

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.A DENGAN GANGGUAN
KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH DENGAN DIAGNOSA
MEDIS BIPOLAR DI KLINIK REHABILITAS
MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE
SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam
Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh

HERDI

KHGA22050



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

TAHUN 2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.A DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH DENGAN DIAGNOSA MEDIS BIPOLAR DI KLINIK REHABILITAS MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

NAMA : HERDI

NIM : KHGA22050

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini di setujui untuk di sidangkan di hadapan

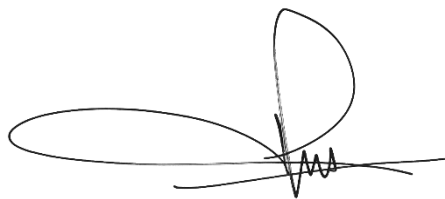
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui

Pembimbing



Wahyudin.,S.Kp.,M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.A DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH DENGAN DIAGNOSA MEDIS BIPOLAR DI KLINIK REHABILITAS MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

NAMA : HERDI
NIM : KHGA22050

Garut, Juni 2025

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

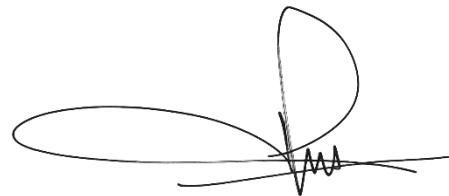
Angga D. Nagara., S.Kep.,Ners.,M.Kep

Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes

Mengetahui

Mengesahkan,

Ketua Program Studi D III Keperawatan



Pembimbing

K. Dewi Budiarti.,S.Kp.,M.Kep

Wahyudin.,S.Kp.,M.Kes

ABSTRAK
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.A DENGAN GANGGUAN
KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH DENGAN DIAGNOSA
MEDIS BIPOLAR DI KLINIK REHABILITAS MENTAL
NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

IV Bab, 110 halaman, 7 tabel, 5 bagan, 1 gambar, 2 lampiran.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.A dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Diagnosa Medis Bipollar”, penyusun merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan harga diri rendah, karena harga diri rendah merupakan gejala yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya bipolar. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah penyusun mendapatkan pengetahuan keterampilan, wawasan serta pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, observasi, wawancara dan studi pustaka. Harga diri rendah adalah melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan harga diri rendah meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang muncul pada Tn.A yaitu : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah dan Defisit Perawatan Diri. Penyusun juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan metode pendekatan terapeutik, memotivasi klien untuk mengenali kemampuan positif yang dimiliki. Penyusun mengevaluasi Tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa klien sudah mampu untuk mengenali serta melakukan kemampuan positif yang dimiliki walaupun dengan dukungan perawat. Maka diharapkan ada kerjasama antara klinik rehabilitasi, organisasi profesi, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa pada klien ODGJ.

Kata Kunci (Key word): Asuhan keperawatan, Harga Diri Rendah, Bipollar
Daftar Pustaka : 26 buah, Tahun 2015 s.d 2023

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. A dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah dengan Diagnosa Medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut” tepat waktu.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak akan dapat terselesaikan dengan baik tanpa dukungan dan kontribusi berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama proses penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusrandi, S.Kep., M.Kes selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep selaku ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak Wahyudin.,S.Kp.,M.Kes. selaku Pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penyusun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Angga D. Nagara., S.Kep.,Ners.,M.Kep. Selaku penguji I
7. Bapak Gin Gin Sugih P., S.Kep.,M.H.Kes. Selaku penguji II
8. Seluruh Staf Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Staf Administrasi dan Perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penyusun selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
10. Kepada Tn.A yang telah bersedia bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penyusun dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Terima kasih kepada kedua orang tua saya yang tercinta, Bapak Daman dan Ibu Wati, yang telah menjadi sosok luar biasa dalam kehidupan saya. Dengan penuh kasih sayang, mereka telah membesarkan, mendidik, serta senantiasa memberikan doa dan dukungan, baik secara moral maupun material, dalam setiap langkah perjalanan saya. Semoga segala pengorbanan, usaha, dan doa yang telah diberikan mendapatkan balasan terbaik dari Allah SWT berupa kebahagiaan di dunia dan akhirat. Penulis merasa sangat bersyukur dan bangga memiliki orang tua seperti Ayah dan Ibu. Semoga pencapaian ini dapat menjadi persembahan kecil yang mampu membahagiakan serta membanggakan keduanya. Aamiin.

12. Teruntuk teman-teman, Azis, Yusuf, M Taufik Hidayat, Raushan, Shandya, M Irsyad terimakasih telah membantu saya, menemani saya dalam membuat Karya Tulis Ilmiah ini.

13. Seluruh teman seperjuangan khususnya kelas 3B dan angkatan XXIX D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang tidak bisa disebutkan satu persatu “semoga kita bahagia dan menjadi orang-orang sukses Aamiin”.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa karya tulis ilmiah ini masih memiliki keterbatasan dan belum sepenuhnya sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat konstruktif dari para pembaca guna perbaikan dan penyempurnaan karya ini di masa mendatang.

Akhir kata, besar harapan penulis agar karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat dan kontribusi positif bagi semua pihak yang membacanya.

Garut, Juni 2025
Penyusun

Herdi

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	6
C. Metode Telaah	7
D. Sistematika Penulisan	9
BAB II	11
TINJAUAN MATERI	11
A. Konsep Dasar	11
1. Konsep Bipolar	11
2. Konsep Harga Diri Rendah	19
3. Konsep Defisit Perawatan Diri	30
4. Konsep Isolasi Sosial	36
B. Konsep Asuhan Keperawatan	46
BAB III	68
TINJAUAN KASUS	68

A. Tinjauan Kasus.....	68
1. Pengkajian	68
2. Analisa Data	81
3. Diagnosa Keperawatan.....	82
4. Perencanaan Keperawatan.....	85
5. Implementasi Dan Evaluasi	93
6. Catatan Perkembangan	95
B. Pembahasan.....	98
BAB IV	109
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	109
A. Kesimpulan	109
DAFTAR PUSTAKA	113
LAMPIRAN.....	116
DOKUMENTASI KEGIATAN.....	131
LEMBAR BIMBINGAN	132
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	134

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Diagnosa Penyakit Klinik Nur Illahie Assanie Samarang Garut Periode 2025	4
Tabel 2.1 Analisa Data.....	57
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	59
Tabel 3.1 Analisa Data.....	81
Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan.....	84
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi	91
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan.....	93

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang Respon Harga Diri Rendah.....	25
Bagan 2.2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah	30
Bagan 2.3 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri	33
Bagan 2.4 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri.....	36
Bagan 2.5 Rentang Respon Isolasi Sosial.....	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Siklus Suasana Hati Penderita Bipolar	13
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) pada klien dengan gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah

Lampiran 2 Dokumentasi Kegiatan

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa seorang individu berarti bahwa orang tersebut tidak terjangkit masalah mental, baik bersifat neurosisi maupun psikosomatik, yang ditandai dengan kemampuan beradaptasi secara luas dengan lingkungan sosial (Abdul Hamid, 2017).

Menurut Abdurrahman, 2017, seseorang dengan kesehatan jiwa yang optimal akan merasa menikmati dan bahagia pada setiap keadaan serta merasa rileks dalam suasana yang menegangkan. Penyakit mental pada dasarnya merupakan sindrom atau gangguan perilaku dan psikologi klinis individu yang pasti terkait dengan stres dan kecemasan (Akbar & Rahayu, 2021). Perempuan, terutama ibu rumah tangga, merupakan orang-orang yang paling berisiko mengalami gangguan psikologis atau stres dan depresi.

Menurut Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi gangguan mental di Indonesia mencapai sekitar 20% dari populasi, yang pada periode tersebut sekitar 250 juta. Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat mengungkapkan bahwa terjadi peningkatan sebesar 2,52% dalam jumlah orang dengan gangguan mental yang menerima layanan kesehatan mental pada periode antara 2019 hingga 2021.

Di Kabupaten Garut, dari Januari hingga Mei tahun 2023-2024, total 3.935 orang dengan gangguan mental dilaporkan telah menerima layanan kesehatan mental. Dari jumlah tersebut, **1.988 orang menderita gangguan afektif**

bipolar, 1.353 orang didiagnosis dengan skizofrenia, 389 diidentifikasi sebagai penyalahguna narkotika, zat psikotropika, dan obat terlarang adiktif lainnya (NAPZA), dan 205 orang mengalami keterbelakangan mental (Dinas Kesehatan, 2023-2024).

Sementara itu, di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Anssanie, yang terletak di kecamatan Samarang di Garut, terdapat 39 kasus baru pasien dengan gangguan kesehatan mental yang dilaporkan pada Mei 2025. Rincian kasus tersebut meliputi **32 orang dengan gangguan afektif bipolar**, 5 orang dengan skizofrenia, dan 2 orang dengan keterbelakangan mental.

Masalah gangguan Kesehatan jiwa dapat terjadi pada setiap tahapan usia manusia seperti anak, remaja, dewasa, hingga lansia. Jika pengobatan tidak dilakukan dengan cepat dan tepat, gangguan jiwa akan terus berkembang, yang otomatis dapat menurunkan produktivitas individu serta menambah beban fisik, mental, bahkan ekonomi bagi keluarga. Kesehatan jiwa merupakan hal yang tidak bisa disepelekan, dan untuk mengatasinya harus dilakukan secara multisektor, terlebih dukungan dari pihak keluarga. Sekarang ini, hampir seluruh pasien yang berobat memiliki kesempatan mendapatkan terapi pada tahap penyakit jiwa yang sudah parah. Salah satu bentuk gangguan jiwa berat tersebut adalah afektif bipolari (Rencana Aksi Kegiatan 2020–2025, Direktorat P2 Masalah Keperawatan Jiwa dan NAPZA).

Gangguan afektif bipolar merupakan salah satu jenis gangguan jiwa yang ditandai oleh episode manik, depresi, maupun gejala campuran. Gangguan ini bersifat kronis, cenderung berulang (rekuren), dan dapat berlangsung

sepanjang hidup individu. Penderita gangguan bipolar umumnya mengalami fluktuasi suasana hati (mood) yang ekstrem, yang disertai dengan perubahan signifikan dalam tingkat energi dan pola perilaku (Hadiati, 2022).

Gangguan bipolar memengaruhi lebih dari 60 juta orang di seluruh dunia. Gangguan ini terdiri atas dua jenis episode utama, yaitu fase manik dan fase depresi, yang umumnya diselingi oleh fase suasana hati yang stabil atau normal. Fase manik ditandai oleh peningkatan suasana hati secara berlebihan, aktivitas fisik yang meningkat, rasa percaya diri yang tinggi, serta penurunan kebutuhan untuk tidur. Seseorang yang hanya mengalami fase manik tanpa mengalami fase depresi tetap dapat diklasifikasikan sebagai penderita gangguan bipolar. Sementara itu, fase depresi ditandai dengan suasana hati yang menurun secara signifikan, kesulitan dalam berkonsentrasi atau membuat keputusan, pola bicara yang melambat, hilangnya minat terhadap hampir seluruh aktivitas, serta munculnya perasaan putus asa atau tidak berharga dan sering di sebut dengan harga diri rendah (Yankes, Kemenkes, 2023).

Harga diri rendah merupakan kondisi di mana individu memiliki persepsi negatif terhadap dirinya sendiri, yang ditandai dengan hilangnya rasa percaya diri serta perasaan gagal dalam mencapai harapan atau tujuan pribadi. Harga diri rendah dapat bersifat situasional, yaitu muncul akibat pengalaman traumatis yang terjadi secara tiba-tiba, seperti kecelakaan, tindakan operasi, perceraian, putus sekolah, pemutusan hubungan kerja, dan sebagainya. Selain itu, harga diri rendah juga dapat bersifat kronis, yaitu berlangsung dalam

jangka waktu yang lama. Dalam kondisi kronis ini, individu telah memiliki pola pikir negatif terhadap dirinya sendiri bahkan sebelum mengalami sakit atau menjalani perawatan (Abdul Muith, 2015).

Harga diri rendah kronis merupakan suatu kondisi di mana individu secara terus-menerus melakukan evaluasi negatif terhadap dirinya sendiri maupun terhadap kemampuannya. Kondisi ini ditandai dengan perasaan tidak berarti, tidak berharga, dan tidak berdaya yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia [SDKI], Cetakan III, 2017).

Berdasarkan hasil laporan dan rekam medik di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Anssanie Samarang Garut, jumlah yang menderita gangguan jiwa yang dirawat dari bulan januari sampai dengan mei 2024-2025, dapat dilihat di table berikut ini.

Tabel 1.1
Data dan Presentase Yang Mengalami Gangguan Jiwa Di Klinik Rehabilitas
Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut Periode Mei 2024-2025

No	Masalah Keperawatan Jiwa	Jumlah Pasien	Presentase (%)
1	2	3	4
1.	Halusinasi	25	65%
2.	Harga Diri Rendah (HDR)	8	20%
3.	Resiko Perilaku Kekerasan (RPK)	3	7,5%
4.	Waham	3	7,5%
Jumlah Kasus		39	100%

(Sumber: Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut)

Dari table di atas dapat disimpulkan bahwa orang yang mengalami

Gangguan Jiwa Di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut dengan Diagnosa Keperawatan Gangguan Harga Diri Rendah mendapati jumlah yaitu 8 Orang dari 39 Orang Pasien yang di rehabilitasi, sehingga berada di peringkat kedua gangguan yang muncul di Klinik tersebut. Hal ini terjadi karena kurangnya dukungan dan perhatian dari keluarga dan masyarakat yang diperlukan penderita, dan apabila tidak ditangani segera maka hal ini akan menimbulkan permasalahan yang baru.

Gangguan jiwa berupa harga diri rendah menempati urutan ke 2 dari 4 jenis gangguan jiwa yang teridentifikasi. Kondisi ini mencerminkan tingginya jumlah kasus harga diri rendah yang tercatat di Klinik Nur Illahie Assani Samarang Garut. Oleh karena itu, intervensi yang tepat sangat diperlukan sebagai bagian dari upaya peningkatan kesehatan jiwa. Apabila tidak segera ditangani, gangguan harga diri rendah berisiko menimbulkan gejala tambahan atau permasalahan baru pada pasien, serta dapat menyebabkan peningkatan jumlah kasus serupa di lingkungan klinik tersebut.

Melihat tingginya jumlah penduduk Indonesia, khususnya di wilayah Jawa Barat, yang mengalami permasalahan tersebut, penulis merasa terdorong untuk mengangkat isu ini sebagai fokus kajian. Penulis juga menilai pentingnya pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif, mulai dari tahap pengkajian hingga evaluasi, yang akan dikaji lebih lanjut melalui sebuah karya ilmiah dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.A Dengan Gangguan Konsep Diri Rendah Dengan**

Diagnosa Medis Bipolar Di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penyusun memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psiko, social dan spiritual kepada klien dengan gangguan konsep diri: Harga diri rendah.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah penyusun:

- a. Mampu melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn.A dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanic Samarang Garut.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Tn.A dengan Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- c. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur

Illahi Assanie Samarang Garut.

- d. Mampu melaksanakan implementasi/tindakan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keparawatan yang telah di laksanakan pada Tn.A dengan Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah denghan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

C. Metode Telaah

Penulisan studi kasus ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk laporan kasus asuhan keperawatan yang disusun berdasarkan proses keperawatan secara komprehensif. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan oleh penulis adalah

sebagai berikut:

1. Wawancara

Proses ini dikenal juga dengan anamnesis, yaitu kegiatan pengumpulan informasi melalui tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang sedang dialami oleh klien. Informasi diperoleh melalui komunikasi langsung dengan klien, keluarga, serta tim kesehatan lainnya.

2. Observasi

Teknik ini merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan melalui interaksi langsung antara perawat dan klien dalam bentuk tatap muka dan wawancara. Selain itu, data juga diperoleh melalui observasi, yaitu dengan mengamati secara langsung kondisi klien, baik respon yang bersifat adaptif maupun maladaptif.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menilai tanda-tanda vital dan kondisi umum klien. Melalui pemeriksaan ini, diperoleh data yang dapat mengindikasikan adanya potensi masalah kesehatan atau keperawatan yang dialami oleh klien.

4. Studi Dokumentasi

Data yang diperoleh penulis juga berasal dari rekam medis atau buku status klien, yang memuat informasi dan catatan yang relevan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Penulis melakukan studi literatur dengan menelaah berbagai sumber referensi, baik dari koleksi perpustakaan institusi maupun melalui akses daring, guna memperoleh landasan teori yang relevan dengan kasus yang dikaji.

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif yang dilakukan penulis diwujudkan melalui pelaksanaan asuhan keperawatan kepada Tn. A, seorang klien dengan gangguan konsep diri berupa harga diri rendah, yang didiagnosis secara medis mengidap gangguan bipolar. Kegiatan ini dilaksanakan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie, yang berlokasi di Samarang, Garut.

D. Sistematika Penulisan

Agar mempermudah dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menyusun isi laporan berdasarkan sistematika penulisan yang terstruktur sebagai berikut:

1. Bab I Pendahuluan

Bab ini menguraikan tentang latar belakang permasalahan, tujuan dari penulisan, metode yang digunakan dalam penelaahan, serta sistematika penyusunan karya tulis.

2. Bab II Tinjauan Teori

Bab ini membahas berbagai teori yang relevan dengan topik penulisan, yang dijadikan sebagai dasar dalam proses analisis. Materi yang disajikan mencakup konsep dasar penyakit, pengertian, psikodinamika gangguan bipolar, harga diri rendah, serta defisit perawatan diri. Selain itu, dibahas pula dampak harga diri rendah terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia, serta tahapan proses keperawatan jiwa yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3. Bab III Tinjauan Kasus Dan Pembahasan

Bab ini menguraikan pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan secara langsung di lapangan, mencakup tahapan pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, pelaksanaan tindakan, evaluasi, serta pencatatan perkembangan pada klien dengan gangguan konsep diri: harga diri rendah. Pada bagian pembahasan, diuraikan berbagai kesenjangan yang ditemukan antara pendekatan medis dan praktik keperawatan di lapangan, serta solusi yang diambil untuk mengatasi permasalahan tersebut.

4. Kesimpulan Dan Rekomendasi

Bab ini memuat kesimpulan dari hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan, serta rekomendasi yang bersifat konstruktif sebagai masukan untuk perbaikan dan pengembangan di masa mendatang.

5. DAFTAR PUSTAKA

6. LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN MATERI

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Gangguan Bipolar

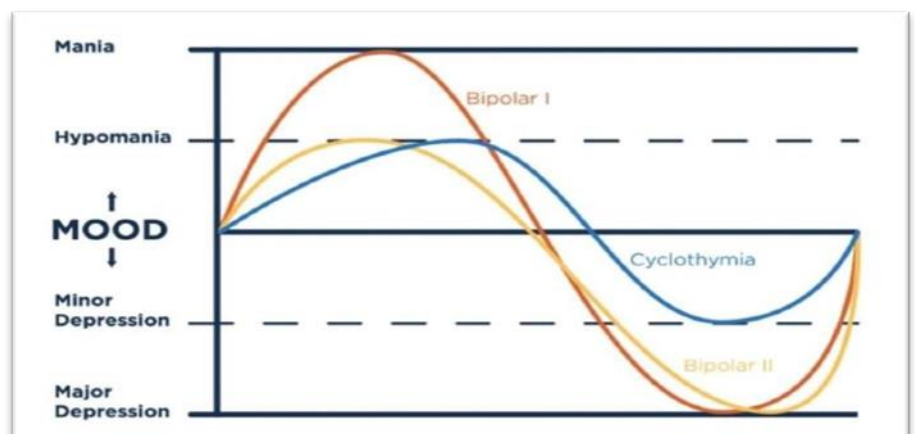
Bipolar merupakan gangguan suasana hati yang secara umum ditandai oleh adanya dua kondisi emosional yang sangat bertolak belakang, yaitu mania dan depresi. Kedua kondisi ini dapat berganti secara tiba-tiba tanpa dapat diprediksi kapan akan muncul atau mereda (Samosir, 2015). Gangguan bipolar seringkali dikategorikan sebagai gangguan mood, yang ditandai oleh fluktuasi suasana hati, tingkat aktivitas, serta energi individu (Mintz, 2015).

Gangguan bipolar adalah bentuk kelainan suasana perasaan (mood afektif) yang memengaruhi kondisi emosional individu, ditandai dengan gangguan yang nyata pada tingkat aktivitas. Kondisi ini ditandai oleh fluktuasi suasana hati yang ekstrem, mencakup periode peningkatan dan penurunan emosi, serta

perubahan signifikan pada tingkat energi dan aktivitas fisik. Kurangnya pemahaman masyarakat mengenai gangguan ini, yang gejalanya kerap menyerupai perubahan mood normal, seringkali menyebabkan keterlambatan dalam proses identifikasi dan penanganan pasien (Gunawan & Fernando, 2021).

Berdasarkan berbagai pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa gangguan bipolar merupakan salah satu bentuk gangguan pada regulasi suasana hati yang ditandai dengan perubahan emosi yang sangat drastis dan ekstrem. Penderita dapat mengalami pergeseran suasana hati secara tiba-tiba dari kondisi euforia atau mania menuju perasaan sedih yang mendalam atau depresi, dengan intensitas yang melampaui batas normal.

Gambar 2.1
Siklus Suasana Hati Penderita Bipolar



(Sumber : *internasional journal of bipolar disorder*, 2021)

- Cyclothymia atau gangguan suasana hati ringan.
- Bipolar tipe I: episode mania dengan setidaknya satu

episode depresi.

- Bipolar tipe II: episode depresi berulang dengan setidaknya satu episode hipomania.

Episode mania pada gangguan bipolar umumnya muncul secara mendadak dan dapat berlangsung selama dua minggu hingga sekitar empat sampai lima bulan. Sementara itu, episode depresi biasanya memiliki durasi yang lebih panjang, yaitu rata-rata enam bulan, meskipun umumnya tidak melebihi satu tahun, kecuali pada pasien lanjut usia.

b. Etiologi Gangguan Bipolar

Penyebab pasti gangguan bipolar hingga kini belum dapat dipastikan. Namun, para ahli menduga bahwa kondisi ini berkaitan dengan faktor genetik, ketidakseimbangan zat kimia di otak, serta gangguan pada fungsi sistem saraf otak. Di samping itu, terdapat sejumlah faktor lain yang dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami gangguan bipolar, antara lain:

1) Faktor Biologis

Di dalam otak dan tubuh manusia terdapat sejumlah zat kimia yang berperan penting dalam mengatur suasana hati atau kondisi emosional. Zat kimia yang berperan dalam pengendalian fungsi otak dikenal sebagai neurotransmitter, di antaranya noradrenalin, serotonin, dan dopamin. Neurotransmitter ini berfungsi untuk menyampaikan sinyal antar sel saraf (neuron) maupun dari neuron ke jaringan tubuh

lainnya. Gangguan bipolar sering kali dikaitkan dengan ketidakseimbangan neurotransmitter tersebut. Ketika terjadi ketidakseimbangan, seperti kadar noradrenalin yang terlalu tinggi atau terlalu rendah, maka dapat memicu gejala gangguan bipolar. Sebagai contoh, fase mania dapat muncul ketika kadar noradrenalin meningkat secara signifikan, sedangkan fase depresi dikaitkan dengan rendahnya kadar noradrenalin (Kaplan & Sadock's, 2015).

2) Faktor Genetik

Individu yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat gangguan suasana hati memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan serupa dibandingkan populasi umum. Risiko ini dipengaruhi oleh faktor genetik, di mana pengaruh keturunan pada depresi berat lebih signifikan dibandingkan dengan depresi ringan. Studi yang dilakukan terhadap keluarga menunjukkan bahwa kerabat tingkat pertama dari individu dengan gangguan bipolar tipe I memiliki risiko 8 hingga 18 kali lebih besar untuk mengalami gangguan serupa. Sementara itu, pada gangguan bipolar tipe II, risikonya berkisar antara 2 hingga 10 kali lipat untuk mengembangkan depresi berat. Sekitar 50% penderita bipolar tipe I memiliki orang tua yang juga mengalami gangguan mood, khususnya depresi. Risiko seorang anak mengalami gangguan mood mencapai 25% jika

salah satu orang tua mengidap gangguan bipolar tipe I, dan meningkat menjadi 50–75% apabila kedua orang tuanya menderita gangguan bipolar tipe I (Kaplan & Sadock's, 2015).

3) Faktor Lingkungan

Sejumlah literatur menunjukkan adanya keterkaitan antara fungsi keluarga dengan awal mula serta perjalanan klinis gangguan suasana hati, khususnya depresi berat. Kejadian-kejadian dalam kehidupan sehari-hari diketahui memiliki kontribusi signifikan terhadap timbulnya depresi. Pada gangguan bipolar, fase depresi sering kali dipandang sebagai respons emosional terhadap konflik internal antara harapan individu dan realitas yang dihadapi (E. Bibring, 2015). Penderita bipolar umumnya menyadari ketidaksesuaian antara kondisi hidup yang dijalani dengan standar ideal yang mereka harapkan, sehingga memunculkan perasaan tidak berdaya dan keputusasaan (Heinz, 2016). Selain itu, pemicu stres yang mungkin tampak ringan bagi kebanyakan orang justru dapat memberikan dampak psikologis yang besar dan destruktif pada individu dengan gangguan bipolar (Kaplan & Sadock's, 2015).

c. Manifestasi Klinis Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar ditandai dengan adanya fase atau episode perubahan suasana hati yang dapat berlangsung selama beberapa bulan. Dalam beberapa kasus, satu jenis episode dapat terjadi tanpa munculnya tipe lain selama bertahun-tahun (Dipiro et al., 2015). Beberapa jenis episode dalam gangguan bipolar antara lain meliputi:

1) Depresi Berat

Pada fase depresi, individu dengan gangguan bipolar cenderung lebih sering mengalami delusi, halusinasi, serta dorongan untuk melakukan tindakan bunuh diri dibandingkan dengan mereka yang menderita depresi unipolar (Dipiro et al., 2015). Penderita umumnya menunjukkan suasana hati yang terus-menerus murung, kehilangan minat terhadap aktivitas yang biasanya menyenangkan, mengalami perubahan berat badan yang signifikan, gangguan tidur berupa insomnia atau tidur berlebihan (hipersomnia), kegelisahan atau perlambatan psikomotorik, kehilangan energi, kesulitan berkonsentrasi, perasaan bersalah, putus asa, serta munculnya pikiran untuk mengakhiri hidup (Smith, 2015).

2) Fase Manik

Pada fase manik, individu mengalami lonjakan energi, muncul banyak ide, perasaan euforia yang berlebihan, serta

semangat yang tinggi. Episode manik ini umumnya muncul secara tiba-tiba dan intensitas gejalanya cenderung meningkat dalam beberapa hari. Tanda-tanda yang muncul dapat mencakup perilaku agresif, delusi bersifat paranoid, halusinasi, serta penurunan dalam kemampuan berinteraksi sosial dan produktivitas (Dipiro et al., 2015). Selain itu, pada fase ini seseorang cenderung bertindak secara impulsif, disertai dengan keyakinan diri yang tinggi dan rasa memiliki tujuan yang kuat (Kaplan & Sadock's, 2015).

3) Hiponamik

Pada fase hipomanik, tidak ditemukan gangguan signifikan dalam fungsi sosial maupun pekerjaan. Gejala seperti halusinasi dan delusi juga tidak muncul pada fase ini. Beberapa individu bahkan menunjukkan peningkatan produktivitas dibandingkan biasanya. Namun demikian, sekitar 5–15% penderita dapat mengalami pergeseran cepat menuju fase manik (Wells et al., 2015).

d. Penatalaksanaan Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar merupakan kondisi yang tidak dapat disembuhkan secara total, namun dapat dikendalikan melalui berbagai bentuk penatalaksanaan. Upaya pengobatan dan perawatan dilakukan dengan tujuan untuk menstabilkan suasana

hati penderita, dan biasanya disesuaikan dengan jenis serta tingkat keparahan gangguan bipolar yang dialami diantaranya:

1) Terapi Non Farmakologi

- a) Psikoterapi merupakan salah satu bentuk intervensi yang bertujuan untuk menangani penyalahgunaan zat serta meningkatkan kualitas hidup melalui perbaikan pola makan, tidur yang cukup, pengelolaan stres, aktivitas fisik, dan dukungan psikososial (Wells et al., 2015). Penatalaksanaan ini mencakup pemberian dukungan emosional, edukasi, serta bimbingan kepada individu yang mengalami gangguan bipolar. Jenis-jenis psikoterapi yang umum digunakan dalam menangani gangguan ini antara lain terapi keluarga, terapi kognitif, dan psikoterapi interpersonal (NIMH, 2016).
- b) Terapi kejang listrik (Electro Convulsive Therapy/ECT) merupakan pilihan penanganan yang direkomendasikan bagi pasien dengan gejala bipolar berat yang tidak memberikan respons terhadap pendekatan terapeutik lainnya. Penting bagi pasien dan keluarganya untuk mendiskusikan secara mendalam mengenai potensi manfaat dan risiko dari prosedur ini. ECT dapat menimbulkan sejumlah efek samping jangka pendek,

seperti disorientasi, kebingungan, serta gangguan daya ingat hingga amnesia (NIHM, 2015).

2) Terapi Farmakologi

Pendekatan farmakologis lini pertama dalam menangani episode manik maupun depresi berulang pada gangguan bipolar adalah pemberian Litium. Selain itu, obat-obatan penstabil suasana hati yang termasuk dalam golongan antikonvulsan, seperti carbamazepine dan asam valproat, juga sering digunakan dalam penatalaksanaan mania akut serta pencegahan kekambuhan. Lamotrigin diketahui efektif dalam mencegah episode berulang. Aripiprazol telah mendapat persetujuan dari FDA sebagai terapi untuk mengatasi episode manik pada gangguan bipolar. Di samping itu, penggunaan benzodiazepin dalam jangka pendek sebagai terapi tambahan juga dapat memberikan manfaat (APA, 2015).

2. Konsep Harga Diri Rendah

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah, menurut (Yosep, 2015) yaitu:

- a) Harga diri rendah
- b) Defisit perawatan diri
- c) Isolasi sosial

a. Definisi

Harga diri rendah merupakan suatu bentuk disfungsi psikologis yang bersifat luas dan tidak terbatas pada situasi tertentu. Banyak individu dengan kondisi ini mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan harga diri mereka. Ketika harga diri rendah berhasil diminimalkan, sejumlah gangguan psikologis dapat berkurang secara signifikan bahkan menghilang sepenuhnya. Harga diri sendiri merupakan aspek penting dalam kesehatan psikologis. Berbagai penelitian sebelumnya mengungkapkan bahwa harga diri yang rendah kerap ditemukan pada individu dengan gangguan mental. Sebaliknya, harga diri yang tinggi berkorelasi dengan tingkat kecemasan yang rendah, kemampuan berfungsi secara efektif dalam kelompok, serta penerimaan sosial yang lebih baik. Sementara itu, gangguan kesehatan juga dapat memengaruhi harga diri, yang pada akhirnya berkaitan dengan hubungan interpersonal yang buruk dan peningkatan risiko depresi. Perasaan negatif yang menetap dapat merusak kepercayaan diri seseorang dan mencerminkan gangguan dalam konsep harga diri (Wijayati et al., 2020).

Harga diri rendah dapat terbentuk dari pengalaman hidup seseorang selama masa pertumbuhannya. Faktor-faktor yang berkontribusi meliputi kurangnya kasih sayang, dukungan, serta tantangan yang membangun; ketiadaan cinta dan penerimaan dari lingkungan sekitar; seringnya mendapat kritik, ejekan, sindiran,

serta perlakuan sinis; hingga mengalami kekerasan fisik dan tindakan pelecehan. Selain itu, tidak adanya penghargaan atau pengakuan atas pencapaian individu, serta diabaikannya kelebihan dan keunikan pribadi, turut memperburuk persepsi individu terhadap dirinya sendiri (Pardede, Hafizudin, & Sirait, 2021).

Tingginya harga diri sering dikaitkan dengan tingkat kecemasan yang rendah, kemampuan berinteraksi secara efektif dalam kelompok, serta penerimaan sosial yang lebih baik. Sebaliknya, gangguan kesehatan dapat memengaruhi harga diri individu, yang kemudian berdampak pada hubungan interpersonal yang tidak sehat dan meningkatkan risiko munculnya depresi. Perasaan negatif yang terus-menerus terhadap diri sendiri dapat merusak kepercayaan diri serta menggambarkan adanya gangguan harga diri.

Harga diri yang rendah mencerminkan penilaian negatif individu terhadap dirinya sendiri, termasuk berkurangnya kepercayaan dan penghargaan terhadap diri. Kondisi ini bisa bersifat situasional, seperti akibat pengalaman traumatis, atau bersifat kronis akibat evaluasi negatif diri yang berlangsung lama. Manifestasinya dapat terlihat secara eksplisit maupun tersamar (Samosir, 2020).

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah merupakan kondisi psikologis yang ditandai dengan

perasaan tidak bernilai, tidak penting, dan inferior yang berlangsung dalam jangka waktu lama. Hal ini muncul akibat penilaian negatif terhadap diri sendiri maupun kemampuan yang dimiliki. Individu yang mengalaminya umumnya kehilangan kepercayaan diri dan merasakan kegagalan karena tidak mampu memenuhi harapan atau standar ideal yang mereka tetapkan sendiri.

b. Etiologi

Harga diri rendah situasional biasanya dipicu oleh ketidakmampuan individu dalam mengatasi stres atau tekanan karena kurangnya umpan balik yang membangun dari lingkungan sekitar. Kondisi ini dapat berakar sejak masa kanak-kanak, seperti sering disalahkan, kurang mendapatkan apresiasi atas keberhasilan, atau minimnya dukungan emosional. Ketika memasuki masa remaja, individu mungkin merasa tidak dihargai, tidak diberi kesempatan, serta mengalami penolakan sosial. Memasuki usia dewasa awal, kegagalan dalam pendidikan, pekerjaan, atau kehidupan sosial dapat semakin memperburuk kondisi ini. Faktor-faktor yang memengaruhi harga diri rendah terbagi menjadi dua, yakni faktor predisposisi (yang sudah ada sebelumnya) dan faktor presipitasi (yang memicu secara langsung) yaitu:

1) Faktor Presdiposisi

- a) Beberapa faktor yang memengaruhi tingkat harga diri antara lain meliputi pengalaman penolakan dari orang tua, ekspektasi orang tua yang terlalu tinggi atau tidak sesuai kenyataan, kegagalan yang terjadi secara berulang, kurangnya rasa tanggung jawab secara personal, ketergantungan yang tinggi terhadap orang lain, serta gambaran ideal diri yang tidak sesuai dengan kemampuan atau realitas.
 - b) Beberapa faktor yang turut memengaruhi pelaksanaan peran individu mencakup stereotip peran berdasarkan gender, tekanan atau tuntutan yang muncul dari peran pekerjaan, serta ekspektasi yang ditentukan oleh norma dan nilai budaya.
 - c) Faktor-faktor yang berperan dalam pembentukan identitas pribadi antara lain kurangnya kepercayaan dari orang tua, adanya tekanan dari lingkungan teman sebaya, serta terjadinya perubahan dalam struktur sosial masyarakat.
- 2) Faktor presipitasi

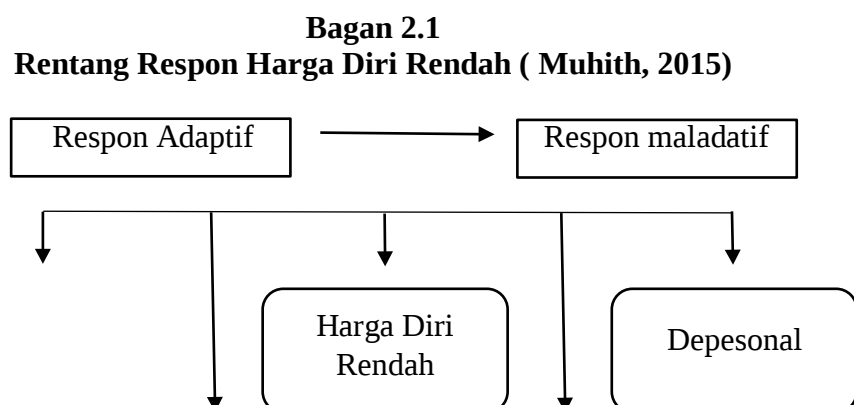
Faktor-faktor presipitasi yang dapat memicu munculnya harga diri rendah umumnya mencakup kehilangan anggota tubuh, perubahan bentuk atau penampilan fisik, serta penurunan produktivitas atau kegagalan dalam menjalankan aktivitas. Secara umum, gangguan konsep diri berupa harga diri rendah

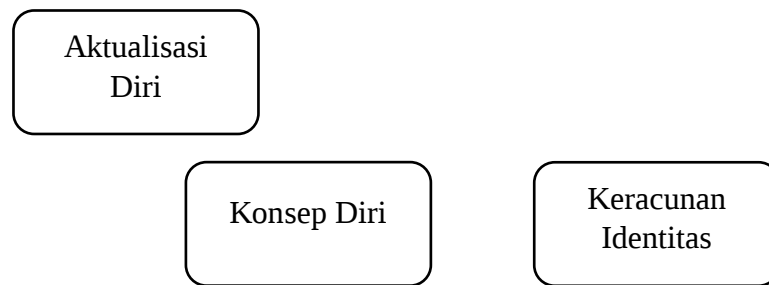
dapat bersifat situasional maupun kronis. Harga diri rendah situasional dapat dipicu oleh peristiwa traumatis yang terjadi secara mendadak, seperti tindakan operasi, kecelakaan, pemerkosaan, atau pengalaman dipenjara. Bahkan, perawatan di rumah sakit juga dapat menjadi pemicu, terutama apabila berkaitan dengan penyakit fisik atau penggunaan alat bantu medis yang menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien (Yosep, 2016).

3) Perilaku

Dalam proses pengumpulan data, perawat menilai baik aspek perilaku yang dapat diamati secara objektif maupun pengalaman subjektif yang dirasakan oleh klien, termasuk persepsi internalnya. Salah satu indikator dari harga diri rendah adalah kecenderungan individu untuk mengkritik diri sendiri secara berlebihan. Sementara itu, ketidakjelasan identitas dapat tercermin melalui adanya konflik dalam ciri-ciri kepribadian serta pengalaman depersonalisasi, yakni perasaan terlepas dari diri sendiri (Stuart, 2018).

c. Rentang Respon





Keterangan:

1) Respon Adaptif:

Aktualisasi diri dan pandangan positif terhadap konsep diri berperan sebagai upaya konstruktif dalam menghadapi stresor yang memicu ketidakseimbangan psikologis dalam individu.

2) Respon Maladaptif

Aktualisasi diri dan persepsi diri yang negatif cenderung bersifat destruktif, sehingga dapat menjadi respons yang tidak adaptif dalam menghadapi stresor yang mengganggu keseimbangan internal individu.

3) Aktualisasi Diri

Respons adaptif tertinggi ditunjukkan ketika individu mampu mengaktualisasikan potensi dan kemampuan yang dimilikinya secara optimal.

4) Konsep Diri Positif

Seseorang yang menunjukkan respons adaptif mampu mengenali kekuatan dan keterbatasannya secara objektif serta

berpikir positif dan realistis dalam mengevaluasi suatu permasalahan.

5) Keracunan Identitas

Kegagalan individu dalam menyatukan berbagai bentuk identifikasi yang terbentuk sejak masa kanak-kanak ke dalam struktur kepribadian psikososial yang stabil dan seimbang pada masa dewasa.

6) Depersonalisasi

Seseorang merasakan keterasingan yang tidak sesuai dengan kenyataan dari lingkungan sekitarnya, yang biasanya berkaitan dengan tingkat kecemasan yang ekstrem dan ketidakmampuan dalam menguji realitas. Individu kesulitan membedakan dirinya dengan orang lain, bahkan merasakan tubuhnya sendiri sebagai sesuatu yang tidak nyata dan asing.

d. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejalaharga diri rendah menurut (Keliat, 2015). adalah:

1. Individu mengalami rasa malu terhadap dirinya sendiri yang ditandai dengan rendahnya tingkat kepercayaan diri.
2. Individu merasakan rasa bersalah terhadap dirinya sendiri, terutama ketika mengalami kegagalan berulang dalam mencapai tujuan atau harapan tertentu.

3. Seseorang cenderung menilai dirinya lebih rendah dibandingkan orang lain, sehingga memandang dirinya tidak seberharga atau sepantas orang lain.
4. Kesulitan dalam menjalin interaksi sosial dapat terlihat dari perilaku menarik diri, kecenderungan untuk mengisolasi diri, serta keengganan untuk berinteraksi atau bertemu dengan orang lain.
5. Keyakinan diri yang rendah ditandai dengan perasaan tidak mampu, cenderung menarik diri dari lingkungan sosial, serta menunjukkan keengganan untuk melakukan interaksi atau bertemu dengan orang lain.
6. Kesulitan dalam membuat keputusan ditandai dengan kebingungan yang berlarut-larut saat harus menentukan pilihan atau mengambil tindakan tertentu.
7. Cenderung menunjukkan reaksi emosional yang berlebihan, seperti mudah merasa tersinggung atau mengalami ledakan kemarahan yang tidak proporsional terhadap situasi.
8. Kurangnya perhatian terhadap kebersihan dan penampilan diri terlihat dari pakaian yang tidak rapi, penurunan nafsu makan, enggan melakukan kontak mata saat berinteraksi, lebih sering menundukkan kepala, serta berbicara dengan suara yang lemah dan kurang percaya diri.

e. Penatalaksanaan

Menurut Lyus (2019), pendekatan untuk menangani harga diri rendah dapat dilakukan melalui berbagai terapi modalitas, seperti terapi individu, terapi keluarga, terapi kelompok, intervensi berbasis lingkungan, somatoterapi, serta penggunaan terapi komplementer sebagai bagian dari strategi pemulihan.

1) Somatoterapi

a) Terapi farmakologis untuk menangani harga diri rendah umumnya melibatkan penggunaan obat antidepresan, yang berfungsi dengan menghambat reuptake neurotransmitter seperti norepinefrin dan serotonin. Mekanisme ini membantu meningkatkan kadar neurotransmitter di otak, yang pada akhirnya dapat memperbaiki fokus dan konsentrasi individu yang mengalami gangguan tersebut.

b) Electro Convulsiv Therapy (ECT), atau yang sering disebut terapi kejutan listrik, merupakan salah satu bentuk pengobatan medis kontemporer yang dilakukan dengan memberikan stimulasi listrik berbentuk denyutan (pulse) ke otak pasien.

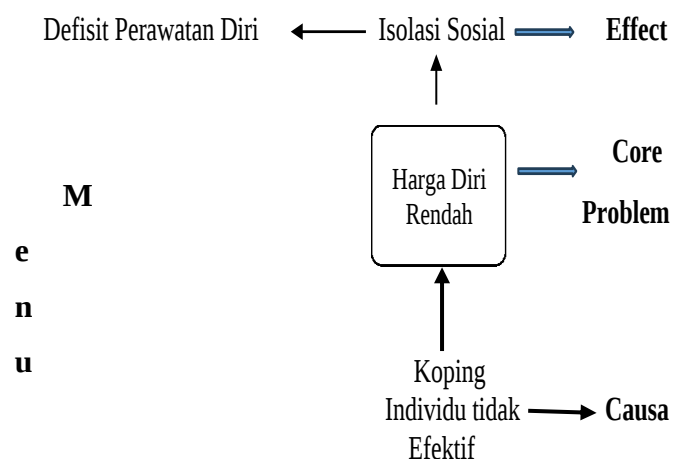
2) Terapi suportif bertujuan memberikan dorongan, motivasi, serta semangat kepada individu agar tidak merasa kehilangan harapan. Pendekatan ini mencakup terapi kognitif yang

difokuskan pada identifikasi masalah dan upaya pencarian solusi secara terarah.

- 3) Terapi manipulasi lingkungan merupakan pendekatan terapeutik yang melibatkan berbagai aktivitas yang mendukung proses pemulihan pasien dengan gangguan mental. Lingkungan yang mendukung memiliki peran signifikan dalam proses penyembuhan. Tujuan dari terapi ini adalah membantu individu meningkatkan rasa percaya diri, membangun kemampuan dalam menjalin hubungan sosial, mempersiapkan diri untuk kembali ke lingkungan masyarakat, serta menumbuhkan kembali kepercayaan terhadap orang lain.

f. Pohon Masalah

Bagan 2.2
Pohon Masalah Harga Diri Rendah



rut Fitria (2015)

3. Konsep Defisit Perawatan Diri

a. Definisi

Defisit perawatan diri merupakan kondisi di mana seseorang mengalami gangguan dalam kemampuan untuk menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Hal ini ditandai dengan kurangnya motivasi untuk menjaga kebersihan diri seperti mandi secara teratur, menyisir rambut, serta munculnya ciri-ciri seperti pakaian yang kotor, bau badan, bau mulut, dan penampilan yang tidak tertata. Masalah ini umum dijumpai pada individu dengan gangguan mental, terutama mereka yang telah mengalami gangguan jiwa kronis, di mana terdapat kecenderungan untuk mengabaikan perawatan diri. Gejala ini termasuk dalam perilaku negatif yang dapat mengakibatkan individu dijaui atau tersisih dari lingkungan keluarga maupun sosial (Yusuf, 2015).

Defisit perawatan diri adalah kondisi ketika individu mengalami keterbatasan atau gangguan dalam kemampuan menjalankan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan melakukan eliminasi (Tumanduk et al., 2018).

Defisit perawatan diri merujuk pada kondisi dimana individu tidak mampu melaksanakan aktivitas perawatan diri secara mandiri (SDKI, 2017). Klien dengan gangguan ini umumnya tidak memiliki dorongan untuk menjaga kebersihan diri, seperti mandi secara

rutin, merawat penampilan, serta melakukan eliminasi di tempat yang semestinya. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri menjadi aspek penting dalam asuhan keperawatan jiwa, sehingga perawat dituntut memiliki kompetensi dalam membantu pasien memenuhi aktivitas perawatan diri, khususnya bagi mereka yang mengalami gangguan dalam aspek tersebut.

b. Etiologi

Menurut Suerni dan Livana (2019), defisit perawatan diri dipengaruhi oleh dua kategori faktor, yakni faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi mengacu pada kondisi atau latar belakang yang sudah ada sebelumnya yang dapat meningkatkan kerentanan individu, sedangkan faktor presipitasi berkaitan dengan pemicu langsung yang menyebabkan terjadinya gangguan dalam kemampuan merawat diri.

1) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi mencakup beberapa aspek, antara lain: aspek biologis, seperti adanya penyakit kronis yang mengakibatkan individu tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri; aspek perkembangan, di mana pola asuh keluarga yang terlalu memanjakan dan melindungi dapat menghambat pertumbuhan rasa inisiatif pada pasien; serta faktor sosial, seperti minimnya dukungan dan pelatihan dalam keterampilan perawatan diri, pengaruh lingkungan yang kurang

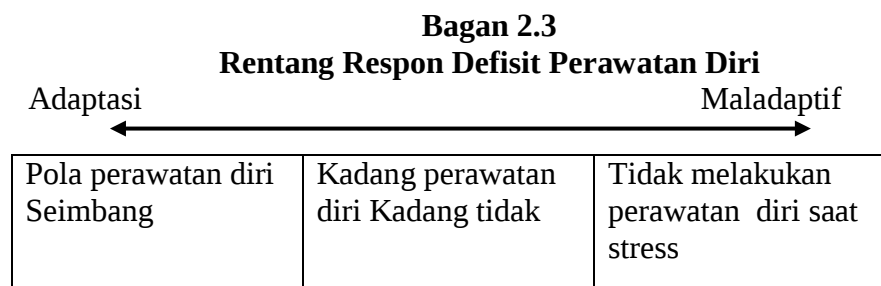
kondusif untuk belajar merawat diri, dan rendahnya kemampuan realitas yang menyebabkan kurangnya kepedulian terhadap diri sendiri maupun lingkungan, termasuk dalam hal perawatan pribadi.

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari defisit perawatan diri meliputi menurunnya dorongan internal atau motivasi, gangguan dalam fungsi kognitif atau persepsi, serta kondisi emosional seperti kecemasan, kelelahan, atau kelemahan fisik yang membuat individu kehilangan kepedulian terhadap pemenuhan kebutuhan perawatan dirinya.

c. Rentang Respon

Menurut (Saputra, 2017), adapun rentang respon deficit perawatan diri sebagai berikut:



- 1) Pola perawatan diri seimbang: saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatanyang perawatan dirinya, dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.

- 2) Kadang perawatan diri kadang tidak saat klien mendapatkan stresor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
- 3) Tidak melakukan perawatan diri klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stresor.

d. Tanda Dan Gejala

1) Data Subjektif

- a) Malas mandi
- b) Tidak mau menyisir rambut
- c) Tidak mau menggosok gigi
- d) Tidak mau memotong kuku
- e) Tidak mau berhias/berdandan
- f) Tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri
- g) Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
- h) BAB dan BAK sembarangan
- i) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK
- j) Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar

2) Data Objektif

- a) Tubuh tampak tidak terawat, tercium bau tidak sedap, terdapat kotoran sebum pada kulit, rambut tampak kusam

dan kotor, gigi tidak dibersihkan, serta kuku dibiarkan panjang dan tidak rapi.

- b) Tidak memanfaatkan perlengkapan mandi saat membersihkan diri dan tidak melakukan proses mandi sesuai dengan tata cara yang benar.
- c) Rambut tampak kusut dan tidak tertata, kumis serta janggut tidak terurus, dan individu tidak mampu merawat penampilan dirinya sendiri.
- d) Pakaian terlihat tidak rapi dan tidak tertata; individu mengalami kesulitan dalam memilih, mengambil, mengenakan, mengancingkan, serta melepas pakaian. Selain itu, individu juga tidak mengenakan sepatu dan tidak mampu mengancingkan baju maupun celana.
- e) Mengenakan atribut atau pakaian yang tidak diperlukan, seperti memakai pakaian secara berlapis-lapis atau memilih pakaian yang tidak sesuai dengan situasi. Individu juga dapat melepaskan pakaian secara tidak tepat, bahkan hingga berada dalam keadaan tanpa busana.
- f) Mengonsumsi makanan dan minuman secara tidak teratur atau berantakan, seperti makanan tercecer dan tidak tertib. Tidak menggunakan peralatan makan, tidak mampu menyiapkan makanan secara mandiri, kesulitan

memindahkan makanan dari wadah utama ke piring atau mangkuk, serta tidak dapat menggunakan sendok dan tidak memahami fungsi peralatan makan yang tersedia.

- g) Buang air besar dan buang air kecil dilakukan di tempat yang tidak semestinya, tidak membersihkan diri setelahnya, serta tidak memiliki kemampuan untuk menjaga kebersihan toilet dan tidak menyiram toilet setelah digunakan (PPNI, 2016).

e. Penatalaksanaan

Menurut Herman (Ade, 2015), langkah-langkah intervensi meliputi:

- 1) Mewujudkan suasana lingkungan yang kondusif dan menunjang proses pemulihan,
- 2) Memberikan bantuan serta arahan kepada klien dalam melakukan aktivitas perawatan diri,
- 3) Mengembangkan rasa percaya diri dan meningkatkan kesadaran individu terhadap kondisi dirinya.

f. Pohon Masalah

Bagan 2.4
Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri





Koping Individu Tidak Epektif

Sumber: (Astuti, 2019)

4. Konsep Isolasi Sosial

a. Definisi

Isolasi sosial adalah kondisi di mana individu mengalami penurunan kemampuan, atau bahkan tidak mampu sama sekali, untuk menjalin interaksi dengan orang-orang di sekitarnya. Penderita dengan masalah isolasi sosial menunjukkan kesulitan dalam menjalin hubungan sosial dan cenderung menolak komunikasi, lebih memilih menyendiri, mengurung diri, serta menghindari keberadaan atau interaksi dengan orang lain (Yosep, 2015).

Menarik diri adalah kondisi di mana individu mengalami hambatan dalam menjalin hubungan interpersonal yang terbuka dan akrab dengan orang lain (Muhith A, 2015). Sementara itu, penarikan diri atau *withdrawal* merujuk pada perilaku individu yang secara disengaja mengurangi atau menghentikan perhatian dan ketertarikannya terhadap interaksi sosial di sekitarnya, baik untuk jangka waktu tertentu maupun secara berkelanjutan (Muhith A, 2015).

Jadi, menarik diri merupakan kondisi di mana individu mengalami hambatan dalam menjalin relasi interpersonal serta cenderung menghindari keterlibatan sosial dengan orang lain.

b. Etiologi

Proses munculnya isolasi sosial pada individu dapat dijelaskan melalui pendekatan konsep stres dan adaptasi menurut Stuart, yang mencakup stresor dari aspek predisposisi maupun presipitasi. Individu yang mengalami isolasi sosial umumnya dipengaruhi oleh berbagai faktor, yang secara umum terbagi ke dalam dua kategori, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Sukma Ayu Candra Kirana, 2015). Faktor predisposisi yang dapat berkontribusi pada munculnya isolasi sosial mencakup kegagalan individu dalam melewati tahap-tahap perkembangan secara optimal, adanya disfungsi dalam komunikasi keluarga, serta penerapan norma keluarga yang keliru. Selain itu, faktor biologis seperti kecenderungan genetik terhadap gangguan mental juga turut berperan. Sementara itu, faktor presipitasi yang memicu kondisi ini meliputi tekanan sosial dan budaya, serta tekanan psikologis yang dapat menimbulkan kecemasan pada individu.

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor Biologis

Aspek-aspek yang perlu dikaji meliputi riwayat keturunan, seperti adanya anggota keluarga yang pernah

mengalami gangguan kejiwaan. Selain itu, penting untuk memperhatikan adanya potensi tindakan bunuh diri, riwayat penyakit atau cedera pada kepala, serta penggunaan zat adiktif (NAPZA). Pemeriksaan kondisi otak secara medis juga menjadi bagian penting, yang dapat dilakukan melalui CT scan untuk menilai struktur otak, dan MRI guna mengevaluasi adanya kelainan pada struktur maupun fungsi otak (Stuart, 2015).

b) Faktor Psikologis

Perilaku isolasi sosial dapat muncul sebagai akibat dari perasaan bersalah atau kecenderungan untuk menyalahkan lingkungan, yang membuat individu merasa tidak layak berada di tengah masyarakat sekitarnya. Salah satu indikator yang dapat diamati adalah keterbatasan kemampuan komunikasi, khususnya dalam keterampilan verbal, yang sering kali berasal dari pola pengasuhan dalam keluarga yang tidak memberikan ruang bagi individu untuk mengungkapkan perasaan maupun pendapat. Kepribadian introvert juga sering ditemukan pada individu dengan kecenderungan isolasi sosial, ditandai dengan sikap tertutup terhadap lingkungan sekitarnya. Di samping itu, kegagalan dalam pembentukan nilai-nilai moral yang memadai dalam keluarga turut menjadi faktor yang menyebabkan kesulitan

individu dalam menyesuaikan perilaku sosial, sehingga merasa tidak diterima atau dijauhi oleh masyarakat. Dari sisi psikologis, kegagalan dalam menyelesaikan tugas perkembangan dapat berdampak serius, seperti munculnya rasa tidak percaya diri, keraguan terhadap orang lain, ketakutan akan kesalahan, serta sikap pesimis dan putus asa terhadap hubungan interpersonal. Hal ini mendorong individu untuk menarik diri, menghindari kontak sosial, merasa tertekan, dan tidak mampu mengekspresikan keinginan, yang pada akhirnya menyebabkan pengabaian terhadap aktivitas sehari-hari (Stuart, 2015).

c) Faktor Sosial

Faktor predisposisi sosial dan budaya yang berkontribusi terhadap kondisi isolasi sosial pada pasien umumnya berkaitan dengan latar belakang sosial ekonomi yang rendah. Keadaan ini menyebabkan individu mengalami keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan dasar, yang kemudian memicu stres berkepanjangan. Akibatnya, perhatian pasien lebih terfokus pada upaya memenuhi kebutuhan hidup dibandingkan membangun hubungan sosial dengan lingkungan sekitar.

Menurut Stuart (2015), usia juga menjadi salah satu faktor yang memengaruhi kecenderungan isolasi sosial. Hal

ini disebabkan oleh rendahnya kemampuan individu dalam menyelesaikan masalah serta kurangnya kedewasaan dalam pola pikir. Pasien dengan kecenderungan menarik diri biasanya memiliki pengalaman penolakan dari lingkungan pada masa kanak-kanak, yang berdampak pada kegagalan menyelesaikan tugas perkembangan, terutama dalam hal menjalin relasi sosial. Pengalaman negatif tersebut menumbuhkan rasa tidak percaya diri dan rasa takut akan penolakan, yang kemudian menghambat kemampuan untuk memulai dan mempertahankan hubungan interpersonal. (Stuart, 2015) menjelaskan bahwa tingkat pendidikan berperan penting dalam menentukan kemampuan individu untuk berinteraksi secara efektif. Pendidikan yang memadai berkontribusi terhadap kemampuan seseorang dalam menghadapi dan menyelesaikan berbagai permasalahan. Individu yang mengalami isolasi sosial umumnya memiliki riwayat kesulitan dalam menjalin hubungan sosial dan menghadapi tantangan hidup, yang dapat dikaitkan dengan rendahnya latar belakang pendidikan yang dimiliki.

2) Faktor Presipitasi

Menurut Stuart (2016), terdapat sejumlah faktor presipitasi yang dapat mendorong seseorang untuk menarik diri dari lingkungan sosial. Faktor-faktor tersebut umumnya berasal dari

berbagai sumber stres yang mempengaruhi kondisi psikologis individu diantaranya:

a) Stressor sosiokultural

Salah satu bentuk stresor sosial budaya yang berkontribusi terhadap isolasi sosial adalah ketidakharmonisan dalam struktur keluarga, seperti perceraian, yang merupakan pemicu umum. Perpindahan tempat tinggal (mobilitas) juga dapat menyebabkan perpecahan dalam keluarga besar, sehingga individu kehilangan sumber dukungan emosional yang penting di berbagai tahap kehidupan. Minimnya interaksi antar generasi turut melemahkan ikatan, termasuk berkurangnya pelestarian tradisi yang seharusnya mempererat hubungan dengan masa lalu dan membentuk identitas dalam lingkup keluarga besar. Dalam kondisi keterasingan sosial, individu kerap mencari keterikatan kembali melalui etnisitas atau budaya sebagai upaya untuk membangun rasa identitas diri yang lebih kuat.

b) Stressor psikologik

Tingkat kecemasan yang berlebihan dapat mengganggu kemampuan individu dalam menjalin hubungan sosial. Ketika kecemasan berlangsung terus-menerus dan tidak diimbangi dengan strategi koping yang memadai, hal ini dapat menimbulkan gangguan serius dalam hubungan

interpersonal. Individu dengan gangguan kepribadian ambang (borderline personality disorder) umumnya mengalami kecemasan yang intens, yang menghambat mereka dalam menghadapi situasi hidup yang menuntut kemandirian atau perpisahan, seperti kelulusan, pernikahan, atau pekerjaan. Sementara itu, individu dengan gangguan kepribadian narsistik cenderung mengalami kecemasan yang tinggi, khususnya ketika orang-orang di sekitarnya tidak lagi memberikan perhatian yang dibutuhkan untuk menopang harga diri yang rapuh, sehingga mengakibatkan kesulitan dalam membina relasi yang sehat.

c. Tanda dan Gejala

Menurut (Muhith A, 2015). Tanda dan gejala isolasi sosial meliputi:

1. Menunjukkan perilaku yang tidak responsif atau minim inisiatif.
2. Menampilkan sikap tidak peduli terhadap lingkungan sekitar.
3. Raut wajah tampak murung atau menunjukkan ekspresi emosional yang datar.
4. Afek yang tampak tumpul atau datar, tanpa ekspresi emosi yang jelas.
5. Mengabaikan kebersihan dan perawatan diri secara pribadi.
6. Minim atau bahkan tidak menunjukkan komunikasi verbal.
7. Menolak melakukan interaksi sosial dengan orang di sekitarnya.

8. Menunjukkan kecenderungan untuk menarik diri dan lebih memilih menyendiri.
9. Menunjukkan ketidakpekaan atau kesadaran yang rendah terhadap situasi dan kondisi di sekelilingnya.
10. Pola konsumsi makanan dan minuman terganggu atau tidak adekuat.
11. Terjadi penurunan pada tingkat aktivitas fisik maupun sosial.
12. Memiliki persepsi negatif terhadap diri sendiri atau merasa tidak berharga.

Perilaku ini umumnya muncul akibat adanya pandangan negatif individu terhadap dirinya sendiri, yang mengakibatkan rasa malu untuk menjalin interaksi sosial. Apabila tidak segera diberikan penanganan yang tepat, kondisi ini dapat berkembang menjadi gangguan persepsi seperti halusinasi serta meningkatkan risiko melukai diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Sikap tertutup terhadap orang lain juga berpotensi menimbulkan intoleransi terhadap aktivitas, yang pada akhirnya berdampak pada ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri.

d. Rentang Respon Isolasi Sosial

1) Respon Adaptif

Berdasarkan pendapat Sutejo (2017), respon adaptif merujuk pada bentuk tanggapan individu yang masih dianggap sesuai dan

dapat diterima oleh norma sosial serta budaya yang berlaku secara umum. Artinya, individu tersebut masih berada dalam batas kewajaran saat menghadapi dan menyelesaikan permasalahan. Adapun beberapa perilaku yang dikategorikan sebagai respon adaptif akan dijelaskan berikut ini.

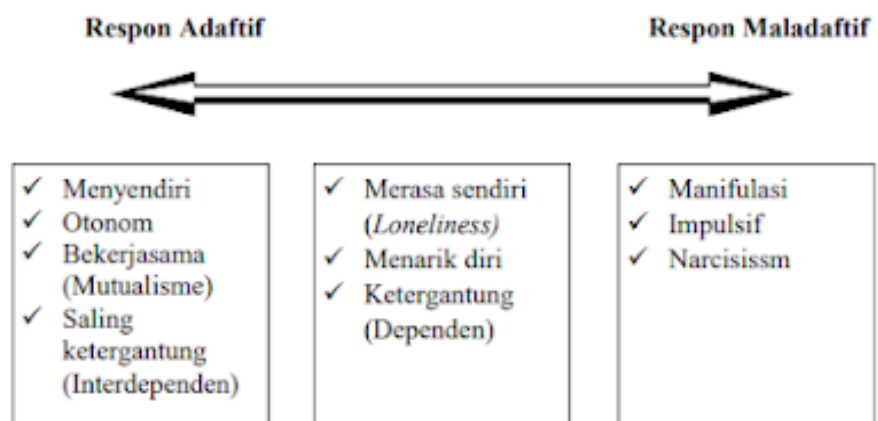
- a) Menarik diri, adalah bentuk reaksi yang dibutuhkan individu untuk merefleksikan kejadian-kejadian yang dialaminya dalam lingkungan sosial.
- b) Kemandirian, merujuk pada kapasitas seseorang dalam mengemukakan serta mengekspresikan ide dan pikirannya dalam interaksi sosial.
- c) Kolaborasi atau kebersamaan, adalah kemampuan individu untuk menjalin relasi interpersonal yang saling mendukung dan membutuhkan.
- d) Hubungan interdependen, merupakan bentuk keterikatan timbal balik antara individu dengan orang lain yang saling melengkapi dalam kehidupan sosial.

2) Respon Maladaptif

Berdasarkan pandangan Sutejo (2017), respons maladaptif merupakan bentuk perilaku yang tidak sesuai atau menyimpang dari norma-norma sosial dan nilai-nilai kehidupan yang berlaku dalam suatu masyarakat atau lingkungan tertentu. Berikut ini adalah perilaku yang termasuk respon maladaptif.

- a) Perilaku manipulatif mengacu pada kondisi di mana seseorang lebih berfokus pada kepentingan pribadi dan cenderung mempengaruhi orang lain demi keuntungan diri sendiri.
- b) Impulsif, menggambarkan respons sosial di mana individu menunjukkan perilaku yang tidak konsisten, sulit diprediksi, kurang dapat diandalkan, dan cenderung tidak mampu mengevaluasi situasi secara rasional.
- c) Narsisme, merupakan keadaan di mana seseorang memiliki rasa harga diri yang tidak stabil dan mudah tersinggung atau marah ketika merasa terancam secara emosional.

Bagan 2.5
Rentang Respon Isolasi Sosial



Rentan respon isolasi sosial menurut (Stuart, 2016)

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dari keseluruhan proses keperawatan. Pada fase ini, dilakukan pengumpulan dan analisis informasi terkait kondisi klien guna menetapkan diagnosa keperawatan yang tepat. Tahapan pengkajian mencakup identifikasi keluhan utama, pengumpulan berbagai jenis data, serta perumusan kebutuhan atau masalah yang dialami pasien. Data yang dihimpun meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Dalam keperawatan jiwa, data tersebut dikelompokkan ke dalam faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping, serta kemampuan coping yang dimiliki oleh pasien (Stuart & Lara, dikutip dalam Prabowo, 2015).

a. Identitas Klien

Informasi identitas klien mencakup beberapa aspek penting, antara lain nama lengkap, usia, jenis kelamin, alamat tempat tinggal, jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, latar belakang suku atau etnis, serta tanggal dilaksanakannya pengkajian.

b. Identitas Penanggung Jawab

Data identitas penanggung jawab mencakup nama lengkap, usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan, alamat tempat tinggal, serta hubungan kekerabatan atau keterkaitan dengan klien.

c. Alasan Terjadinya Gangguan Jiwa

Mengkaji terhadap penyebab timbulnya gangguan jiwa umumnya mencakup identifikasi gejala awal yang ditunjukkan oleh klien, seperti ketidakmampuan dalam mengendalikan emosi, munculnya perilaku agresif, hingga tindakan menyakiti diri sendiri, orang lain, maupun merusak lingkungan sekitar.

Secara umum, faktor-faktor yang memicu terjadinya harga diri rendah pada klien meliputi beberapa aspek tertentu yang menjadi pemicu utama kondisi tersebut meliputi:

1) Faktor Presipitasi

- a) Faktor presipitasi dapat berasal dari berbagai tekanan yang berkaitan dengan peran, seperti adanya ketegangan dalam menjalankan peran, konflik antar peran, ketidakjelasan dalam pembagian peran, beban peran yang berlebihan, serta perubahan peran yang terjadi selama fase transisi perkembangan.
- b) Situasi Transisi Peran
- c) Perubahan peran dari kondisi sehat ke kondisi sakit dapat dipicu oleh beberapa hal, seperti kehilangan anggota tubuh, perubahan dalam ukuran atau bentuk tubuh, perubahan fisik secara keseluruhan, serta adanya prosedur medis maupun tindakan perawatan yang dijalani.
- d) Ancaman Fisik

2) Faktor Predisposisi

- a) Beberapa faktor yang turut berperan dalam membentuk harga diri seseorang antara lain adalah pengalaman penolakan dari orang tua serta tuntutan atau harapan orang tua yang tidak sesuai dengan kemampuan dan kenyataan yang dihadapi individu.
- b) Faktor yang mempengaruhi penampilan peran.
- c) Faktor yang mempengaruhi identitas diri.

d. Pemeriksaan Fisik

- 1) Lakukan pengukuran dan pemantauan terhadap parameter tanda-tanda vital klien, yang mencakup tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, serta frekuensi pernapasan.
- 2) Lakukan pengukuran Tinggi Badan dan Berat Badan klien.
- 3) Tanyakan apakah berat badan klien naik atau turun.
- 4) Tanyakan kepada klien apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien atau tidak

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram menggambarkan hubungan klien dengan anggota keluarga melalui aspek pola komunikasi, proses pengambilan keputusan, serta gaya pengasuhan.

2) Konsep Diri

Konsep diri terbentuk dari enam elemen utama, yaitu:

a) Citra diri/tubuh

Kajian ini mencakup sikap, persepsi, keyakinan, dan pengetahuan individu, baik yang disadari maupun tidak, mengenai tubuhnya, meliputi aspek ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna, serta objek yang secara terus-menerus bersentuhan dengan tubuh, seperti anting, riasan, lensa kontak, pakaian, atau alat bantu seperti kursi roda.

b) Ideal diri

Persepsi individu mengenai cara berperilaku didasarkan pada standar, tujuan, keinginan, atau nilai-nilai pribadi tertentu. Pada pasien dengan gangguan ideal diri, persepsi tersebut sering kali ditandai oleh ekspektasi yang terlalu tinggi, sulit dicapai, tidak realistis, serta gambaran ideal diri yang kabur, tidak jelas, dan cenderung menuntut.

c) Harga diri

Evaluasi individu terhadap pencapaian diri dilakukan dengan menilai sejauh mana perilaku yang ditunjukkan sesuai dengan gambaran ideal dirinya. Pada klien dengan gangguan harga diri, kondisi ini dapat tercermin melalui munculnya perasaan negatif terhadap diri sendiri, penurunan kepercayaan diri, serta adanya anggapan telah gagal dalam memenuhi harapan atau keinginannya.

d) Peran diri

Peran merupakan sekumpulan perilaku yang secara sosial diharapkan dan berkaitan dengan fungsi individu dalam berbagai lingkungan sosial. Pada klien dengan gangguan jiwa, peran tersebut dapat mengalami perubahan atau bahkan terhenti, yang umumnya dipengaruhi oleh kondisi seperti gangguan kesehatan, proses penuaan, putus sekolah, atau kehilangan pekerjaan.

e) Identitas diri

Ketidakjelasan atau ketidakpastian dalam memahami dan menilai diri sendiri, yang ditandai dengan keraguan yang mendalam, kesulitan dalam menetapkan keinginan, serta ketidakmampuan dalam membuat keputusan.

f. Status Mental

1) Penampilan

Klien dengan harga diri rendah umumnya menunjukkan penampilan yang kurang rapi dan tidak sesuai, yang disebabkan oleh minimnya dorongan untuk merawat diri. Penurunan dalam aspek kebersihan dan kerapian sering kali terjadi, meskipun tidak selalu disertai dengan gejala depresi.

2) Alam perasaan

Klien umumnya mengalami perasaan tidak berdaya disertai dengan pandangan hidup yang cenderung pesimis.

3) Afek

Afek pada pasien umumnya tampak datar atau tumpul, ditandai dengan ketidakmampuan untuk memberikan respons emosional terhadap rangsangan yang seharusnya memicu reaksi emosi.

4) Proses pikir

Pasien dengan harga diri rendah umumnya menunjukkan pola bicara yang repetitif (perseverasi), yang disebabkan oleh rendahnya tingkat kooperatif serta lambannya cara berbicara, sehingga komunikasi menjadi sulit dipahami.

5) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien umumnya berada dalam kondisi stupor, ditandai dengan gangguan motorik seperti ketegangan akibat ketakutan, gerakan yang diulang-ulang, serta posisi tubuh yang kaku dan dipertahankan dalam waktu lama. Meskipun demikian, klien tetap memiliki kesadaran terhadap situasi dan peristiwa di sekelilingnya.

6) Memori

Pada umumnya, klien dengan harga diri rendah tidak menunjukkan gangguan fungsi memori, baik dalam ingatan jangka pendek maupun jangka panjang.

7) Tingkat konsentrasi berhitung

Tingkat konsentrasi pada umumnya terganggu, ditandai dengan mudah teralihkan atau ketidakmampuan untuk mempertahankan fokus dalam jangka waktu yang lama, yang sering kali disebabkan oleh perasaan cemas. Namun demikian, kemampuan berhitung biasanya tetap utuh dan tidak mengalami gangguan.

8) Isi pikir

Klien umumnya mengalami perasaan bersalah dan kecemasan, disertai dengan kecenderungan untuk menghukum atau menolak diri sendiri serta melakukan sikap mengejek dan mengkritik terhadap dirinya sendiri.

g. Hubungan Sosial

1) Orang yang berarti

Lakukan evaluasi terhadap individu atau pihak yang memiliki makna penting dalam kehidupan klien, termasuk tempat untuk menyampaikan masalah, sumber bantuan, serta dukungan yang diterima.

2) Lingkungan

Lakukan penilaian terhadap kondisi lingkungan yang dapat memberikan rasa ketenangan bagi klien.

3) Arti keluarga

Lakukan penilaian terhadap peran dan makna klien dalam konteks keluarga, serta sebaliknya. Selanjutnya, identifikasi

apakah terdapat konflik keluarga yang berpotensi menyebabkan gangguan jiwa pada klien, serta kaji metode atau pendekatan yang dapat digunakan untuk mengatasi konflik tersebut.

4) Aktivitas di masyarakat

Evaluasi tingkat keterlibatan klien dalam interaksi sosial serta partisipasinya dalam kehidupan bermasyarakat.

5) Seksualitas

Lakukan penilaian mengenai kemampuan klien yang berkaitan dengan identitas dan peran berdasarkan jenis kelaminnya. Misalnya, klien yang belum menikah mungkin merasa kehilangan nilai diri akibat pengalaman pengucilan sosial oleh lingkungan sekitarnya.

6) Spiritual

Lakukan evaluasi terhadap aspek spiritual klien, termasuk kebiasaan melaksanakan ibadah di lingkungan rumah.

h. Kebutuhan sehari-hari

1) Makan

a) Lakukan observasi dan penggalian informasi mengenai frekuensi, kuantitas, variasi jenis makanan, preferensi (suka, tidak suka, atau pantangan), serta pola atau cara makan klien.

- b) Lakukan pengamatan terhadap kemampuan klien dalam menyiapkan serta membersihkan peralatan yang digunakan.

2) BAB/BAK

- a) Mengamati kemampuan klien dalam menggunakan dan merawat kebersihan fasilitas toilet.
- b) Melakukan perawatan diri serta menjaga kerapihan pakaian.

3) Mandi

- a) Lakukan observasi dan wawancara mengenai frekuensi aktivitas kebersihan pribadi seperti menyikat gigi, mencuci rambut, memotong kuku, dan mencukur rambut.
- b) Lakukan pengamatan terhadap kemampuan individu dalam merawat diri dan menjaga kerapihan pakaian.

4) Berpakaian

- a) Lakukan pengamatan terhadap kemampuan klien dalam mengambil, memilih, serta mengenakan pakaian dan alas kaki.
- b) Amati kerapihan dan cara klien merawat penampilan diri, termasuk tata rias atau dandanan yang digunakan.
- c) Lakukan penggalian informasi dan pengamatan mengenai seberapa sering klien mengganti pakaian.

- d) Evaluasi keterampilan yang diperlukan oleh klien dalam mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian secara mandiri.
- 5) Istirahat dan tidur
- a) Tinjau lama dan waktu tidur siang atau malam
 - b) Tinjau kebiasaan klien sebelum tidur, seperti menyikat gigi, mencuci kaki, dan melaksanakan doa.
 - c) Evaluasi rutinitas klien setelah bangun tidur, seperti merapikan tempat tidur, mandi atau mencuci muka, serta menyikat gigi.
- 6) Penggunaan obat
- Lakukan pengamatan serta wawancara dengan pasien dan anggota keluarga terkait hal-hal berikut:
- a) Tinjau penggunaan obat oleh klien, meliputi frekuensi, jenis obat, dosis, waktu pemberian, serta metode atau cara penggunaannya.
 - b) Reaksi obat
- 7) Pemeliharaan kesehatan
- a) Evaluasi jenis, mekanisme, waktu pelaksanaan, serta tujuan atau lokasi dari perawatan lanjutan yang diperlukan oleh klien.

- b) Identifikasi berbagai sistem pendukung yang dimiliki klien, seperti keluarga, teman, institusi, maupun layanan kesehatan, serta bagaimana klien memanfaatkan dukungan tersebut.

8) Aktivitas di dalam rumah

- a) Merencanakan, menyiapkan, dan menyajikan makanan secara mandiri.
- b) Menjaga kerapihan rumah, termasuk merapikan kamar tidur, membersihkan dapur, menyapu, serta mengepel lantai.
- c) Melakukan pencucian pakaian secara mandiri.
- d) Mengelola pengeluaran dan kebutuhan finansial harian secara efektif.

9) Aktivitas di luar rumah

Lakukan penilaian terhadap kemampuan yang dimiliki oleh pasien.

Melaksanakan aktivitas pembelian barang kebutuhan sehari-hari.

- a) Melakukan perjalanan secara mandiri dengan berbagai moda transportasi seperti berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, atau kendaraan umum, serta melaksanakan aktivitas di luar rumah seperti membayar

tagihan listrik atau telepon, mengurus keperluan di kantor pos, dan melakukan transaksi di bank.

i. Mekanisme Koping

Data dikumpulkan melalui wawancara dengan klien atau anggota keluarganya, kemudian berikan tanda centang pada kotak koping yang sesuai dengan yang dimiliki klien, baik yang bersifat adaptif maupun maladaptif.

j. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Data diperoleh melalui wawancara dengan klien dan keluarganya, dengan fokus pada setiap masalah spesifik yang dialami klien secara ringkas dan jelas.

2. Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan untuk menghubungkan dan mengintegrasikan data dengan konsep, teori, serta prinsip yang relevan guna menarik kesimpulan dalam mengidentifikasi masalah (Sutejo, 2016).

Tabel 2.1
Analisa Data

No	Data Penunjang	Masalah Keperawatan
1.	DS: - Klien mengatakan merasa malu bersosialisasi dengan orang lain karena merasa dirinya tidak berguna - Klien mengatakan malu karena tidak bisa berbicara huruf R (cadel) DO: - Kontak mata kurang - Berbicara lambat dengan nada suara pelan - Tampak sering menunduk -Tampak lesu dan tidak bergairah	Harga Diri Rendah
2.	DS: -Klien mengatakan malas mandi dan merapikan tempat tidur DO: -Gigi klien tampak kotor dan bau -Klien mandi Ketika di suruh -Klien tidak mampu untuk berdandan	Defisit Perawatan Diri

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merujuk pada respons individu terhadap stimulus yang berasal dari dalam diri maupun dari lingkungan eksternal. Penetapan diagnosa ini dilakukan berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data yang diperoleh selama proses pengkajian keperawatan. Diagnosa ini memberikan gambaran mengenai kondisi kesehatan yang sedang dialami (aktual) maupun yang berpotensi

terjadi, dan penyelesaiannya berada dalam ruang lingkup kewenangan perawat.

Secara lebih luas, diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan aktual dan potensial. Berdasarkan latar belakang pendidikan dan pengalaman profesionalnya, perawat memiliki tanggung jawab untuk mengidentifikasi masalah tersebut dan merancang intervensi keperawatan yang tepat guna mempertahankan, mengurangi, mencegah, atau mengubah status kesehatan pasien. Diagnosa ini disusun melalui proses sistematis yang mencakup analisis serta interpretasi data hasil pengkajian, dan mencerminkan status kesehatan yang membutuhkan penanganan dalam batas praktik profesional keperawatan (NANDA, 2017).

Menurut Yosep (2015), terdapat sejumlah permasalahan keperawatan yang berpotensi muncul pada individu dengan gangguan harga diri rendah di antaranya:

- a. Harga Diri Rendah
- b. Defisit Perawatan Diri
- c. Isolasi Sosial

4. Intervensi Keperawatan

Tujuan Umum: Klien mampu mengatasi harga diri rendah

Tujuan Khusus:

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya

- b. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki oleh klien
- c. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan
- d. Membantu klien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan Kemampuannya
- e. Melatih klien sesuai dengan kegiatan yang dipilih berdasarkan rencana yang dibuat
- f. Keluarga menjadi sistem pendukung yang efektif bagi klien

Tabel 2.2
Intervensi Keperawatan

KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
1	2
Setelah 1x interaksi, klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat: - Ekspresi wajah cerah, tersenyum mau berkenalan - Ada kontak mata - Bersedia menceritakan perasaan	SP 1: - Bina hubungan saling percaya - Mengucapkan salam terapeutik. - Sapa klien dengan ramah - Berjabat tangan dengan klien - Perkenalkan diri dengan sopan - Tanyakan nama lengkap klien - Jelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Tunjukkan sikap empati pada klien

1	2
Setelah 2x interaksi, klien menyebutkan aspek positif yang dimiliki klien, seperti kegiatan klien di rumah, lingkungan terdekat lingkungan klien	SP 2: - Diskusikan dengan klien bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan yang dimiliki klien - Bersama klien buat daftar tentang aspek positif, seperti kegiatan klien di rumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat klien - Hindarkan memberi penilaian negatif, beri pujian yang realistis atas kemampuan klien
Setelah 2x interaksi, klien menyebutkan aspek positif yang dimiliki klien, seperti kegiatan klien di rumah, lingkungan terdekat klien	SP 3: - Diskusikan dengan klien tentang kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit - Bantu klien menyebutkan dan beri penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien - Perhatikan respon yang kondusif serta jadilah pendengar yang aktif

1	2
Setelah 1x evaluasi, klien dapat merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya	- Tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi dan kondisi - Rencanakan bersama klien suatu aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuanklien - Beri contoh kegiatan yang yang boleh di lakukan
Setelah 1x interaksi klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat	- Berdiskusi dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan yang telah dipilih klien yang akan dilatihkan - Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan - Pantau kegiatan yang telah dihasilkan - Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang - Memotivasi klien untuk memasukan kegiatan yang telah dilakukan kedalam jadwal kegiatan harian

1	2
Klien memanfaatkan system yang ada di keluarga	- Beri pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah - Diskusikan dengan keluarga memberikan dukungan dan motivasi klien dalam melakukan kegiatan yang sudah dilatih klien selama dirawat - Bantu klien menyiapkan lingkungan di rumah - Anjurkan keluarga untuk mengamati perkembangan perubahan perilaku klien.
Setelah dilakukan interaksi 1x klien dapat melakukan kebersihan diri secara mandiri	SP 1: - Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri - Menjelaskan kepada klien pentingnya menjaga kebersihan diri - Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri - Menjelaskan cara melakukan kebersihan diri - Melatih klien mempraktekan cara menjaga kebersihan

1	2
Setelah dilakukan interaksi 1x klien dapat melakukan kebersihan diri secara mandiri	SP 2: - Melatih pasien berdandan/berhias -Menjelaskan Pasien untuk berhias/berdandan - Untuk pasien laki-laki meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut, Bercukur - Untuk pasien wanita meliputi: Berpakain, Menyisir rambut , Berhias
Setelah dilakukan interaksi 1x klien mampu melakukan makan dengan baik	SP 3: - Melatih pasien makan secaramandiri - Menjelaskan cara mempersiapkan makan - Menjelaskan cara makan yang tertib - Menjelaskan cara Merapihkan peralatan makan setelah makan - Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
Setelah dilakukan interaksi 1x klien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri	SP 4: - Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri - Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai - Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK

1	2
	- Menjelaskan cara Membersihkan tempat BAB/BAK

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat sebagai upaya untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya, dengan tujuan mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik sesuai dengan indikator hasil yang telah ditetapkan (Potter, 2016).

Sementara itu, menurut Haryanto (2017), implementasi merupakan bagian dari perilaku profesional perawat yang mencakup pelaksanaan tindakan-tindakan yang dibutuhkan guna mencapai tujuan serta hasil yang telah direncanakan dalam asuhan keperawatan. Kegiatan ini meliputi upaya sistematis yang dilakukan perawat dalam mendampingi klien dari kondisi kesehatan yang bermasalah menuju kondisi yang lebih optimal, berdasarkan hasil yang telah ditentukan sebelumnya.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah sasaran dan indikator hasil yang telah direncanakan sebelumnya telah tercapai. Pada tahap ini, perawat melakukan pengamatan terhadap perubahan perilaku pasien sebagai salah satu indikator keberhasilan intervensi. Evaluasi dapat dilakukan

dengan menggunakan pendekatan SOAP dengan penjelasan sebagai berikut:

- a. S (Subjective): Merupakan tanggapan atau persepsi pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan. Informasi ini diperoleh melalui pertanyaan sederhana yang menggali pemahaman pasien terhadap kondisi dan perilakunya, misalnya dengan bertanya: “Menurut Bapak/Ibu, apa dampak atau konsekuensi dari perilaku menarik diri yang Bapak/Ibu alami?”
- b. O (Objektif): Merupakan tanggapan pasien yang bersifat nyata dan dapat diamati terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan. Respon ini dinilai melalui pengamatan langsung terhadap perilaku pasien selama pelaksanaan tindakan keperawatan berlangsung.
- c. A (Asesmen): Merupakan hasil analisis terhadap data subjektif dan objektif guna menentukan apakah permasalahan keperawatan masih berlanjut, muncul masalah baru, atau terdapat data yang tidak sesuai dengan permasalahan yang telah diidentifikasi. Penilaian ini juga dapat dilakukan dengan cara membandingkan hasil yang diperoleh dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.
- d. P (Plan): Merupakan langkah lanjutan yang disusun berdasarkan hasil analisis terhadap respons pasien. Rencana ini mencakup tindak lanjut yang harus dilakukan oleh pasien maupun intervensi

yang akan dilaksanakan oleh perawat untuk mendukung pencapaian tujuan keperawatan. (AA Deno, 2022)

7. Dokumentasi

Tahap dokumentasi dalam keperawatan dapat dilakukan secara manual (tertulis) maupun digital. Proses dokumentasi ini berfungsi untuk mencatat seluruh bentuk pelayanan dan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien, sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan (Rahmi, 2022).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama	: Tn. A
Umur	: 44 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	: SMA
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Tidak bekerja
Tanggal pengkajian	: 22 April 2025
No.RM	: 013001
Alamat	: Ranca Bali No.616
Tanggal masuk	: 28 Desember 2021

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny.S
Umur	: 47 Tahun
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Pengusaha
Hubungan dengan klien	: Kakak
Alamat	: Bogor Komplek Cimanggu

b. Alasan Masuk

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 22 April 2025 di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut, klien mengatakan bahwa dirinya datang dalam kondisi emosional, merasa kesal, dan menunjukkan kemarahan. Di rumah, klien mengalami konflik dengan kakak iparnya yang sering memarahinya. Ketegangan meningkat hingga terjadi pertengkaran, yang dipicu oleh kesulitan klien dalam mengonsumsi obat. Meskipun keluarga telah berupaya melerai konflik tersebut, klien tetap menunjukkan kemarahan terhadap kakak iparnya. Situasi ini kemudian menyebabkan klien dibawa ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie, Samarang, Garut untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

c. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Gangguan Jiwa Dahulu

Klien mengatakan bahwa dirinya telah mengalami gangguan jiwa sejak tahun 2006, dan telah menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa pada tahun 2006, 2007, dan 2009 di Rumah Sakit Hurip Waluya Riaw, Bandung. Upaya pengobatan yang dijalani dinilai kurang optimal karena dalam proses adaptasi, klien masih memperlihatkan sisa-sisa gejala dari gangguan kejiwaannya.

2) Riwayat Aniaya Fisik Dan Tidak Menyenangkan

Klien mengatakan bahwa ia pernah mengalami aniaya fisik dan kekerasan dalam lingkungan keluarga. Tindak kekerasan tersebut dilakukan oleh kakak iparnya, Tn. R yang berusia 55 tahun, dengan cara memukul dan memarahi klien karena enggan mengonsumsi obat. Kejadian tersebut disaksikan oleh keponakannya, Tn. Ra yang berusia 24 tahun. Sebelum peristiwa kekerasan itu terjadi, klien juga pernah diusir dan dimarahi oleh orang tuanya karena menolak menikah, dan orang tuanya merasa lelah merawatnya. Klien menyebutkan bahwa peristiwa tersebut terjadi pada tahun 2006 dan menjadi pemicu dirujuknya ia ke Rumah Sakit Jiwa.

3) Riwayat Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa

Klien mengatakan bahwa tidak terdapat riwayat gangguan jiwa pada anggota keluarganya selain dirinya.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah	: 110/80 mmHg
Nadi	: 98x/ menit
Respirasi	: 20x/ menit

Suhu : 36,8 °C

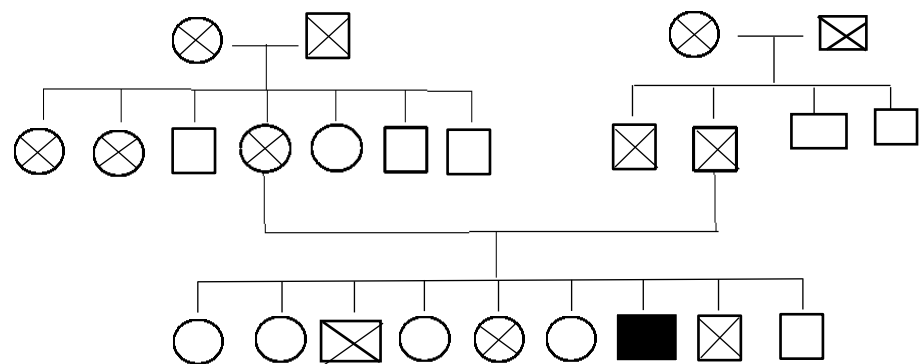
2) Tinggi Badan : 158 cm

3) Berat Badan : 63 kg

4) Keluhan Fisik : Saat di lakukan pengkajian tidak ada keluhan fisik pada klien

e. Psikososial

1) Genogram



Keterangan:

Simbol	Keterangan	Simbol	Keterangan
	Laki-laki		Tinggal serumah
	Perempuan		Bercerai
	Klien		Meninggal

Keterangan:

Klien adalah anak ketujuh dari sembilan bersaudara dan satu-satunya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Hingga saat ini, klien belum menikah. Gangguan jiwa

mulai dialami klien sejak tahun 2006, dan pada tahun 2021 klien menjalani rehabilitasi di Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut. Proses rehabilitasi tersebut telah berlangsung selama 4 tahun.

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Klien mengatakan tidak senang terhadap salah satu bagian tubuhnya, yakni mulut, karena ia mengalami kesulitan dalam mengucapkan huruf “R”.

b) Identitas Diri

Klien mengatakan bahwa sebelum menjalani perawatan, ia bekerja sebagai penjaga rental PS. Namun, ia merasa kurang puas dengan status dan posisinya saat ini sebagai pengangguran. Klien juga mengidentifikasi dirinya sebagai laki-laki berusia 44 tahun dan merupakan anak ketujuh dari sembilan bersaudara.

c) Peran Diri

Klien mengatakan bahwa peran yang dijalannya dalam keluarga adalah membantu kedua orang tuanya serta berusaha menjadi anak yang berbakti kepada mereka.

d) Ideal Diri

Klien mengatakan bahwa ia berharap dapat segera pulih, dan setelah kembali ke lingkungan asalnya, ia

berencana untuk bekerja guna memperoleh penghasilan. Tujuan jangka panjang klien adalah membeli rumah dan tanah secara mandiri serta menikah setelah kondisi keuangannya dianggap memadai.

e) Harga Diri

Klien mengatakan merasa malu bersosialisasi dengan orang lain karena merasa dirinya tidak berguna, klien mengatakan merasa malu karena klien tidak bisa berbicara huruf R (Cadel).

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah

3) Hubungan Sosial

a) Orang Terdekat

Klien mengatakan bahwa sosok yang memiliki makna penting dalam hidupnya adalah ayah dan ibunya.

b) Peran Serta Dalam Kelompok/Masyarakat

Klien mengatakan bahwa dirinya turut aktif dalam berbagai aktivitas di lingkungan sekitarnya, seperti berpartisipasi dalam kelompok masyarakat Karang Taruna.

c) Hambatan Dalam Berhubungan Dengan Orang Lain

Klien menyatakan mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan dan berkomunikasi dengan orang lain, yang disebabkan oleh rasa kurang percaya diri.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah.

4) Spiritual

a) Nilai Dan Keyakinan

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama Islam dan meyakini bahwa dengan meningkatkan intensitas ibadah, proses penyembuhannya akan berlangsung lebih cepat.

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan bahwa ia rutin menjalankan ibadah seperti salat, membaca Al-Qur'an, berpuasa, serta melakukan bentuk ibadah lainnya.

f. Status Mental

1) Penampilan

Klien tampak berpakaian cukup rapi dan mengenakan busana sesuai ketentuan yang berlaku di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut. Namun, klien mengaku kurang memiliki motivasi untuk mandi. Kondisi kebersihan gigi klien terlihat kurang terjaga dan menimbulkan bau tidak sedap. Selain itu, klien tidak mampu mengambil makanan secara mandiri, hanya mandi jika diminta, serta menunjukkan ketidakmampuan dalam merawat diri seperti berdandan.

2) Pembicaraan

Klien berbicara lambat dengan nada suara pelan.

3) Aktivitas Motorik

Klien tampak lesu dan tidak bergairah ketika berinteraksi dengan perawat di Klinik Rehabilitas Mental.

4) Alam Perasaan

Klien mengatakan perasaannya kadang Sedih dan kadang Senang/bergembira.

Masalah keperawatan : Gangguan konsep Diri : Harga Diri Rendah

5) Afek

Labil, emosi yang mudah berubah-ubah dan klien tidak bersemangat.

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

6) Interaksi Saat Wawancara

Saat di wawancarai klien mau diajak komunikasi, Namun kotak mata kurang dan klien tampak menunduk, klien tampak gelisah.

Masalah Keperawatan : gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

7) Persepsi Halusinasi

Klien tidak ada gangguan persepsi

8) Proses Pikir

Saat proses pengkajian berlangsung, klien menyampaikan informasi dengan cara yang berputar-putar, namun pada akhirnya tetap mengarah pada pokok permasalahan yang dimaksud.

9) Isi pikir

Pada saat dilakukan pengkajian, klien menunjukkan tidak adanya gangguan pada isi pikiran, serta mempertahankan keyakinan yang konsisten terhadap peristiwa-peristiwa bermakna di lingkungan sekitarnya yang berhubungan dengan dirinya.

10) Tingkat Kesadaran

Klien menunjukkan tingkat kesadaran yang memadai, mampu mengenali lokasi di sekitarnya, serta dapat mengidentifikasi nama perawat yang melakukan pengkajian.

11) Memori

- a) Jangka Panjang : Klien dapat mengingat kejadian dimasa lalunya
- b) Jangka Pendek : Klien dapat mengingat nama orang yang baru diajak berkenalan

12) Tingkat Konsentrasi Berhitung

Klien mampu berkonsentrasi dan berhitung dengan sederhana

13) Kemampuan Penilaian

Gangguan penilaian ringan: Klien dapat mengambil Keputusan karena bantuan dari oranglain

14) Daya Tarik Diri

Klien menyadari bahwa saat ini sedang menjalani perawatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut, serta mengakui dan menerima kondisi penyakit yang dideritanya tanpa penolakan.

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Klien mampu makan secara mandiri dengan menghabiskan satu porsi setiap kali makan, dengan frekuensi 3x dalam sehari.

2) BAB/BAK

BAB/BAK mandiri

3) Klien mandi 1x sehari, yaitu di pagi hari secara mandiri

Masalah Keperawatan : Defisit Persawatan Diri

4) Berpakaian/Berhias

Klien menunjukkan kemandirian dalam berpakaian dan menyatakan bahwa ia mengganti pakaian setiap tiga hari sekali.

5) Istirahat Tidur

Klien mengatakan bahwa durasi tidur siang kurang dari dua jam. Pada malam hari, klien tidur mulai pukul 21.00 dan bangun sekitar pukul 04.30. Aktivitas yang dilakukan sebelum tidur meliputi salat, menonton televisi, dan berdoa. Setelah bangun pagi, klien biasanya mandi atau sekadar mencuci muka.

6) Istirahat Tidur

Klien menunjukkan kemampuan untuk mengonsumsi obat secara mandiri dengan pengawasan dari perawat, dengan jadwal pemberian obat dua kali sehari, yaitu pada pagi dan sore hari.

a) Jenis Obat

(1) Stelosi (1x/hari)

(2) Hexymer (1x/hari)

7) Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan bahwa apabila kondisinya membaik, ia berkomitmen untuk mengikuti anjuran dokter dan perawat dengan mengonsumsi obat secara teratur.

8) Aktivitas Di Dalam

Klien mengatakan bahwa setelah sembuh, ia berencana untuk kembali menjalankan aktivitas rutin seperti menjaga kebersihan lingkungan rumah.

9) Aktivitas Diluar Rumah

Klien mengatakan bahwa setelah kondisinya membaik, ia berkeinginan untuk kembali menjalani aktivitas sehari-hari, termasuk membantu orang tua di rumah, serta berupaya mencari pekerjaan guna meringankan beban keluarga.

h. Mekanisme Koping

1) Adaptif

- a) Berbicara dengan orang lain
- b) Melakukan aktivitas
- c) Beribadah

2) Maladaptif

- a) Menghindar
- b) Marah-marah

i. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1) Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan bahwa dirinya tidak mengalami kesulitan dalam menjalin interaksi atau bergaul dengan kelompok masyarakat di sekitarnya.

2) Masalah Berhubungan Dengan Lingkungan

Klien mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki hambatan atau konflik dengan lingkungan sosial di masyarakat tempat tinggalnya.

3) Masalah Dengan Pendidikan

Klien mengatakan bahwa ia menempuh pendidikan hingga tingkat Sekolah Menengah Atas (SMA) dan selama proses pendidikan tersebut tidak mengalami kendala yang berarti.

4) Masalah Dengan Pekerjaan

Klien mengatakan bahwa saat ini belum memiliki pekerjaan, namun menyatakan keinginannya untuk mencari pekerjaan setelah kondisinya sembuh.

5) Masalah Dengan Perumahan

Klien mengatakan bahwa tidak terdapat kendala terkait tempat tinggal, mengingat statusnya yang belum menikah.

6) Masalah Dengan Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga klien tergolong mencukupi, meskipun klien tidak memiliki pekerjaan, kebutuhan hidupnya tetap dapat terpenuhi.

7) Masalah Dengan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang diterima klien berjalan dengan baik dan tidak ditemukan kendala yang berarti.

8) Pengetahuan Tentang Penyakit

Klien memiliki pemahaman terkait kondisi penyakit yang sedang dialaminya.

j. Aspek Medis

1) Therapy

Therapy Medis

No	Nama Obat	Dosis	Jumlah mg	Waktu Pemberian	Cara Pemberian
1.	Stelosi	1x1	5 mg	08.00	Oral
2.	Hexymer	1x1	2mg	17.00	Oral

k. Daftar Diagnosa Keperawatan

1) Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah

2) Defisit Perawatan Diri

2. Analisa Data

No	Data Penunjang	Masalah Keperawatan
1	2	3

1.	DS: -Klien mengatakan merasa malu bersosialisasi dengan orang lain karena merasa dirinya tidak berguna -Klien mengatakan malu karena tidak bisa berbicara huruf R (cadel) DO: -Kontak mata kurang -Berbicara lambat dengan nada suara pelan -Tampak sering menunduk -Tampak lesu dan tidak bergairah	Harga diri rendah
1	2	3
2.	DS: -Klien mengatakan malas mandi, makan dan membersihkan tempat tidur DO: -Gigi klien tampak kotor dan bau -Klien tidak mampu mengambil makanan sendiri -Klien mandi Ketika disuruh -Klien tidak mampu untuk berdandan	Defisit perawatan diri

3. Diagnosa Keperawatan

a) Gangguan konsep diri: Harga diri rendah

DS:

- 1) Klien mengatakan merasa malu bersosialisasi dengan orang lain karena merasa dirinya tidak berguna

- 2) Klien mengatakan merasa malu karena tidak bisa berbicara huruf R (cadel)

DO:

- 1) Kontak mata kurang
- 2) Berbicara lambat dengan nada suara pelan
- 3) Tampak sering menunduk
- 4) Tampak lesu dan tidak bergairah

- b) Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi atau minat ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan malas mandi, makan dan merapikan tempat tidur

DO:

- 1) Gigi klien tampak kotor dan bau
- 2) Klien tidak mampu mengambil makanan sendiri
- 3) Klien mandi ketika disuruh
- 4) Klien tidak mampu untuk berdandan

4. Perencanaan Keperawatan

Nama : Tn.A

Tempat : Klinik Nur Illahie Assanie

Umur : 44 Tahun

No.RM : 013001

Jenis Kelamin : Laki-laki

Dx : Bipolar

Tabel 3.3
Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
1.	Gangguan konsep diri: Harga diri rendah	Setelah dilakukan 4x pertemuan diharapkan klien mampu : 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang	Setelah di lakukan 4x pertemuan di harapkan klien mampu: 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang di miliki	SP I: 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien a. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah	1) Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien

		dimiliki			
--	--	----------	--	--	--

1	2	3	4	5	6
		2) Klien dapat memakai kemampuan yang di gunakan 3) Klien dapat menetapkan / memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan 4) Klien dapat memilih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan 5) Klien dapat menyusun sudah jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih	2) Memiliki kemampuan yang dapat digunakan 3) Memiliki lanjutan sesuai kemampuan 4) Melakukan kegiatan yang sudah dipilih Merencanakan kegiatan yang suda dilatih	kemampuan dan aspek postif seperti kegiatan klien di rumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat klien b. Beri pujian yang realistis dan berdasarkan penilaian negatif setiap kali bertemu dengan klien 2) Membantu klien memakai kemampuan yang dapat digunakan a. Diskusikan denganklien kemampuan yang masih digunakan saat ini b. Bantu klien menyebabkan	2) Membantu klien menghargai kemampuannya

1	2	3	4	5	6
				dan memberi pergerakan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien c. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif. 3) Membantu klien memilih / menetapkan kemampuan yang akan dilatih a. Diskusikan dengan klien beberapa aktivitas yang dapat dilakukan dipilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari-hari	3) Membantu klien mengembangkan kemampuan yang ada

1	2	3	4	5	6
				b. Memberikan pujian atas aktivitas / kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari c. Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi dan perubahan setiap kegiatan SP II: Melatih klien melakukan kegiatan klien sesuai dengan kemampuan klien	Untuk mengetahui kemampuan klien
2.	Defisit Perawatan Diri	1) Klien mampu melakukan kebiasaan diri 2) Kemampuan melakukan berhias /berdandan secara baik 3) Klien mampu melakukan	Setelah dilakukan 4x pertemuan diharapkan klien mampu: 1) Membersikan diri dengan cara mandi 2) Mampu berhias dan berdandan	SP I: 1) Melatih klien cara perawatan kebersihan diri a. Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan b. Menjelaskan alat-alat untuk	1) Untuk membntu klien melakukan kebersihan diri

1	2	3	4	5	6
		makan dengan baik Mampu melakukan BAB/BAK dengan baik	3) Mampu melakukan makan dengan baik 4) Mampu melakukan BAB/BAK dengan baik	menjaga kebersihan diri c. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri d. Melatih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri SP II: 2) Melatih klien berdandan / berhias a. Berpakaian b. Menyisir rambut c. Berhias SP III: 3) Melatih klien makan secara mandiri : a. Menjelaskan cara mempersiapkan makanan b. Menjelaskan cara makan yang	2) Untuk membantu berhias secara mandiri 3) Untuk melatih klien makan secara mandiri

1	2	3	4	5	6
				tertib c. Menjelaskan cara merapihkan peralatan makanan setelah makan d. Praktek makan sesuai dengan tahapan makanan yang baik SP IV: 4) Mengajarkan klien BAB/BAK secara mandiri a. Menjelaskan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri b. Menjelaskan cara membersihkan setelah BAB/BAK Menjelaskan cara	4) Untuk melatih BAB/BAK secara mandiri

1	2	3	4	5	6
				membersihkan tempat BAB.	

5. Implementasi Dan Evaluasi

Nama : Tn.A

Umur : 44 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tempat : Klinik Nur Illahie Assani Garut

Diagnosa : - Harga Diri Rendah

-Defisit Perawatan Diri

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Pelaksana
1	2	3	4	5
1.	Gangguan konsep diri: Harga diri rendah	Tanggal: 23 April 2025 1. Mengidenrifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki R: Klien bisa melakukan badminton dan ingin belajar Bermain gitar 2. Membantu klien menilai kemampuan yang dapat digunakan R : Bermain gitar 3. Membantu klien memilih / menetapkan kemampuan yang akan dilatih	Tanggal: 23 April 2025 S: Klien mengatakan kemapuan yang dimilikinya adalah olahraga badminton dan ingin belajar bermain gitar O: Klien mampu menyebutkan aspek positif A: Gangguan konsep diri: Harga diri rendah P: Evaluasi SP 1 lanjutkan SP 2	 Herdi

1	2	3	4	5
		R : Bermain gitar 4. Melatih kemampuan yang dipilih klien R:Klien diajarkan bermain gitar 5. Membantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih R : Setiap pagi pukul 09.00		
2.	Defisit Perawatan Diri	Tanggal: 23 April 2025 1. Memilih klien cara perawatan diri R: Klien mendengarkan penjelasan 2. Melatih klien berdandan dan berhias R: - 3. Melatih klien makan secara mandiri R: Makan di bantu 4. Melatih klien BAB/BAK secara mandiri R: -	Tanggal: 23 April 2025 S: Klien mengatakan sudah mengetahui cara merawat kebersihan diri O: Klien mampu mandi 1x/hari A: Defisit perawatan diri P: Evaluasi SP 1 sampai SP 4	 Herdi

6. Catatan Perkembangan

Nama : Tn.A

Umur : 44 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tempat : Klinik Nur Illahie Assani Garut

Diagnosa : - Harga Diri Rendah
- Defisit Perawatan Diri

Hari Dan Tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
Kamis, 24 April 2025	1	S: Klien mengatakan kemampuan yang dimilikinya dan memilih bermain gitar sebagai aspek positif yang dimilikinya O: Klien mampu memilih bermain catur sebagai aspek positifnya A: Gangguan konsep diri : Harga diri rendah P: 1) Identifikasi kemampuan positif 2) Bantu klien memilih yang akan dipilih 3) Latih klien memilih kegiatan sesuai kemampuan klien 4) Masukkan dalam jadwal kegiatan klien I: Mengidentifikasi kemampuan positif 1) Membantu klien memilih kemampuan yang akan di latih 2) Melatih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien	 Herdi

1	2	3	4
		E: SP I teratasi Kegiatan SP I Masukan dalam jadwal kegiatan harian	
	2	S: Klien mengatakan sudah mengetahui cara merawat diri dan berdandan O: Klien mandi 1x sehari, klien mampu menyisir rambut A: Defisit perawatan diri P: Latih klien cara-cara perawatan kebersihan diri I: Latih klien cara-cara perawatan kebersihan diri E: SP I teratasi R: Lanjutkan SP 2 dan SP 3	 Herdi
Jum'at, 25 April 2025	1	S: Klien mengatakan ingin belajar bermain gitar O: Klien mampu bermain gitar jam 09.00 di bantu oleh perawat A: Gangguan konsep diri: Harga diri rendah P: Evaluasi SP I dan SP 2 I: Mempertahankan intervensi yang telah di lakukan E: SP 2 teratasi R: Pertahankan intervensi	 Herdi
	2	S: Klien mengatakan suah mengetahui cara merawat diri, cara berdandan, dan mandi O: 1) Klien mampu makan sendiri 2) Klien mampu memilih kemampuannya 3) Klien mampu menyisir A: Defisit perawatan diri P: 1) Latih klien berdandan dan berhias 2) Latih klien makan secara mandiri	 Herdi

1	2	3	4
		I: 1) Melatih klien berdandan dan berhias 2) Melatih klien makan secara mandiri E: SP 2 dan SP 3 teratasi R: Lanjutkan SP 4	
Sabtu, 26 April 2025	1	S: Klien mengatakan ingin belajar bermain gitar O: 1) Klien mampu mengidentifikasi aspek positif 2) Klien mampu memilih kemampuan yang di latih 3) Klien mampu memilih dan menjadwalkan pelaksanaan kemampuan yang di pilih A: Gangguan konsep diri: Harga diri rendah P: Pertahankan intervensi I: Mempertahankan intervensi E: SP I dan SP 2 teratasi R: Pertahankan intervensi	 Herdi
	2	S: Klien mengatakan merapikan tempat tidur secara mandiri O: 1) Klien mampu melakukan kebersihan mandiri 2) Klien mampu melakukan berhias mandiri 3) Klien mampu makan sendiri 4) Klien mampu merapikan tempat tidur secara mandiri A: Defisit perawatan diri P: Evaluasi SP I sampai SP 2 I: Pertahankan intervensi yang telah di lakukan E: SP 4 teratasi R: Pertahankan intervensi	 Herdi

B. Pembahasan

Pada bagian pembahasan ini, penulis menguraikan permasalahan yang ditemui selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap Tn. A di Klinik Nur Illahi Assanie Garut. Permasalahan tersebut mencakup ketidaksesuaian antara teori yang dipelajari dengan kondisi nyata di lapangan, serta berbagai faktor yang berperan sebagai pendukung maupun penghambat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kepada klien dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah, yang dilakukan mulai dari tahap pengkajian hingga tahap evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis mengumpulkan informasi yang diperoleh dari klien, baik berupa data subjektif maupun objektif. Data subjektif diperoleh melalui wawancara langsung dengan klien, sementara data objektif dikumpulkan melalui observasi yang dilakukan secara langsung oleh penulis. Dalam proses pengumpulan data ini, penulis menerapkan teknik komunikasi terapeutik, yaitu dengan membangun hubungan saling percaya melalui pendekatan berupa wawancara dan observasi. Pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan yang tercantum dalam kajian teoritis ditemukan pada kasus Tn. A. Penentuan diagnosis dilakukan berdasarkan data yang dikumpulkan selama pengkajian. Dalam studi kasus ini, fokus pengkajian diarahkan pada klien

dengan harga diri rendah, mencakup keluhan utama, faktor predisposisi, kondisi psikososial, serta status mental klien. Berdasarkan hasil pengkajian, diperoleh informasi terkait keluhan utama dari klien yaitu:

Klien mengatakan bahwa dirinya datang dalam kondisi emosional, merasa kesal, dan menunjukkan kemarahan. Di rumah, klien mengalami konflik dengan kakak iparnya yang sering memarahinya. Ketegangan meningkat hingga terjadi pertengkaran, yang dipicu oleh kesulitan klien dalam mengonsumsi obat. Meskipun keluarga telah berupaya melerai konflik tersebut, klien tetap menunjukkan kemarahan terhadap kakak iparnya. Situasi ini kemudian menyebabkan klien dibawa ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie, Samarang, Garut untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

Pada faktor Predisposisi diperoleh data klien pernah mengalami gangguan jiwa di masalalu, tetapi pengobatan klien kurang optimal. Klien pernah mengalami penganiayaan didalam keluarganya yaitu oleh kaka iparnya, klien di pikul dan di marahi, klien juga mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu diusir dari rumah oleh orang tuanya. Pada data gambaran diri Tn.A mengatakan tidak senang terhadap salah satu bagian tubuhnya, yakni mulut, karena ia mengalami kesulitan dalam mengucapkan huruf “R”. Penampilan klien tampak berpakaian cukup rapih,

identitas diri klien mengatakan bahwa sebelum menjalani perawatan, ia bekerja sebagai penjaga rental PS, klien kurang puas dengan status dan posisinya saat ini sebagai pengangguran, klien merupakan anak laki-laki berusia 44 tahun dan merupakan anak ketujuh dari sembilan bersaudara, peran yang jalannya dalam keluarga adalah membantu kedua orang tuanya serta berusaha menjadi anak yang berbakti kepada mereka, Klien mengatakan bahwa ia berharap dapat segera pulih, dan setelah kembali ke lingkungan asalnya, ia berencana untuk bekerja guna memperoleh penghasilan. Tujuan jangka panjang klien adalah membeli rumah dan tanah secara mandiri serta menikah setelah kondisi keuangannya dianggap memadai, , harga diri Klien mengatakan hubungan dengan oranglain kurang baik, karna klien mengatakan merasa malu bersosialisasi dengan orang lain dan merasa dirinya tidak berguna, klien mengatakan merasa malu karna klien tidak bisa berbicara huruf R (Cadeel). Pada status mental alam perasaan klien mengatakan perasaannya kadang Sedih dan kadang Senang/bergembira, interaksi saat di wawancarai klien mau diajak komunikasi, Namun kotak mata kurang dan klien tampak menunduk, klien tampak gelisah.

Adapun data-data yang berhasil dikumpulkan selama proses pengkajian dan menunjukkan kesesuaian dengan landasan teori yang ada:

- 1) Mengintropeksi diri sendiri.
- 2) Perasaan diri yang berlebihan
- 3) Sifat selalu negative pada diri sendiri
- 4) Bersikap pesimis dalam kehidupan
- 5) Produktivitas menjadi menurun
- 6) Tindakan menarik diri dari hubungan sosial

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada klien Tn.A tetapi ada dalam teori, yaitu :

- 1) Perasaan tidak mampu dalam semua hal
- 2) Selalu merasa bersalah
- 3) Mengeluh sakit fisik
- 4) Pandangan hidup yang terpolarisasi
- 5) Menentang kemampuan diri sendiri
- 6) Perilaku destruktif yang terjadi pada diri sendiri
- 7) Perilaku destruktif pada orang lain
- 8) Penyalahgunaan suatu zat

Gejala-gejala tersebut tidak muncul karena klien telah menjalani perawatan sebelumnya. Selama proses pengkajian, klien hanya memperlihatkan beberapa indikasi seperti cenderung mengintrospeksi diri secara berlebihan, memiliki pandangan hidup yang pesimis, mengalami penurunan dalam produktivitas, serta menunjukkan perilaku menarik diri dari interaksi sosial.

Tahapan pengkajian merupakan fondasi utama dalam keseluruhan proses keperawatan. Pada tahap ini, seluruh informasi penting mengenai kondisi klien dikumpulkan dan dianalisis sebagai dasar dalam menetapkan diagnosis keperawatan. Pengkajian mencakup identifikasi keluhan utama, pengumpulan berbagai data, serta perumusan permasalahan atau kebutuhan yang dialami klien. Data yang dihimpun meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Dalam konteks keperawatan jiwa, data tersebut dapat diklasifikasikan ke dalam faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, serta sumber dan kemampuan koping klien (Stuart & Laria dalam Prabowo, 2015).

Dalam asuhan keperawatan jiwa, konsep diri mencakup lima komponen utama, yakni citra tubuh, identitas diri, peran, konsep ideal tentang diri, serta harga diri. Persepsi seseorang terhadap tubuhnya, baik secara sadar maupun tidak sadar, dikenal sebagai gambaran diri (Purwanto, 2015).

Sementara itu, cara individu merespons dan menyesuaikan diri terhadap permasalahan yang dihadapi disebut sebagai mekanisme koping. Berdasarkan perbandingan antara teori dan data lapangan pada kedua klien, tidak ditemukan perbedaan yang signifikan. Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa harga diri yang rendah dapat timbul akibat mekanisme koping yang tidak efektif,

kondisi ini pada akhirnya dapat membentuk konsep ideal diri yang tidak sesuai dengan kenyataan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang penulis temukan pada saat pengkajian pada Tn.A dengan gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah ada 2 diagnosa yang sesuai dengan teori, yaitu : Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah. Dan Defisit perawatan Diri . Diagnosa ini muncul karena ada data yang didapatkan dari klien mengarah pada diagnose Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah, Data yang didapat dalam diagnosa Gangguan Konsep Diri Harga Diri: Harga Diri rendah berupa data subjektif , Klien mengatakan merasa malu bersosialisasi dengan orang lain karena merasa dirinya tidak berguna dan klien juga mengatakan malu karna klien tidak bisa berbicara R (Cadel). Adapun data objektif yang ditemukan penulis yaitu klien selalu menundukan kepala dan kontak mata berkurang. Adapun data Subjektif yang menunjukan diagnosa Defisit Perawatan pada Tn.A adalah Klien Nampak tidak bersih. Sedangkan masalah yang muncul pada teori tetapi tidak muncul pada laporan kasus yaitu :

- a. Isolasi Sosial, masalah tersebut tidak muncul karena ketika dikaji klien tidak menunjukan tanda dan gejala Isolasi

Sosial. Klien mampu berinteraksi dengan baik, meskipun dengan beberapa kali ajakan.

3. Perencanaan

Pada tahap ini penulis menyusun berdasarkan tinjauan teoritis yaitu melakukan SP atau Strategi pelaksanaan . Terdapat 2 SP dalam diagnosa Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, dan 4 SP dalam diagnosa Defisit perawatan diri.

Pelaksanaan rencana ini dapat terlaksana dengan baik karena didukung oleh beberapa faktor, antara lain tersedianya sumber literatur yang relevan, sikap kooperatif dari klien, serta dukungan dari perawat di Klinik yang memberikan kemudahan serta berbagai masukan. Penyusunan rencana disusun secara komprehensif dan mengacu pada standar asuhan keperawatan, yang mencakup penetapan tujuan, kriteria hasil yang diharapkan, serta intervensi disertai dengan rasionalisasi yang sesuai.

4. Implementasi

Pada tahap ini, penulis melaksanakan Tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan, dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien. Sebelum melaksanakan Tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat

apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan klien saat ini. Sesuai dengan teori, pada saat akan melaksanakan Tindakan perawatan membuat kontrak/janji terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang dikerjakan dan peran serta yang diharapkan klien. Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien, namun tindakan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus, di implementasikan menggunakan strategi pelaksanaan sesuai kriteria keperawatan. Pada tanggal 22 April 2025 dilakukan SP 1 yang isinya mencakup: bina hubungan saling percaya, Mengidentifikasi aspek dan kemampuan positif, Membantu menilai kemampuan yang dapat digunakan, membantu klien memilih kemampuan positif yang akan dilatih yang dimiliki pasien, melatih kemampuan yang dimiliki klien, dan membantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih. Kemudian untuk masalah Defisit perawatan diri perawat melakukan latihan cara melakukan perawatan diri, melatih klien berdandan dan berhias, melatih pasien makan secara mandiri, mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri. Untuk SP 2 di masalah keperawatan Harga diri rendah perawat melakukan : melatih klien melakukan kegiatan lain yang masih sesuai dengan kemampuan klien (main gitar).

Tindakan keperawatan yang dilakukan mengacu pada teori, yaitu melalui pelaksanaan Strategi Pelaksanaan (SP). Dalam proses SP, dilakukan upaya membangun hubungan saling percaya antara perawat dan klien dengan menerapkan prinsip komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik sendiri merupakan suatu bentuk seni dalam penyembuhan, yang berfokus pada pemulihan individu yang sedang mengalami gangguan kesehatan atau memerlukan pelayanan keperawatan, melalui interaksi interpersonal. Interaksi ini melibatkan dua pihak atau lebih yang memiliki tujuan bersama dalam proses penyembuhan (Tomey, 2016).

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilihat dari hasil Tindakan dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apakah masalah dapat diatasi atau belum, dalam kenyataannya masalah yang dihadapi klien semua teratasi. Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari adalah klien mampu membina hubungan saling percaya menunjukkan ekspresi yang bersahabat, kontak mata klien baik saat diajak berbicara tidak terlalu banyak menunduk, klien mampu menilai aspek positif yang ada dalam dirinya dengan mampu melakukan kegiatan yang sudah dilatih sesuai kemampuan yang masih dimilikinya, klien juga mampu membuat jadwal kegiatan harian dan sudah mampu melakukannya secara mandiri. Klien

juga sudah melakukan kebersihan diri dengan cara mandi dan berdanda, makan Mandiri, BAB dan BAK mandiri.

Evaluasi keperawatan merupakan suatu proses yang bersifat berkelanjutan, bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi keperawatan terhadap kondisi klien. Proses ini dilakukan secara terus-menerus guna mengetahui apakah terjadi perubahan positif atau tidak dalam respon klien, dengan menggunakan pendekatan SOAP (Muhith, 2015). Evaluasi juga menjadi tahap akhir dalam rangkaian proses keperawatan, yang berfungsi untuk merangkum seluruh tahapan intervensi yang telah dilaksanakan serta menilai apakah tujuan yang ditetapkan telah tercapai dengan hasil yang mengarah pada perbaikan kondisi klien.

6. Dokumentasi

Proses dokumentasi dalam keperawatan dapat dilakukan secara tertulis maupun elektronik. Dokumentasi ini memuat informasi mengenai tindakan keperawatan dan pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada klien dalam sistem pelayanan kesehatan (Rahmi'ana, 2022).

Dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, penulis menghadapi sejumlah tantangan. Namun, dengan dukungan teori dari berbagai referensi serta arahan dari dosen pembimbing, penulis berhasil menyusun dokumentasi asuhan keperawatan jiwa secara

sistematis, mencakup tahap pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penyusun melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Gangguan Konsep Diri : Harga diri Rendah di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut mulai dari tanggal 22 April – 26 April 2025 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penyusun dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Penyusun mampu melakukan pengkajian secara menyeluruh terhadap kondisi fisik dan mental pada Tn. A yang mengalami Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang, Garut.
2. Penyusun mampu menyusun rumusan diagnosa keperawatan yang relevan terhadap kondisi Tn. A dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang, Garut.
3. Penyusun mampu merancang rencana asuhan keperawatan yang terarah berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan pada Tn. A dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah, dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang, Garut.
4. Penyusun dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun pada Tn. A yang mengalami Gangguan

Konsep Diri: Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang, Garut.

5. Penyusun mampu melakukan evaluasi terhadap hasil pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Tn. A dengan masalah Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah dan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang, Garut.
6. Melakukan pendokumentasian terhadap proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn. A dengan masalah Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Samarang, Garut.

B. Rekomendasi

1. Untuk Organisasi Profesi

Diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal pada klien jiwa, khususnya klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah dengan diagnosa medis bipolar untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa pada klien lainnya.

2. Untuk Insitusi Stikes Karsa Husada Garut

Kajian kasus ini dapat dijadikan sebagai acuan atau sumber data awal untuk pengembangan penelitian selanjutnya terkait intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan konsep diri berupa harga diri rendah disertai diagnosis medis bipolar.

3. Untuk Mahasiswa

Diharapkan adanya peningkatan kesungguhan dan ketelitian dalam mengidentifikasi kebutuhan klien, serta pemberian motivasi yang efektif agar klien mampu mengenali potensi positif dalam dirinya dan dapat berinteraksi secara optimal dengan orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Hamid. 2017. *Agama Kesehatan Mental Dalam Dan perspektif psikologi Agama Dosen Agama Islam FKIP Unviersitas Tadulako*. Jurnal Kesehatan Tadulako Vol. 3 No. 1, 1-84.
- Ade Herman Surya Direja, 2015, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*, Yogyakarta: Nuha Medika. Jakarta, Indonesia.
- Ali, Mohamad 2017. *Pendidikan Karakter*. Dalam Sapolos. 5 April 2017. Jakarta.
- Dinas Kesehatan, . (2024, Mei 29). *Jumlah Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Kabupaten Garut*.
- Astuti, L. I. (2019). *Karya tulis ilmiah gambaran defisit perawatan diri pada pasien dengan skizofrenia di wisma sadewa rsj grhasia daerah istimewa yogyakarta*.
- Bipolar disorder | NAMI: National Alliance on Mental Illness (2022). <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Bipolar-Disorder/Overview> diakses pada 29 Mei 2024.
- Fitria, Nita. 2015. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jannah, M. (2016). *Asuhan Keperawatan Terapi Aktivitas Kelompok Peningkatan Harga Diri Rendah pada Klien Gangguan Jiwa di Ruang Kakak Tua RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang-Malang. Laporan Penelitian*. Mojokerto: Fakultas D3 keperawatan STIKes-POLTEKES Majapahit Mojokerto.
- Keliat, B.A. (2015). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGG.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016. *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.

- Pardede, J.A., Hafizuddin, H., & Sirait, A. (2021). *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*.
- Pooter, perry. 2016. *Fundamental Of Nursing: Concep, Proses and Practice Edisi 7. Vol. 3*. Jakarta: EGC.
- Prabowo, E. 2015. *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Nuha Medika.
- Pranata, A.D., Irawan, D., & Pratiwi, Y.A. *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Harga Diri*. *Jurnal Pendidikan dan Praktik Kesehatan*. 2(1), 1-9, (2019).
- Rencana Aksi Kegiatan 2020-2024, Direktorat P2 Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA.: <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-401733-4tahunan-440.pdf> diakses pada 27 Mei 2023
- Riskesdas. 2018. *Badan Penelitian dan Pengembang Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*.
- Samosir, E. F. (2020). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada An. A Dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah*. Jakarta, Indonesia.
- Saputra, D. (2017). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB. SA'ANIN PADANG INDONESIA*.
- Suerni, T., & Livana. (2019). *Gambaran Faktor Predisposisi Pasien Gangguan Jiwa Dengan Defisit Perawatan Diri*. *Jurnal Keperawatan*.
- Stuart, G.W, (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa* : Elsever.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. Jakarta.
- Tim Pokja SDKI, DPP, PPNI, (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1*, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

- Tumanduk, F. M. E., Messakh, S. T., & Sukardi, H. (2018). *Hubungan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Depresi Di Bangsal Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan, 9(1), 10-20.
- Wijayanti, F., Nasir, T., Hadi, L., & Akhmad, A. (2020). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gangguan Jiwa*. Health Information: Jurnal Penelitian.
- Yosep, H. I., dan Sutini, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: RefikaAditama.

LAMPIRAN

Lampiran I

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH

Hari ke-1 Tanggal 24/04/2025

10.00 WIB

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

Data Subjektif:

- 1) Klien mengatakan merasa malu bersosialisasi dengan orang lain karena merasa dirinya tidak berguna
- 2) Klien mengatakan malu karna klien tidak bisa berbicara huruf R (Cadel)

Data Objektif:

- 1) Kontak mata kurang
- 2) Bicara lambat dengan nada suara pelan
- 3) Tampak nunduk
- 4) Lesu dan tidak bergairah

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Harga diri rendah
- 2) Defisit perawatan diri

c. Tujuan Keperawatan

Harga diri rendah:

- 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- 2) Menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- 3) Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan
- 4) Melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan.
- 5) Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.

Defisit perawatan diri

- 1) Klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri
- 2) Klien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik

d. Tindakan Keperawatan

Harga diri rendah

- 1) Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki.
- 2) Nilai kemampuan yang dapat digunakan
- 3) Bantu klien memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan
- 4) Latih kemampuan yang telah dipilih
- 5) Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

Defisit perawatan diri

- 1) Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri
 - a) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri

- b) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
 - c) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
 - d) Melatih klien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri
- 2) Melatih klien berdandan/berhias
- a) Berpakaian
 - b) Menyisir rambut
 - c) Berhias
- 3) Melatih klien makan secara mandiri
- a) Menjelaskan cara mempersiapkan makan
 - b) Menjelaskan cara makan yang tertib
 - c) Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan
 - d) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
- 4) Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri
- a) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
 - b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - c) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

11.00 WIB

1. Fase Orientasi

"Assalamualaikum, bagaimana keadaan bapa hari ini? bapak terlihat segar".

"Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan

kegiatan yang pernah bapak lakukan?

Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat bapak lakukan di ini. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih" "Dimana kita duduk? Bagaimana kalau di ruang depan? depan? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?".

2. Fase Kerja

"Bapak, apa saja kemampuan yang bapa miliki? Bagus, apa lagi?

Saya buat daftarnya yaa! Apa lagi kegiatan yang bapak bisa lakukan? Bagaimana dengan badminton? Bermain gitar? Membereskan tempat tidur...dst". "Wah, bagus sekali ada 2 kemampuan dan kegiatan yang bapak miliki".

"Dari dua kegiatan/kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di klinik ini? Coba kita lihat, yang pertama

bisakah, yang kedua?. Bagus sekali ada 2 kegiatan yang masih bisa dikerjakan di sini".

"Sekarang coba bapak pilih satu kegiatan yang masih bisa

di kerjakan di sini". "Ooo...yang nomor 1, bapak? Kalau begitu,bagaimana kalau sekarang kita latihan badminton". "Mari kita siap siap terlebih dahulu dan langsung ke lapangan?" "Nah, kalau kita badminton jangan lupa memakai baju olahragadulu ya pak, ayok kita bermain badminton bersama, bagus!"

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan bapa setelah kita bercakap-cakap dan bermain badminton bersama? ,Bapak ternyata banyak memiliki kemampuanyang dapat dilakukan di sini Salah satunya, badminton yang sudah bapa praktekan dengan baik sekali.

"Sekarang mari kita masukkan pada jadwal harian Bapak. Mau berapa kali sehari badminton. Bagus, 1 kali yaitu pagi-pagi jam berapa? Jam 09?

"Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. Bapa masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di sini selain badminton? Ya, bagus! Bermain gitar, kalau begitu kita akan latihan gitar besok jam 10 pagi ".

“Baik, bagaimana kalau jam 13.00 saya datang berbincang-bincang mengenai kebersihan diri? Tempatnya di sini saja ya pak”

13.00 WIB

1. Fase Orientasi

“Assalamualaikum, sesuai janji saya jam 13.00 sekarang saya datang lagi” “Bagaimana perasaan bapa saat ini?”

“Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita bebincang-bincang seputar kebersihan diri ya” “Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana? Baik disini saja ya.”

2. Fase Kerja

“Kira-kira berapa kali bapak mandi dalam sehari? Apakah bapak Sudah mandi hari ini? Sudah dikeramas? Menurut bapa apa kegunaan mandi? Apa alasan bapak tidak bisa merawat diri? Kira-kira tanda-tanda orang yang tidak merawat diri dengan baik seperti apa? Kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri masalah apa menurut bapak yang bisa muncul?”

“Sekarang coba sebutkan cara melakukan perawatan diri saat mandi. Bagus ya bapak sudah mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri saat mandi”

“Apa yang bapak lakukan setelah selesai mandi? Apa bapak sudah

ganti baju?. Berganti pakaian yang bersih 2x/hari. Apa alasannya bapak tidak mau mengganti baju? Oke tadi ibu juga sudah tau ya

apabila tidak melakukan perawatan diri dengan baik kuman-kuman akan menempel di badan kita sehingga menyebabkan timbulnya penyakit kulit dan lain-lain”.

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang mengenai kebersihan diri? Sekarang coba bapak ulangi apa pentingnya kebersihan diri?”

“Iya bagus sekali ya bapak sudah tau. Mari kita masukkan ke dalam jadwal aktivitas harian bapak ya. Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan yang belajar bermain gitar”.

“Mau jam berapa? Baik, 10 pagi ya. Sampai jumpa pak.”

Hari ke-2 Tanggal 25/04/2025

10.00 WIB

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

Data Subjektif:

- 1) Klien mengatakan ingin bermain gitar
- 2) Klien mengatakan sudah bermain catur dengan klien lain yaitu Tn.R

Data Objektif:

- 1) Klien menunggu kedatangan perawat dengan tidak sabar
- 2) Klien sangat antusias untuk bermain gitar bersama dengan perawat

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Harga diri rendah
- 2) Defisit perawatan diri

c. Tujuan Keperawatan

Harga diri rendah:

- 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- 2) Menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- 3) Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan.
- 4) Melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan.
- 5) Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.

Defisit perawatan diri:

- 1) Klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri
- 2) Klien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik

d. Tindakan Keperawatan

Harga diri rendah:

- 1) Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki.
- 2) Nilai kemampuan yang dapat digunakan
- 3) Bantu klien memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan
- 4) Latih kemampuan yang telah dipilih.
- 5) Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

Defisit perawatan diri:

- 1) Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri
- 2) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
- 3) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
- 4) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
- 5) Melatih klien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri
- 6) Melatih klien berdandan/berhias
 - a) Berpakaian
 - b) Menyisir rambut
 - c) Berhias
- 7) Melatih pasien makan secara mandiri
 - a) Menjelaskan cara mempersiapkan makan
 - b) Menjelaskan cara makan yang tertib
 - c) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan
 - d) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik

- 8) Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri
 - a) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
 - b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - c) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan

BAK

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

10.00 WIB

SP 2

1. Fase Orientasi

"Assalamualaikum, bagaimana keadaan bapak hari ini?."Apa bapak siap untuk bermain gitar hari ini dengan saya?"

“baiklah kalau gitu kita siap siap dulu pak”

“Kita sudah di ruang depan ni pak, untuk waktu bermain caturnya

kira kira 10 menit cukup pak?”

“baik kalo gitu mari kita mulai”

2. Fase Kerja

" baik pak sekarang bapak dulu untuk memulai bermain gitar nya
nanti dilanjutkan oleh saya ya pak"

"wihh mantap pak, pergerakannya bagus pak"

" ayo pak kita lanjutkan permainan gitar nya".

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap dan
bermain gitar bersama hari ini?"

"Bagaimana jika kegiatan bermain gitar ini dimasukkan
menjadi kegiatan sehari-hari, mau berapa kali bapak bermain
gitar? bagus

sekali pak setiap pagi dan sore ya pak setelah meminum obat".

"wih ternyata permainan gitar bapak sangat hebat, bagus! ".

"Baik, bagaimana kalau jam 13.00 saya datang berbincang-
bincang mengenai kebersihan diri? Tempatnya di sini depan
mushola aja ya pak"

13.00 WIB

SP 2 & 3

1. Fase Orientasi

"Assalamualaikum, sesuai janji saya jam 13.00 sekarang saya
datang lagi". "Bagaimana perasaan bapak saat ini?"

"Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita bebincang-

bincangseputar kebersihan diri ya”. “Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana? Baik disinisaya ya.”

2. Fase Kerja

“apa bapak sudah mandi hari ini?”

“apa bapak sudah mengganti baju hari ini, baju bapak terlihat tidak

rapi dan kotor? “ohh belum yaa pantas saja kalo gitu kita belajar

berhias ya pak, bagaimana kalo kita ganti baju dan berdandan agar

bapak terlihat sangat tampan.

“baik kalo gitu ayo ganti baju, wahh baju bapak bagus sekali wangi dan rapih, ternyata bapak juga punya sisir ya ayok kita pakai itu pak.” “masyaallah tampan sekali pak, nanti kita masukan ke jadwal harian ya pak”

3. Fase Terminasi

“Bagaimana peraasaan bapa setelah berhias?”

“Iya bagus sekali ya pak sudah tau. Mari besok kita lakukan kembali menghias diri, badminton dan bermain catur bersama ya pak.” “Mau jam berapa pak? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa pak.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Hari ke-3 Tanggal 26/04/2025

10.00 WIB

SP 2

1. Fase Orientasi

"Assalamualaikum, bagaimana keadaan bapak hari ini?". "Apa bapak siap untuk bermain badminton pagi ini dengan saya?"

"baiklah kalau gitu kita siap siap dulu pak"

"Kita sudah di lapangan ni pak, untuk waktu badmintonnya kira-kira 10 menit cukup pak?"

"baik kalo gitu mari kita mulai"

2. Fase Kerja

" baik pak sekarang mari kita lakukan" masyaallah bapak hebat sekali". " ayo kita bermain badminton lagi, bagus!".

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap dan bermain badminton bersama hari ini?

"Sekarang mari kita latihan yang kedua ya pak, yaitu bermain

gitar. Ayo kita ke ruang depan pak"

"wih permainan gitar bapak bagus dan sudah lumayan mahir,bagus!".

"Baik, bagaimana kalau jam13.00 saya datang berbincang-bincang mengenai kebersihan diri? Tempatnya di sini depan mushola aja ya pak"

13.00 WIB

SP 3 & 4

1. Fase Orientasi

“Assalamualaikum, sesuai janji saya jam 13.00 sekarang saya datang lagi”, “Bagaimana perasaan bapak saat ini?”

“Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita bebincang-

bincangseputar kebersihan diri ya” “Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana ? Baik disini saya ya.”

2. Fase Kerja

“apa bapak sudah mandi hari ini? wah bagus sekali bapak sudah

mandi 2 kali ya”

“apa bapak sudah menggosok gigi hari ini? belum? “

“baik kalo begitu sekarang saya akan melatih bapak untuk gosok gigi, caranya seperti ini ya pak”

“ayo sekarang giliran bapak yang gosok gigi”

“masyaallah ternyata bapak bisa, bagaimana perasaan bapak setelah menggosok gigi pastinya nyaman dan segar ya pak “

“apa bapak sudah makan pagi tadi?, sudahh , apakah bapak sudah

merapikan kembali tempat makan yang sudah dipakai? iyaa,
wahh

bapak hebat. Biasanya setelah makan suka BAB/BAK? jika
BAB/BAK apa yang harus dilakukan, wah bapak pinter jika
sudah BAB/BAK sebaiknya dilakukan di toilet abis itu di bilas
yaa pak jangan lupa untuk selalu mencuci tangan agar tangan
bapak tetap bersih dan wangi ya pak”.

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah menggosok gigi?”

“Iya bagus sekali ya bapak sudah tau. Mari besok kita lakukan
Kembali gosok gigi, badminton, dan bermain gitar bersama ya
pak.”

“Mau jam berapa pak? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa
pak.

“Wassalamualaikum”

Lampiran II

DOKUMENTASI KEGIATAN



LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Herdi

NIM : KHGA22050

Pembimbing : Wahyudin.,S.Kp.,M.Kes

Judul :**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA
TN.A DENGAN GANGGUAN KONSEP
DIRI: HARGA DIRI RENDAH DENGAN
DIAGNOSA MEDIS BIPOLAR DI KLINIK
REHABILITAS MENTAL NUR ILLAHIE
ASSANIE SAMARANG GARUT**

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Sabtu, 31 Mei 2025	Judul	- ACC Judul - Lanjut Bab I	 Wahyudin, S.Kp.,M.Kes
2.	Senin, 09 Juni 2025	Bab I	- Revisi Bab 1 - Perbaiki tabel - Lanjut Bab II	 Wahyudin, S.Kp.,M.Kes
3.	Rabu, 11 Juni 2025	Bab I Bab II	- ACC Bab I - Revisi Bab II - Perbaiki penulisan yang typo - Lihat Juknis	 Wahyudin, S.Kp.,M.Kes

4.	Jum'at, 13 Juni 2025	Bab II	- ACC Bab II - Lanjut Bab III	 Wahyudin, S.Kp.,M.Kes
5.	Selasa, 17 Juni 2025	Bab III	- Revisi Bab III - Lanjut Bab IV	 Wahyudin, S.Kp.,M.Kes
6.	Kamis, 19 Juni 2025	Bab III	- ACC Bab III - Revisi Bab IV	 Wahyudin, S.Kp.,M.Kes
7.	Selasa, 24 Juni 2025	Bab IV	- ACC Bab IV - Tambahkan Lampiran - Siapkan PPT	 Wahyudin, S.Kp.,M.Kes
8.	Jum'at, 27 Juni 2025	Bab IV	- ACC Sidang - ACC PPT - Siapkan draft	 Wahyudin, S.Kp.,M.Kes

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Herdi
Jenis Kelamin	: Laki-laki
TempatTanggal Lahir	: Garut, 7 September 2003
Agama	: Islam
Status	: Belum menikah
Alamat	:Kp. Panoongan, desa Caringin, kecamatan Caringin. Kabupaten Garut

B. Riwayat Pendidikan

SDN Caringin 2	: Tahun 2010-2016
SMPN 1 Caringin	: Tahun 2016-2019
SMAN 7 Garut	: Tahun 2019-2022
STIKes Karsa Husada Garut	: Tahun 2022-2025

