tidak efektif sering ditunjukkan dengan perilaku sebagai berikut :

1) Data subjektif :

- a) Mengungkapkan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah.
- b) Mengungkapkan perasaan khawatir dan cemas yang berkepanjangan.
- c) Mengungkapkan ketidakmampuan menjalankan peran.

2) Data objektif :

- a) Perubahan partisipasi dalam masyarakat.
- b) Peningkatan ketergantungan.
- c) Memanipulasi orang lain disekitarnya untuk tujuan-tujuan memenuhi keinginan sendiri.
- d) Menolak mengikuti aturan-aturan yang berlaku.

- e) Perilaku destruktif yang diarahkan pada diri sendiri dan orang lain.
- f) Memanipulasi verbal / perubahan dalam pola komunikasi.
- g) Ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar.
- h) Penyalahgunaan obat terlarang.

d. Faktor presipitasi

Harga diri rendah dapat berisiko terjadinya isolasi sosial menarik diri, isolasi sosial menarik diri adalah gangguan kepribadian yang tidak fleksibel pada tingkah laku yang maladaptif, mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial. Isolasi sosial menarik diri sering ditunjukkan dengan perilaku antara lain :

1) Data subjektif

- a) Mengungkapkan enggan untuk memulai pembicaraan.
- b) Mengungkapkan perasaan lain untuk berhubungan dengan orang lain.
- c) Mengungkapkan kekhawatiran terhadap penolakan oleh orang lain.

2) Data Objektif

- a) Kurang spontan ketika diajak bicara.
- b) Apatik.
- c) Ekspresi wajah kosong.
- d) Menurun / tidak adanya komunikasi verbal.



e) Bicara dengan suara pelan dan tidak ada kontak mata.

e. Pemeriksaan fisik

Meliputi keadaan klien, tanda-tanda vital, berat badan dan keluhan fisik.

f. Psikososial

1) Genogram

Siapa yang tinggal serumah dengan klien, dimana klien harus menggambarkan silsilah keluarga, hubungan klien dengan keluarga, serta perannya didalam keluarga. Apakah termasuk keluarga yang bergerak maju dan tanyakan apakah dalam anggota keluarga klien ada yang mengalami gangguan jiwa.

2) Konsep diri

a) Gambaran diri adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, fungsi penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu yang secara berkesinambungan dimodifikasi dengan pengalaman baru setiap individu.

b) Identitas klien adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesa dari aspek konsep diri sendiri sebagai satu kesatuan yang utuh.

- c) Peran diri adalah sikap dan perilaku nilai serta tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat.
- d) Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana seharusnya ia berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau penilaian personal tertentu. Standar dapat berhubungan dengan tipe orang yang akan diinginkan atau sejumlah aspirasi, cita-cita, nilai-nilai yang ingin dicapai. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita, nilai-nilai yang ingin dicapai. Jika individu sering gagal, maka cenderung terjadi harga diri rendah. Harga diri rendah diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Aspek utama adalah dicintai dan menerima penghargaan dari orang lain, biasanya harga diri sangat rentan terganggu pada masa remaja dan usia lanjut.
- 3) Hubungan sosial  
Hubungan interpersonal seperti apa yang dapat dibuat oleh klien, apakah klien menjadi penyendiri, pengikut, pemimpin. Kelompok aktivitas apa yang dimiliki klien saat ini dan waktu lampau. Siapakah orang penting bagi klien saat ini dan dimasa lalu. Seperti apakah kepribadian klien sebelum sakit.
- 4) Spiritual  
Nilai dan keyakinan klien serta kegiatan ibadah klien.

g. Status mental

- 1) Penampilan kesan keseluruhan meliputi pakaian, postur tubuh menarik atau tidak, sisiran rambut, sehat atau sakit, tampak tua atau muda, marah, bingung, ketakutan, tidak nyaman, apatis, sikap rendah diri, tidak berharga.
- 2) Pembicaraan dengan mendengarkan pembicaraan pasien, apakah dengan volume keras, cepat, lambat, diberi tekanan atau diam saja. Apakah pasien mengalami gangguan kosakata.
- 3) Afek dan mood dengan memperhatikan apakah afek yang diamati pada saat wawancara sesuai dengan mood yang sesuai dengan isi pikirannya. Biasanya pada pasien gangguan konsep diri : harga diri rendah diperoleh afek tumpul.
- 4) Interaksi selama wawancara dari klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah diperoleh data bahwa klien kurang kooperatif, kontak mata kurang, tidak mampu memulai pembicaraan.
- 5) Proses pikir dapat dipahami atau tidak, apakah klien menunjukkan pembicaraan yang berputar-putar.
- 6) Periksa isi pikir klien akan adanya kecurigaan yang berlebihan, obsesi, depersonalisasi, atau adanya waham yang dialami pasien baik itu waham kebesaran, rujukan, kejar serta apakah pasien menyadari bahwa ia sakit atau mempunyai pikiran abnormal.

h. Kebutuhan persiapan pulang

Kemampuan klien memenuhi kebutuhan, kegiatan kehidupan sehari-hari, nutrisi, berpakaian dan berhias, istirahat dan tidur, penggunaan obat, pemeriksaan kesehatan, aktifitas didalam maupun diluar rumah.

i. Pengetahuan

Seberapa jauh klien dapat mengetahui cara menyelesaikan masalahnya, pendidikan tertinggi yang dicapai, kesulitan akademik tertentu yang dialami klien serta masalah perilaku dan sosial klien.

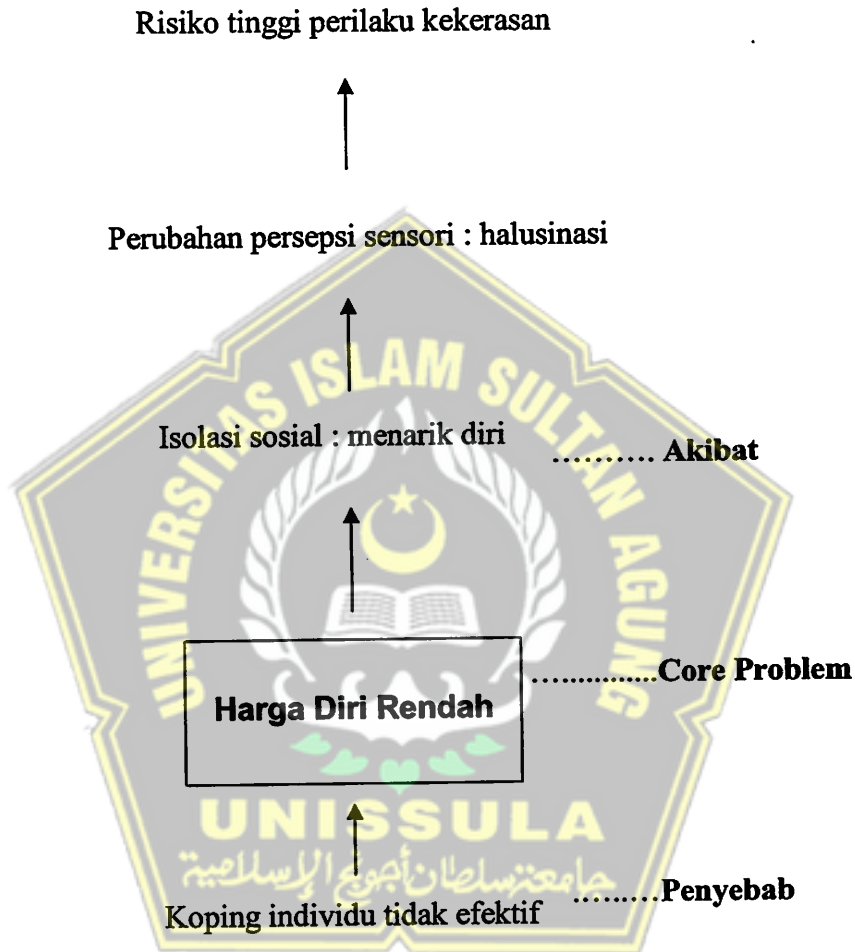
j. Aspek medis.

Meliputi obat dan data penunjang.



### G. Pohon Masalah

Menurut Fitria (2009) pohon masalah yang berhubungan dengan konsep diri : harga diri rendah adalah seperti di bawah ini :



Gambar 2.2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah

### H. Diagnosa Keperawatan

Menurut Fitria (2009) diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah adalah :

1. Harga diri rendah.

2. Isolasi sosial.
3. Perubahan persepsi sensori : halusinasi.
4. Risiko tinggi perilaku kekerasan.

## I. Fokus Intervensi

Menurut Workshop Standar Proses Keperawatan RS Marzoeki Mahdi Bogor (2007) fokus intervensi pada klien dengan konsep diri : harga diri rendah adalah :

### 1. Tujuan umum

Klien memiliki konsep diri yang positif.

### 2. Tujuan khusus

- a. TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

#### 1) Kriteria evaluasi :

- a) Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang.
- b) Ada kontak mata.
- c) Mau berjabat tangan.
- d) Mau menyebutkan nama.
- e) Mau menjawab salam.
- f) Klien mau duduk berdampingan dengan perawat.
- g) Mau mengutarakan masalah yang di hadapi.

#### 2) Intervensi

- a) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :



- (1) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
- (2) Perkenalkan diri dengan sopan.
- (3) Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien.
- (4) Jelaskan tujuan pertemuan.
- (5) Jujur dan menepati janji.
- (6) Tunjukkan sikap empati dan mau menerima klien apa adanya.
- (7) Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

Rasional :

Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

b. TUK 2 : Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.

1) Kriteria evaluasi :

Klien mengidentifikasi kemampuan dan aspek yang positif yang dimiliki klien.

2) Intervensi :

a) Diskusikan dengan klien tentang :

- (1) Aspek positif yang dimiliki klien, keluarga, lingkungan.
- (2) Kemampuan yang dimiliki klien.

b) Diskusikan kemampuan yang dimiliki klien

c) Beri pujian yang realistis, hindarkan penilaian negatif.

3) Rasional :

- a) Diskusikan tingkat kemampuan klien seperti menilai realistis, control diri atau integritas ego yang diperlukan sebagai dasar asuhan keperawatan.
- b) *Reinforcement* positif akan meningkatkan harga diri.
- c) Beri pujian yang realistis, hindarkan pemberian penilaian negatif.

2) TUK 3 : Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan.

1) Kriteria evaluasi :

Klien menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan.

2) Intervensi :

- a) Diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan.
- b) Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya.
- c) Beri pujian.

Rasional :

Pengertian tentang kemampuan yang dimiliki diri adalah persyaratan untuk berubah dan mengerti tentang kemampuan yang dimiliki dapat memotivasi klien untuk tetap mempertahankan penggunaannya.

d. TUK 4 : Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

1) Kriteria evaluasi :

Klien memiliki kemampuan yang akan dilatih, klien dapat membuat rencana kegiatan harian.

2) Intervensi :

a) Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan klien :

(1) Kegiatan mandiri.

(2) Kegiatan dengan bantuan.

b) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan kondisi klien.

c) Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan.

3) Rasional :

a) Klien adalah individu yang bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri.

b) Klien perlu bertindak realistis dalam kehidupannya.

c) Contoh peran yang dilihat klien akan memotivasi klien.

e. TUK 5 : Klien dapat melakukan kegiatan sesuai dengan rencana yang dibuat.

1) Kriteria evaluasi

Klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang telah dibuat.

2) Intervensi

- a) Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan.
- b) Pantau kegiatan yang telah dilaksanakan klien.
- c) Beri pujian atas usaha yang dilakukan klien.
- d) Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.

3) Rasional

- a) Memberikan kesempatan kepada klien mandiri di rumah.
- b) Reinforcement positif dapat meningkatkan harga diri konsumen.
- c) Memberikan kesempatan pada klien untuk melakukan kegiatan yang biasa dilakukan.

f. TUK 6 : Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada

1) Kriteria evaluasi :

Klien dapat memanfaatkan system pendukung.

2) Intervensi :

- a) Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah.
- b) Bantu keluarga dengan memberikan dukungan selama klien dirawat.
- c) Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.

3) Rasional :

- a) Mendorong keluarga untuk mampu merawat klien mandiri dirumah.
- b) Suport sistem keluarga akan sangat berpengaruh dalam proses penyembuhan.
- c) Meningkatkan peran serta keluarga untuk kesembuhan klien.



## BAB III

### RESUME KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

##### Identitas klien

Nama : Ny K

Umur : 59 tahun

Jenis kelamin : perempuan

Suku : jawa

Agama : Kristen

Status perkawinan : belum kawin

Alamat : semarang

No RM : 0.703.44

Diagnosa medis : HDR

Tanggal dirawat : 12 Maret 2010

Tanggal pengkajian : 29 Maret 2010







pernah dirawat di RSJ dan tidak pernah mengalami riwayat penganiayaan, namun klien sering mengalami keadaan tidak menyenangkan, yaitu selalu direndahkan dan tidak dihargai oleh teman sekantornya yang mempunyai latar belakang pendidikan lebih tinggi dibanding klien. Menurut Ny. K jika ada kesulitan pekerjaan di kantornya, teman-temannya tidak ada yang membantunya dan bersikap acuh. Akibat terlalu banyak masalah yang dihadapi, klien pernah mencoba untuk bunuh diri.

Klien menyukai seluruh bagian tubuhnya, bersyukur dan menerima keadaan fisiknya. Klien tidak merasa malu dengan bentuk tubuhnya. Klien menyadari dirinya sebagai seorang perempuan dan tidak menyesal dilahirkan sebagai seorang perempuan. Klien mengalami gangguan peran karena keadaan klien yang sudah tidak bekerja lagi membuat semua kebutuhan hidupnya ditopang oleh saudaranya. Klien juga tidak mempunyai tempat tinggal sehingga saat ini klien menumpang di rumah milik saudaranya dan tinggal sendiri di rumah tersebut. Klien berpikir jika dirinya hanya orang bodoh yang tidak memiliki kelebihan dan tidak mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup serta dalam bidang pekerjaan karena pendidikan SMAnya tidak sampai selesai. Perasaan tidak berguna itu semakin nyata ada pada diri klien, ketika klien selalu tidak dihargai dan diremehkan oleh teman-teman kantornya, keluarga, dan tidak dipedulikan oleh teman seruangannya. Klien mengatakan ingin pulang kemudian berusaha untuk mencari uang sendiri dan mampu mencukupi kebutuhan hidupnya sendiri sehingga tidak membebani saudaranya.

Hubungan sosial klien juga mengalami gangguan karena klien tidak mempunyai orang terdekat dan tidak pernah mengikuti kegiatan di masyarakat. Klien dalam kesehariannya tidak suka berhubungan dengan orang lain baik teman kantor maupun teman di lingkungan rumah karena merasa tidak dihargai dan diremehkan oleh teman-temannya.

Sebelum dibawa ke rumah sakit, setiap minggu klien pergi ke gereja untuk beribadah sesuai dengan keyakinannya. Klien hanya berdoa ketika sedang berada di kamar dan tidak ke gereja setelah berada di lingkungan rumah sakit. Klien terkadang merasa sia-sia beribadah karena permohonannya tidak di dengar Tuhan sehingga keinginannya jarang dikabulkan.

Klien mandi 2 kali dalam sehari, penampilannya cukup bersih, rapi dan sederhana dan menyisir rambut dengan rapi tanpa bantuan orang lain. Klien mandiri saat mengganti pakaian, tidak memakai rangkap dan tidak terbalik. Klien mau memakai pakaian yang sudah disediakan dari ruangan.

Klien dapat melakukan aktifitas makan dengan mandiri dan selalu menghabiskan makanannya. Klien makan bersama-sama dengan porsi yang wajar dan sesuai menu yang diberikan rumah sakit. Klien dapat membereskan alat-alat makan setelah selesai makan.

Bicara klien lambat dengan volume bicara rendah. Setiap kali berinteraksi, klien tidak mendominasi situasi sehingga klien sedikit berbicara. Pembicaraan klien koheren dan terarah saat menceritakan apa yang terjadi pada diri klien, gaya bicara klien masih dalam batas yang wajar tidak berteriak-teriak.

Keadaan klien cukup tenang dan jarang mondar-mandir. Klien lebih suka duduk sendiri ataupun dikamar dalam waktu yang cukup lama. Klien kelihatan lesu sehingga ketika berjalan tampak lambat namun masih dalam kapasitas yang wajar tidak gemetar. Klien mau beraktivitas jika dimotivasi orang lain.

Kontak mata klien kurang dan tidak berani menatap lawan bicara serta belum bisa terbuka dengan perawat pada awal pertemuan. Beberapa kali pertemuan, klien menjadi lebih baik, cukup kooperatif dan mau menatap perawat meskipun tidak intensif.

Klien merasa saat berada di rumah sakit perasaannya biasa saja karena hari-hari yang dilaluinya tidak ada yang istimewa. Klien merasa putus asa atas keadaannya yang sekarang karena sudah tidak dapat bekerja lagi selain itu juga tidak memiliki rumah ataupun harta benda yang lain.

Mekanisme koping yang digunakan klien dalam menghadapi masalah adalah dengan memendam sendiri masalahnya sehingga klien lebih suka diam dan jarang menceritakannya kepada orang lain. Cara klien dalam menghadapi masalah biasanya hanya beristirahat agar pikirannya kembali tenang.

Lingkungan rumah klien cenderung lingkungan yang tertutup sehingga kurang mendukung kesembuhan klien. Kehidupan bertetangga di rumah klien hanya saling mengenal namun tidak terjalin keakraban dengan tetangga.

Teman segereja klien yang membawa klien ke rumah sakit dan juga merawat klien mengetahui jika klien perlu mendapat perawatan dengan baik serta kontrol dengan teratur. Teman klien mengetahui cara perawatan klien termasuk penggunaan obat secara teratur.

Klien minum obat secara mandiri dan teratur 2 kali sehari pada pagi dan sore hari setelah makan. Klien selalu dalam pengawasan perawat ketika minum obat walaupun klien tidak berusaha untuk menyembunyikan obat tersebut. Terapi medik yang didapat klien yaitu chlorpromazine 2X50 mg, stelazine 2X10 mg, trihexyphenidil 2X2 mg.

Berdasarkan beberapa penyebab di atas timbul konflik dalam diri klien karena klien yang sudah tidak dapat mencukupi kebutuhannya sendiri dan tergantung pada saudaranya. Klien juga merasa tidak berguna, bodoh, dan tidak mempunyai kelebihan. Klien lebih suka memendam sendiri ketika ada masalah dan tidak terlalu suka berhubungan dengan orang lain.

#### B. Pohon masalah

Pohon masalah sesuai dengan kasus asuhan keperawatan pada Ny. K adalah sebagai berikut :

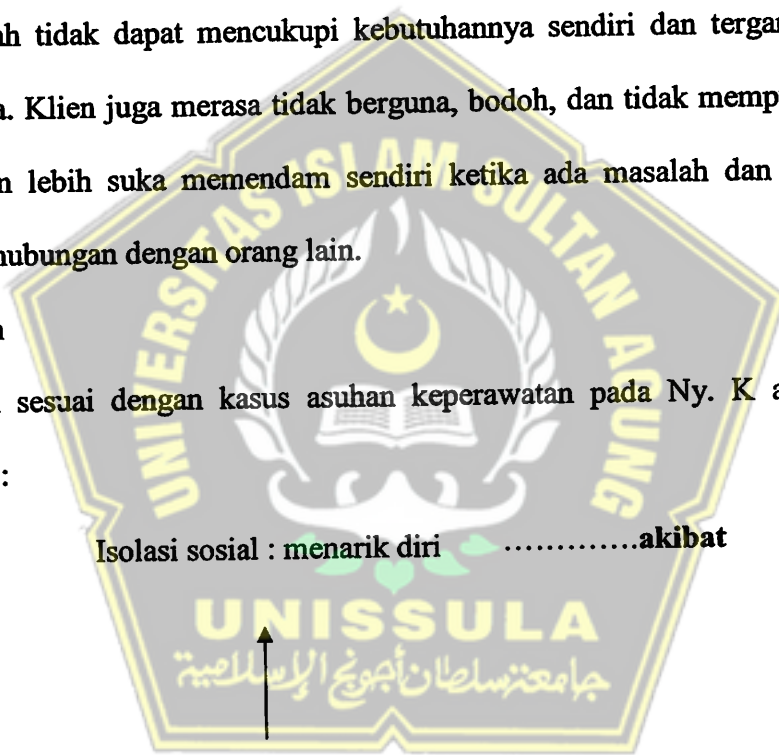
Isolasi sosial : menarik diri .....akibat

**Harga Diri Rendah**

.....core problem

Gangguan Peran

.....penyebab



### C. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian pada Ny. K diatas, maka penulis mengangkat diagnosa keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah. Hal ini didukung dengan data subjektif yaitu klien mengatakan dirinya hanya orang bodoh yang tidak memiliki kelebihan dan tidak mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup serta dalam bidang pekerjaan. Klien juga mengatakan pendidikan SMAnya tidak sampai selesai. Klien mengatakan jika tidak dihargai dan diremehkan oleh teman sekantor, keluarga dan tidak dipedulikan oleh teman seruarganya. Data objektif yang mendukung diagnosa diatas adalah klien tampak putus asa, kontak mata klien kurang, klien tidak berani menatap lawan bicara dan sedikit bicara dengan nada bicara lambat dan rendah.

### D. Intervensi keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Ny. K pada tanggal 29 maret 2010 secara umum bertujuan agar Ny. K memiliki konsep diri yang positif. Penulis merencanakan beberapa tindakan keperawatan yang terdiri dari:

Tujuan khusus yang pertama (TUK 1) adalah dapat terbina hubungan saling percaya antara klien dan perawat. Kriteria evaluasi yang diharapkan yaitu ekspresi wajah klien bersahabat, menunjukkan rasa senang, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam dan duduk berdampingan dengan perawat serta mengutarakan masalah yang di hadapi. Intervensi yang dilakukan adalah dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik yaitu sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien, jelaskan tujuan



pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan mau menerima klien apa adanya, beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien. Terbinanya hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

Tujuan khusus kedua (TUK 2) yaitu klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. Kriteria evaluasi yang diharapkan yaitu klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek yang positif yang dimiliki. Intervensi yang dilakukan adalah diskusikan dengan klien tentang aspek positif yang dimiliki klien, keluarga, lingkungan, kemampuan yang dimiliki klien, diskusikan kemampuan yang dimiliki klien, beri pujian yang realistis, hindarkan penilaian negatif. Rasionalisasi tindakan di atas adalah mendiskusikan tingkat kemampuan klien adalah menilai realistis, control diri atau integritas ego yang diperlukan sebagai dasar asuhan keperawatan, *reinforcement* positif akan meningkatkan harga diri.

Tujuan khusus ketiga (TUK 3) adalah klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan. Kriteria evaluasi yang diharapkan klien mampu menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan. Intervensi yang dilakukan yaitu diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan, diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya dan beri pujian. Rasionalisasi tindakan di atas bahwa pengertian tentang kemampuan yang dimiliki diri adalah persyaratan untuk berubah dan mengerti tentang kemampuan yang dimiliki dapat memotivasi klien untuk tetap mempertahankan penggunaannya.

Tujuan khusus keempat (TUK 4) yaitu klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Kriteria evaluasi yang diharapkan klien memiliki kemampuan yang akan dilatih, klien dapat merencanakan kegiatan harian. Intervensi yang dilakukan adalah merencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan klien, kegiatan mandiri, kegiatan dengan bantuan, tingkatkan kegiatan sesuai dengan kondisi klien, beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan. Rasional dari tujuan khusus keempat karena klien adalah individu yang bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri sehingga klien perlu bertindak realistis dalam kehidupannya, contoh peran yang dilihat klien akan memotivasi klien.

Tujuan khusus kelima (TUK 5) adalah klien dapat melakukan kegiatan sesuai dengan rencana yang dibuat. Kriteria evaluasi yang diharapkan adalah klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang telah dibuat. Intervensi yang dilakukan yaitu anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan, pantau kegiatan yang telah dilaksanakan klien, beri pujian atas usaha yang dilakukan klien, diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang. Rasionalisasi dari tindakan diatas adalah memberikan kesempatan kepada klien mandiri di rumah, *reinforcement* positif dapat meningkatkan harga diri klien, memberikan kesempatan pada klien untuk melakukan kegiatan yang biasa dilakukan.

Tujuan khusus keenam (TUK 6) yaitu klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada. Kriteria evaluasi yang diharapkan adalah klien dapat memanfaatkan sistem pendukung. Intervensi yang dilakukan adalah beri

pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah, bantu keluarga dengan memberikan dukungan selama klien dirawat, bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah. Rasionalisasi tindakan di atas adalah jika mendorong keluarga untuk mampu merawat klien mandiri dirumah akan sangat berpengaruh dalam proses penyembuhan, meningkatkan peran serta keluarga untuk kesembuhan klien.

#### **E. Implementasi Keperawatan**

Implementasi TUK 1 dan 2 dari asuhan keperawatan pada Ny. K dilakukan pada hari senin, 29 maret 2010 pukul 08.30 yaitu mengucapkan salam dan menyapa dengan ramah dan bersahabat serta penuh perhatian, memperkenalkan diri dengan sopan dan jelas, menjelaskan tujuan pertemuan dengan menunjukkan sikap empati, menanyakan nama klien dan nama panggilan yang disukai, menyampaikan kontrak topik, tempat dan waktu pertemuan, membantu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. Evaluasi pada pertemuan ini hubungan saling percaya terbina terbukti dari sikap klien yang mau menyebutkan nama, menjawab salam, duduk berdampingan dengan perawat serta berinteraksi dengan perawat sesuai dengan kontrak waktu, klien mampu menceritakan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki diantaranya disiplin, rajin, suka membaca buku dan memasak untuk mengisi waktu luang namun belum seluruhnya diungkapkan. Rencana tindak lanjut TUK 2 untuk perawat yaitu membantu klien untuk mengungkapkan kemampuan lain, membantu klien untuk menilai kemampuan yang dimiliki dan memotivasi klien untuk mengingat

kembali kemampuan yang belum diungkapkan, sedangkan rencana tindak lanjut untuk klien yaitu mengingat kembali kemampuan yang belum diungkapkan.

Implementasi untuk mencapai TUK 2 dan 3 dilakukan pada hari selasa tanggal 30 maret 2010 jam 08.00 WIB. Penulis menggunakan komunikasi terapeutik menjelaskan tujuan pertemuan, menyampaikan kontrak topik, tempat dan waktu pertemuan, membantu kemampuan klien yang masih bisa dilakukan di rumah sakit, membantu klien untuk mengungkapkan kemampuan lain yang biasa dilakukan di rumah. Evaluasi dari pertemuan ini klien mampu menceritakan aspek positif dan kemampuan lain yang dimiliki yaitu mencuci gelas dan peralatan lain, olahraga, klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilakukan di rumah sakit meskipun hanya beberapa kegiatan saja yaitu menata kursi, menonton TV, jalan-jalan, menyapu, merapikan tempat tidur. Rencana tindak lanjut TUK 3 untuk perawat yaitu bimbing klien untuk memasukan kegiatan (yang bisa dilakukan) dalam jadwal harian dan memotivasi klien untuk mengingat kegiatan yang lain yang biasa dilakukan di rumah sakit, sedangkan rencana tindak lanjut untuk klien yaitu mengingat kegiatan yang lain yang biasa dilakukan di rumah sakit.

Implementasi TUK 3 dan 4 ini dilaksanakan pada hari selasa tanggal 30 maret 2010 jam 12.30 WIB. Penulis tetap menerapkan komunikasi terapeutik menjelaskan tujuan pertemuan, menyampaikan kontrak topik, tempat dan waktu, membantu klien menilai kemampuan lain yang masih bisa digunakan dirumah sakit serta membimbing klien untuk memasukan kegiatan ke jadwal harian. Evaluasi dari pertemuan ini klien mampu menyebutkan kegiatan lain yang masih dapat dilakukan di rumah sakit antara lain menata meja makan, menyapu, mencuci

gelas dan sendok, klien mampu membuat jadwal harian seperti berikut : pukul 05.30 WIB bangun tidur, mandi pagi, pukul 06.00 WIB merapikan tempat tidur, pukul 06.30 WIB menonton TV, pukul 07.00 WIB jalan-jalan, pukul 07.30 WIB menyiapkan meja makan, pukul 08.00 WIB makan pagi, pukul 08.30 WIB membersihkan meja makan, pukul 09.00 WIB mencuci gelas dan sendok, pukul 09.30 WIB menyapu, pukul 10.00 WIB membaca buku, pukul 11.30 menata meja makan, pukul 12.00 WIB makan siang, pukul 13.00 WIB mencuci gelas dan sendok, pukul 13.30 WIB tidur siang, pukul 15.30 WIB mandi dan merapikan tempat tidur, pukul 16.00 WIB mengobrol dengan teman, pukul 16.30 WIB menata meja makan, pukul 17.00 WIB makan, pukul 17.30 WIB menyapu dan menata kursi, pukul 18.30 WIB membaca buku, pukul 20.00 WIB istirahat. Rencana tindak lanjut TUK 4 untuk perawat yaitu bimbing klien untuk melakukan kegiatan yang ada dalam jadwal serta memotivasi klien untuk melakukan kegiatan yang sudah dibuat sesuai jadwal, sedangkan rencana tindak lanjut untuk klien yaitu melakukan kegiatan yang sudah dibuat sesuai jadwal.

Implementasi TUK 5 dilaksanakan pada hari rabu tanggal 31 maret 2010 jam 08.30 WIB yaitu mengucapkan salam sesuai dengan komunikasi terapeutik, menjelaskan tujuan pertemuan, memanggil nama kesukaan klien, menyampaikan kontrak topik, tempat dan waktu, mendampingi klien saat melakukan kegiatan yaitu menyapu. Evaluasi dari pertemuan ini klien mampu mendemonstrasikan satu kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki klien yaitu menyapu. Rencana tindak lanjut perawat pada pertemuan ini delegasikan kepada perawat ruangan untuk membimbing klien melakukan kegiatan lain dengan teratur sesuai jadwal yang



telah dibuat serta memanfaatkan sistem pendukung yang ada, sedangkan rencana tindak lanjut untuk klien adalah melakukan kegiatan lain dengan teratur sesuai jadwal yang telah dibuat.





## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas perbandingan antara teori dan kasus yang diambil mengenai asuhan keperawatan pada Ny. K dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah di ruang Larasati. Pembahasan tersebut meliputi proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan selama 3 hari yang dimulai pada tanggal 29-31 maret 2010. Ny. K merasa jika dirinya tidak dihargai dan selalu diremehkan oleh keluarga, teman sekantor dan tidak dipedulikan oleh teman seruangannya. Hal ini dirasakan klien karena pendidikannya yang hanya SMA dan tidak sampai selesai selain itu kehidupan klien yang masih tergantung pada saudaranya. Ketergantungan klien pada keluarga disebabkan karena Ny. K sudah tidak bekerja lagi. Data-data diatas menunjukkan etiologi faktor predisposisi gangguan harga diri rendah yaitu kurang penghargaan (Suliwati, dkk, 2005), dan ketergantungan pada orang lain (Stuart, 2006). Hal ini karena kebutuhan hidup klien yang masih dipenuhi oleh saudaranya sehingga timbul penilaian negatif pada diri klien. Faktor presipitasi munculnya gangguan harga diri rendah pada ny. K adalah pengalaman tidak menyenangkan karena rumah yang ditematinya dijual.

Menurut Yosep (2009) tanda dan gejala harga diri rendah diantaranya mengejek dan mengkritik diri sendiri, sulit bergaul, menarik diri, merusak diri untuk mengakhiri hidup, perasaan tidak mampu, tidak berani menatap lawan bicara, serta bicara lambat dengan nada suara lemah. Tanda dan gejala diatas tampak dialami klien, dimana klien merasa dirinya orang bodoh yang tidak memiliki kelebihan dan tidak mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup serta dalam bidang pekerjaan. Ny. K juga merasa tidak dihargai oleh teman sekantor, keluarga, dan tidak dipedulikan oleh teman seruangannya sehingga klien tidak mempunyai teman dekat dan menjadi orang yang sulit dalam bergaul juga menarik diri dari lingkungan. Kurang dihargainya klien oleh orang lain membuat dirinya pernah mencoba untuk bunuh diri. Awal interaksi perawat dengan Ny. K kurang baik karena klien tidak berani menatap selain itu klien sedikit bicara dengan nada bicara lambat dan rendah.

Menurut Rasmun (2004) secara alamiah baik disadari ataupun tidak, individu sesungguhnya telah menggunakan strategi koping dalam menghadapi stres. Koping sendiri diartikan sebagai usaha perubahan kognitif dan perilaku secara konstan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi. Koping yang efektif menghasilkan adaptasi yang menetap yang merupakan kebiasaan baru dan perbaikan dari situasi yang lama, sedangkan koping yang tidak efektif berakhir dengan maladaptif yaitu perilaku yang menyimpang dari keinginan normatif dan dapat merugikan diri sendiri, orang lain ataupun lingkungan.

Pada kasus Ny. K dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah, klien menggunakan koping individu yang tidak efektif dengan memendam

masalahnya sendiri sehingga lebih suka diam dan jarang menceritakan kepada orang lain, cara klien dalam menghadapi masalah biasanya hanya beristirahat agar pikirannya kembali tenang. Koping yang digunakan Ny. K dikategorikan pada koping psiko-sosial yang menimbulkan reaksi yang berorientasi pada ego yaitu represi karena menekan perasaan/pengalaman yang menyakitkan atau konflik atau ingatan dari kesadaran yang cenderung memperkuat mekanisme ego lainnya, selain itu juga menimbulkan reaksi yang berorientasi pada tugas lebih spesifiknya perilaku menarik diri (*withdrawl*). Hal ini karena secara *physik* dan psikologis klien secara sadar meninggalkan sumber stres dengan memendam sendiri masalahnya, tidak mau menceritakan pada orang lain dan reaksi psikologisnya klien lebih pendiam sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Stuart dan Sundeen (1991) dalam Rasmun (2004). Cara Ny. K dalam menghadapi masalah dengan beralih pada aktivitas lain yaitu beristirahat agar pikirannya kembali tenang termasuk dalam metode koping jangka pendek. Metode koping jangka pendek digunakan untuk mengurangi stres dan cukup efektif untuk waktu sementara, tetapi tidak efektif jika digunakan dalam jangka panjang contohnya banyak tidur dan beralih pada aktifitas lain agar dapat melupakan masalah (Bell (1977, dalam Rasmun, 2004).

Pada pengkajian penulis tidak mencantumkan lebu dalam alasan klien belum menikah dan memilih untuk hidup sendiri tanpa membangun keluarga.

Pada pengkajian pemeriksaan fisik penulis tidak mencantumkan pengkajian fisik secara lengkap (*head to toe*), hal ini karena kurang telitinya

penulis dalam mengkaji. Pada pengkajian konsep diri yaitu peran diri penulis tidak mencantumkan peran klien dalam masyarakat apakah juga terjadi gangguan peran di masyarakat.

Pada pengkajian psikosial penulis tidak mengkaji dukungan keluarga terhadap klien karena tidak ada keluarga yang menjenguk. Hal ini sebetulnya perlu untuk dikaji karena keluarga mempunyai peran yang penting dalam membantu perkembangan konsep diri terutama pada pengalaman masa kanak-kanak dimana suasana keluarga yang saling menghargai dan mempunyai pandangan yang positif akan menghasilkan perasaan positif dan berarti sehingga mendorong aktualisasi diri klien dan kesadaran akan potensi diri klien (Riyadi; Purwanto, 2009).

Pada pengkajian pengetahuan, penulis tidak mengkaji sejauh mana klien mengetahui tentang penyakitnya. Padahal pengetahuan seseorang tentang penyakitnya sangat berpengaruh terhadap kesembuhan, cara merawat serta cara mencegah penyakit. Seseorang yang mempunyai pengetahuan diri yang cukup dapat menghayati motif hidup dalam kesadaran, nafsu, hasrat, cita-cita dan tujuan hidup yang realistis dan dapat membatasi ambisi dalam batas normal sehingga mengetahui cara menanggapi pantangan pribadi dan sosial serta dapat melakukan kompensasi yang bersifat positif dan dapat menyalurkan rasa inferior. Kemampuan seseorang untuk belajar dari pengalaman hidup juga penting yaitu dalam menerima dan mengolah pengalaman tidak secara kaku, sanggup mengukur kekuatan sendiri supaya sukses dengan menggunakan metode yang benar (Maslow; Mittelman (dalam

Sundari, 2005) . Kemampuan adaptasi orang berbeda-beda dalam menghadapi rangsangan baik positif maupun negatif. Setiap orang mempunyai kemampuan yang digunakan untuk mencapai keseimbangan dalam menghadapi masalah yaitu adanya reaksi fisik terhadap adanya stressor yang masuk ke dalam tubuh baik secara alamiah ataupun yang dipelajari untuk mengurangi stressor, konsep diri yang menyangkut persepsi diri, yang melibatkan aktifitas mental dan pengungkapan perasaan diri, fungsi peran yang dimiliki seseorang juga mempengaruhi bagaimana individu dapat menjaga integritas diri melalui proses adaptasi, dan kemandirian yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian didalam mencapai sesuatu. Hasil akhir dari penggunaan coping yang tepat adalah suatu kondisi adaptasi, yaitu perilaku baru dari hasil modifikasi selama proses adaptasi sedangkan jika mengalami kegagalan akan terjadi perilaku maladaptif (Roy (1960, dalam Rasmun, 2004).

Menurut Yosep (2009) tanda dan gejala gangguan harga diri rendah diantaranya kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, kurang selera makan, namun hal tersebut tidak penulis temukan pada saat mengkaji karena klien selalu menghabiskan makanannya, mandi 2 kali sehari secara teratur dan cukup bersih menggunakan sabun dan menggosok gigi, dalam berpakaian pun sudah rapi, tidak terbalik, tidak rangkap dan tidak memerlukan bantuan orang lain, klien menyisir rambut setelah mandi dengan mandiri. Hal ini menunjukkan jika gangguan harga diri rendah yang dialami Ny. K tidak sampai menimbulkan defisit perawatan diri karena terbukti Ny. K masih mampu dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri dengan mandiri.



## B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada kasus Ny. K adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah. Harga diri rendah adalah keadaan individu mengalami atau berisiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan atau diri (Carpenito, 2006). Data subjektif yang didapat penulis pada kasus Ny. K yaitu klien mengatakan dirinya hanya orang bodoh yang tidak memiliki kelebihan dan tidak mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup serta dalam bidang pekerjaan. Klien juga mengatakan pendidikan SMAnya tidak sampai selesai. Klien mengatakan jika tidak dihargai dan diremehkan oleh teman sekantor, keluarga dan tidak dipedulikan oleh teman seruangannya. Data objektif yang mendukung data diatas adalah klien tampak putus asa, kontak mata klien kurang, klien tidak berani menatap lawan bicara dan sedikit bicara dengan nada bicara lambat dan rendah.

Data subjektif maupun data objektif yang didapat penulis sudah sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa keperawatan harga diri rendah menurut Carpenito (2006) baik batasan karakteristik mayor yaitu pengungkapan diri yang negatif, ekspresi rasa bersalah/malu, evaluasi diri karena tidak dapat menangani kejadian, menjauhi rasionalisasi/menolak umpan balik positif dan membesarkan umpan balik negatif mengenai diri, ragu untuk mencoba hal-hal/situasi baru, sedangkan batasan minornya adalah sering kurang berhasil dalam kerja atau kejadian hidup lainnya, penyelesaian diri berlebihan, bergantung pada pendapat orang lain, buruknya penampilan tubuh (kontak



mata, postur, gerakan), pasif, keragu-raguan, mencari jaminan secara berlebihan.

Gangguan peran merupakan penyebab munculnya harga diri rendah. Alasan penulis menjadikan gangguan peran sebagai penyebab harga diri rendah karena pada kasus Ny. K kehidupannya masih tergantung pada orang lain yaitu saudaranya sendiri. Hal ini dapat dilihat jika kebutuhannya masih dipenuhi oleh saudaranya baik kebutuhan sehari-hari maupun rumah karena klien yang sudah tidak bekerja. Ketergantungan klien pada saudaranya membuat klien merasa selalu direndahkan, tidak dihargai dan menilai negatif dirinya sendiri sehingga muncul diagnosa harga diri rendah.

### C. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi masalah pada Ny. K menggunakan Standar Proses Keperawatan RS Marzoeki Mahdi Bogor (2007) yaitu 6 tujuan khusus yang terdiri dari tujuan khusus yang pertama (TUK 1) adalah dapat terbina hubungan saling percaya antara klien dan perawat dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, tujuan khusus kedua (TUK 2) yaitu klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, tujuan khusus ketiga (TUK 3) adalah klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan, tujuan khusus keempat (TUK 4) yaitu klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, tujuan khusus kelima (TUK 5) adalah klien dapat melakukan kegiatan sesuai dengan rencana yang dibuat, dan tujuan khusus keenam (TUK 6) yaitu klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.

#### D. Implementasi Keperawatan

Tujuan khusus yang sudah diimplementasikan penulis pada Ny. K dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah selama 3 hari tanggal 29 maret 2010 sampai 31 maret 2010 yaitu tujuan khusus yang pertama (TUK 1) adalah dapat terbina hubungan saling percaya antara klien dan perawat, tujuan khusus kedua (TUK 2) yaitu klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, tujuan khusus ketiga (TUK 3) adalah klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan, tujuan khusus keempat (TUK 4) yaitu klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, tujuan khusus kelima (TUK 5) adalah klien dapat melakukan kegiatan sesuai dengan rencana yang dibuat.

Penulis mengalami hambatan dalam melakukan implementasi keperawatan pada Ny. K yaitu klien yang terkadang kurang kooperatif, hanya diam, atau suasana hati klien yang kurang baik sehingga dalam melakukan implementasi harus berulang-ulang. Penulis hanya dapat menyelesaikan sampai 5 TUK antara lain:

TUK 1 dan 2 dari asuhan keperawatan pada Ny. K dilakukan pada hari senin, 29 maret 2010 pukul 08.30 yaitu mengucapkan salam dan menyapa dengan ramah dan bersahabat serta penuh perhatian, memperkenalkan diri dengan sopan dan jelas, menjelaskan tujuan pertemuan dengan menunjukkan sikap empati, menanyakan nama klien dan nama panggilan yang disukai, menyampaikan kontrak topik, tempat dan waktu pertemuan, membantu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. Menurut Achir

Yani perawat yang memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak saja akan mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan klien, namun juga mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit (Purba, 2006, Komunikasi dalam Keperawatan, [Http://www.inna-ppni.or.id](http://www.inna-ppni.or.id), diunduh tanggal 19 Mei 2010). Memberi salam pada klien dengan menyebut namanya, menunjukkan kesadaran tentang perubahan yang terjadi, menghargai klien sebagai manusia seutuhnya yang mempunyai hak dan tanggung jawab atas dirinya sendiri sebagai individu (Stuart dan Sundeen (1950, dalam Purba, 2006, Komunikasi dalam Keperawatan, [Http://www.inna-ppni.or.id](http://www.inna-ppni.or.id), diunduh tanggal 19 Mei 2010).

TUK 2 dan 3 dilakukan pada hari selasa tanggal 30 maret 2010 jam 08.00 WIB. Penulis menggunakan komunikasi terapeutik menjelaskan tujuan pertemuan, menyampaikan kontrak topik, tempat dan waktu pertemuan, membantu kemampuan klien yang masih bisa dilakukan di rumah sakit, membantu klien untuk mengungkapkan kemampuan lain yang biasa dilakukan di rumah.

TUK 3 dan 4 ini dilaksanakan pada hari selasa tanggal 30 maret 2010 jam 12.30 WIB. Penulis tetap menerapkan komunikasi terapeutik menjelaskan tujuan pertemuan, menyampaikan kontrak topik, tempat dan waktu, membantu klien menilai kemampuan lain yang masih bisa digunakan dirumah sakit serta membimbing klien untuk memasukan kegiatan ke jadwal harian.

TUK 5 dilaksanakan pada hari rabu tanggal 31 maret 2010 jam 08.30 WIB yaitu mengucapkan salam sesuai dengan komunikasi terapeutik, menjelaskan tujuan pertemuan, memanggil nama kesukaan klien, menyampaikan kontrak topik, tempat dan waktu, mendampingi klien saat melakukan kegiatan yaitu menyapu.

Penulis belum mampu mengimplementasikan TUK 6 karena tidak bertemu dengan keluarga klien.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi dari tindakan keperawatan pada Ny. K dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah di ruang Larasati adalah :

Evaluasi pada TUK 1 dan 2 sudah sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan meskipun belum sepenuhnya. Hubungan saling percaya terbina terbukti dari sikap klien yang mau menyebutkan nama, menjawab salam, duduk berdampingan dengan perawat serta berinteraksi dengan perawat sesuai dengan kontrak waktu, klien mampu menceritakan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki diantaranya disiplin, rajin, suka membaca buku dan memasak untuk mengisi waktu luang namun belum seluruhnya. Penulis tidak mengkaji aspek positif yaitu dukungan keluarga terhadap klien padahal ini sangat diperlukan untuk kesembuhan klien. Perawat memiliki peran penting secara umum bertujuan untuk meningkatkan respon koping dan merubah perilaku maladaptif yang dapat dilakukan melalui kognisi terapi dan pada khususnya untuk meningkatkan aktivitas yang diharapkan, menurunkan perilaku yang tidak dikehendaki, meningkatkan rekreasi, serta meningkatkan

dan memberikan kesempatan dalam kemampuan sosial. Ada beberapa teknik kognitif terapi yang harus diketahui oleh perawat salah satunya dengan membentuk pola perilaku baru oleh perilaku yang diberikan *reinforcement*. Setiap perilaku yang diperkirakan sukses dari apa-apa yang diniatkan klien untuk melakukannya akan diberi pujian atau *reinforcement* selain itu juga dapat dengan teknik token economy yaitu bentuk *reinforcement* positif yang sering digunakan pada klien yang mengalami masalah psikiatrik. Hal ini dilakukan secara konsisten pada saat klien mampu menghindari perilaku buruk atau melakukan hal yang baik (Yosep, 2009).

Evaluasi dari TUK 2 dan 3 pada pertemuan ini dapat mencapai hasil yang diharapkan meskipun belum maksimal. Klien mampu menceritakan aspek positif dan kemampuan lain yang dimiliki yaitu mencuci gelas dan peralatan lain, olahraga, klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilakukan di rumah sakit meskipun hanya beberapa kegiatan saja yaitu menata kursi, menonton TV, jalan-jalan, menyapu, merapikan tempat tidur.

Evaluasi pada TUK 3 dan 4 ini sudah sesuai intervensi yang diharapkan. Hal ini dapat dilihat jika klien mampu menyebutkan kegiatan lain yang masih dapat dilakukan di rumah sakit antara lain menata meja makan, menyapu, mencuci gelas dan sendok, klien mampu membuat jadwal harian.

Evaluasi dari TUK 5 di pertemuan ini sudah sesuai hasil yang ingin dicapai, klien mampu mendemonstrasikan satu kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki klien yaitu menyapu.

Evaluasi dari TUK 6 tidak tercapai karena selama penulis mengelola klien, tidak ada keluarga menjenguk. Penulis sudah mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk mengimplementasikan TUK 6 dan membimbing klien melakukan kegiatan lain sesuai jadwal.





## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Kesimpulan karya tulis mengenai asuhan keperawatan dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah selama 3 hari pada tanggal 29 Maret 2010 sampai dengan tanggal 31 Maret 2010 adalah :

1. Hasil pengkajian yang dilakukan sejak tanggal 29 Maret 2010 sampai 31 Maret 2010 pada asuhan keperawatan Ny. K ditemukan beberapa masalah keperawatan diantaranya koping individu tidak efektif menyebabkan terjadinya gangguan peran, gangguan peran sendiri merupakan penyebab munculnya harga diri rendah, akibat adanya gangguan harga diri rendah pada Ny. K membuat dirinya menjadi menarik diri, selain itu juga munculnya distress spiritual karena klien merasa permohonannya jarang dikabulkan Tuhan dan keputusan karena keadaan klien yang sudah tidak mampu bekerja dan memenuhi kebutuhan hidup.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. K adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah.
3. Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah pada Ny. K adalah bina hubungan saling percaya dengan perawat, identifikasi kemampuan dan

aspek positif yang dimiliki klien, nilai kemampuan klien yang dimiliki untuk dilaksanakan, rencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki klien, lakukan kegiatan sesuai dengan rencana yang dibuat, manfaatkan sistem pendukung yang ada.

4. Implementasi tindakan keperawatan pada Ny. K sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan.
5. Evaluasi yang dapat penulis peroleh pada Ny. K dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah adalah terbinanya hubungan saling percaya antara perawat dengan klien, klien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, klien mampu menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan, klien mampu merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat, namun tujuan memanfaatkan sistem pendukung yang ada belum tercapai karena selama penulis mengelola klien, tidak ada keluarga menjenguk. Penulis sudah mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk memanfaatkan sistem pendukung yang ada serta membimbing klien untuk melakukan kegiatan lain sesuai jadwal.

## **B. Saran**

1. Bagi perawat
  - a. Perawat perlu memberikan informasi dan pendidikan kesehatan tentang masalah keperawatan gangguan konsep diri : harga diri

rendah agar pasien dan keluarga dapat melakukan perawatan lanjut di rumah dalam mencegah terjadinya kekambuhan.

- b. Perawat perlu meningkatkan kemampuan *caring* dalam melakukan perawatan agar pasien merasa nyaman dan terbinanya hubungan saling percaya dalam rangka mempercepat kesembuhan pasien.

## 2. Bagi institusi pendidikan

- a. Agar memberi dukungan moral maupun spiritual pada mahasiswa dalam rangka membuat karya tulis ilmiah.
- b. Adanya persamaan acuan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa antara pihak institusi pendidikan dengan lahan praktik sebelum pembuatan karya tulis ilmiah meskipun pada dasarnya semua metode pendokumentasian adalah benar.

## 3. Bagi lahan praktik

- a. Meningkatkan kerjasama dengan keluarga klien dalam menunjang keberhasilan perawatan pasien di rumah sakit maupun perawatan lanjut ketika di rumah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, Lynda Juall, 2006. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Darmojo; Boedhi, 2009. *Geriatric (Ilmu Kesehatan Usia lanjut)*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Damaiyanti, Mukhrifah, 2008. *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung : PT Refika Aditama.
- Diklat RSMM, 2007. *Workshop Standar Proses Keperawatan Jiwa*. Bogor : Diklat RSMM.
- Fitria, Nita, 2009. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan ( LP dan SP)*. Jakarta : Salemba Medika.
- Purba, 2006. *Komunikasi dalam Keperawatan*. [Http://www.inna-ppni.or.id](http://www.inna-ppni.or.id). Diunduh tanggal 19 Mei 2010.
- Rasmun, 2004. *Stres, Koping dan Adaptasi*. Jakarta : Sagung Seto.
- Riyadi, Sujono ; Purwanto Teguh, 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Santoso, Budi, 2008. *Ramadan dan Gangguan Jiwa*. [Http://www.suaramerdeka.com](http://www.suaramerdeka.com). Diunduh tanggal 5 Mei 2010.
- Stuart, Gail W, 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Suliswati, dkk, 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Sunaryo, 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Sundari, Siti, 2005. *Kesehatan Mental Dalam Kehidupan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Tarwoto, Wartonah, 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Yosep, Iyus, 2009. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama.