

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. B DENGAN
GANGGUAN SKIZOFRENIA KONSEP DIRI : HARGA DIRI
RENDAH DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SELAAWI
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut**

Disusun Oleh :

Yulia Margareta

KHG.A. 19090



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT**

2022

ABSTRAK

4 bab, 81 halaman, 10 tabel, 5 bagan, 2 lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. B dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja Puskesmas Selaawi kabupaten Garut.” Yang dilatar belakangi dengan meningkatnya jumlah pasien skizofrenia dengan harga diri rendah yang menduduki peringkat pertama selama periode 2021-2022. Dampak yang timbul dari pasien harga diri rendah biasanya seorang individu mengalami penurunan produktivitas, dan hubungan interpersonal yang buruk. Tujuannya untuk menerapkan asuhan keperawatan pada klien secara langsung dan komprehensif dengan menggunakan pola pikir ilmiah melalui proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Metode yang digunakan yaitu metode deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, observasi, wawancara, dan studi pustaka. Harga diri rendah merupakan individu yang cendeung menuduh dirinya negatif dan merasa lebih rendah dari pada orang lain. Masalah yang muncul selama melakukan hasil keperawatan meliputi gangguan konsep diri : harga diri rendah dan isolasi sosial. Yang menjadi tujuan utama dari pemberian asuhan keperawatan ini adalah mengidentifikasi kemampuan dan aspek yang dimiliki klien. Kesimpulan yang diperoleh yaitu dalam pemberian perawatan pada klien harga diri rendah dibutuhkan kerja sama yang baik antara perawat dengan mahasiswa, serta dengan tim kesehatan lainnya supaya dalam pengolahan kasus dapat dilakukan secara efektif, efisien dan hasil yang optimal dan memuaskan.

Kata kunci : Harga Diri Rendah Kronis

Daftar pustaka : 10 buah (2012-2017)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. B dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah” yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan program studi D-III Keperawatan dan memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam karya tulis ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. DR. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. D. Saepudin, S.Sos., M.M.Kes, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep, M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. H. Mohamad Ridwan R, S.Kep.,M.Pd, selaku pembimbing karya tulis ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran,

petunjuk, dan bantuan kepada penulis dalam melakukan karya tulis ilmiah ini.

6. Sri Yekti Widadi, M.Kep. selaku penguji 1 yang telah meluangkan waktunya untuk menguji dan memberikan revisi kepada penulis dalam melakukan karya tulis ini.
7. Hasbi Taubah, S.Kep., M.Pd. selaku penguji 2 yang telah meluangkan waktunya untuk menguji dan memberikan revisi kepada penulis dalam melakukan karya tulis ilmiah ini.
8. Terimakasih yang sangat dalam kepada kedua orangtua saya, ibu saya (Mimih Sartika) dan ayah saya (Ahmad Yani), kakak saya (Aggil Budi Hartono dan juga istrinya Siti Nurhasanah) dan keluarga besar saya yang telah membesarkan, mendidik, menyayangi, mencintai, dan tak pernah lupa selalu mendo'akan saya dalam keadaan apapun, juga adik-adik saya (Rendy aditya dan Muhammad Fauzi). Semoga keringat dan air mata kalian dibalas dengan kebahagiaan di dunia dan akhirat kelak oleh Allah SWT. Saya sangat bersyukur memiliki kalian di kehidupan ini, dan saya sangat menyayangi kalian, tanpa kalian semua saya bukan lah apa-apa. Mungkin perjuangan saya tidak akan pernah bisa membalaskan semua pengorbanan dan perjuangan kalian tapi semoga dengan saya meraihnya gelar ini saya bisa membahagiakan dan bisa membanggakan kalian, semoga apa yang kalian berikan bisa bermanfaat buat kalian juga dan juga tentunya bagi saya sendiri aamiin.

9. Seluruh Staf dan Dosen Program Studi Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan bimbingan, arahan, pelajaran, dan pengalaman sejak penulis melakukan perkuliahan.
10. Seluruh Staf dan Pegawai puskesmas Selaawi, khususnya CI ruangan yang telah meluangkan banyak waktunya untuk memberikan kemudahan, dan memberikan bimbingan, juga arahan dalam melakukan proses asuhan keperawatan jiwa pada Tn. B.
11. Tn. B dan juga keluarganya yang sudah memberikan saya kesempatan untuk melakukan proses asuhan keperawatan jiwa, bisa menerima, percaya dan bekerja sama dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
12. Saya sangat berterimakasih kepada sahabat saya Ridha Hayati Muslimah sebagai tempat curhat keluh kesah setiap masalah, teman bercerita yang sepemikiran, teman yang selalu mendampingi dalam keadaan suka maupun duka, yang selalu membantu dalam kesulitan, menjadi tempat pelarian saat pulang kemalaman, pokonya makasih banyak sudah dampingi saya sampai detik ini. Juga Firda Farhani, Rika Fuji Nisa, makasih sudah menerima saya. dan juga anak-anak 3B serta semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Dalam hal ini penulis hanya bisa berdo'a agar segala kebaikan yang telah mereka berikan mendapat ridho Allah SWT. Aamiin..

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna dikarenakan keterbatasan dan ketidakmampuan ilmu

pengetahuan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya yang senantiasa kita harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT.

Garut, Juli 2022

Penulis,

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR BAGAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Metode Telaahan.....	7
F. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN TERORITIS.....	10
A. Konsep Dasar.....	10
1. Skizofrenia.....	10
2. Harga Diri Rendah.....	15
B. Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan.....	19
1. Pengkajian.....	19
2. Analisa Data.....	29
3. Diagnosa Keperawatan.....	29
4. Rencana Tindakan Keperawatan.....	30
5. Implementasi	40
6. Evaluasi.....	40
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	43
A. Tinjauan Kasus.....	43
1. Pengkajian	36
2. Analisa Data.....	54
3. Dignosa Keperawatan.....	55
4. Format Rencana Keperawatan.....	56
5. Implementasi dan Evaluasi.....	64
6. Catatan Perkembangan.....	68
B. Pembahasan.....	74
1. Pengkajian.....	75
2. Diagnosa Keperawatan.....	76
3. Perencanaan.....	77
4. Implementasi.....	78
5. Evaluasi.....	79
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	80
A. Kesimpulan.....	80
B. Rekomendasi.....	81
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Penyakit Jiwa PKM Selaawi Periode 2021-2022.....	3
Tabel 2.1 Intervensi dan Rasional Tindakan Harga Diri rendah.....	31
Tabel 2.2 Interensi dan Rasional Tindakan Resiko Kekerasan.....	33
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Tindakan Isolasi Sosial.....	35
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Tindakan Halusinasi.....	38
Tabel 3.1 Mekanisme Koping.....	54
Tabel 3.2 Analisa Data.....	54
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	56
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	64
Tabel 3.5 Catatan Perkembangan.....	68

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang Respon Skizofrenia.....	14
Bagan 2.2 Rentang Respon Harga Diri Rendah.....	17
Bagan 2.3 Pohon Masalah.....	18
Bagan 2.4 Pohon Masalah dari Analisa Data.....	29
Bagan 3.1 Genogram.....	46

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan Mental menurut *World Health Organization* pada umumnya adalah gangguan kecemasan dan gangguan depresi. Dari populasi global yang menderita gangguan depresi diperkirakan 4,4% , dan 3,6% dari gangguan kecemasan. Antara tahun 2005 sampai dengan 2015 diperkirakan jumlah penderita depresi meningkat hingga 18%. Kurang lebih 80% penyakit ini dialami oleh orang-orang yang tinggal di negara yang berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2017).

Salah satu dari gejala yang sering ditemukan pada klien gangguan jiwa adalah skizofrenia dengan gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah merupakan perasaan negatif terhadap diri sendiri yang dapat diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung. Sehingga harga diri rendah dapat menyebabkan perasaan malu, rasa bersalah terhadap diri sendiri (mengkritik/menyalahkan diri sendiri), adanya gangguan hubungan sosial (menarik diri), kurang percaya diri (sukar mengambil keputusan), dan bahkan mencederai diri sendiri. Sehingga klien dengan gangguan

Skizofrenia memerlukan perawatan dan penanganan yang intensif dan komprehensif.

Hasil data dari WHO (2016) terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, dan sekitar 47,5 juta orang terkena dimensia. Sedangkan menurut hasil riset dari RISKESDAS tahun 2018 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 6,1% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk. Kemudian pada tahun 2013 Riset Kesehatan Dasar di Provinsi Jawa Barat mengemukakan bahwa analisa pada 40 juta jiwa penduduk Jawa Barat didapatkan sekitar 64 ribu jiwa pernah mengalami gangguan jiwa berat (Depkes, 2013).

Dari data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut melaporkan bahwa terdapat 2.292 orang dengan Gangguan Jiwa, dan yang paling banyak terjadi adalah di Garut sebelah utara. Beberapa faktor yang menjadi penyebab dari gangguan jiwa ini diakibatkan oleh salah satunya ekonomi yang rendah, keturunan, tingkat stres yang tinggi, dan kekerasan dalam rumah tangga, maupun pada anak.

Sedangkan laporan dari Puskesmas Selaawi Garut, terhitung pada tahun 2021-2022 dilaporkan terdapat 55 orang dengan gangguan jiwa. Dengan klasifikasi sebagai berikut :

Tabel 1.1

**Jumlah penderita penyakit jiwa di wilayah kerja PKM Selaawi
Garut Jawa Barat periode 2021-2022**

No	Diagnosa Penyakit	Jumlah Orang
1	Harga Diri Rendah	22
2	Isolasi Sosial	9
3	Halusinasi	11
4	Defisit Perawatan Diri	7
5	Perilaku Kekerasan	6
	Total	55

(Sumber: Puskesmas Selaawi Garut)

Berdasarkan tabel di atas, lima besar masalah keperawatan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Selaawi Garut dari tahun 2021 hingga sekarang ternyata yang mengalami gangguan jiwa paling banyak yaitu terjadi pada kasus Harga Diri Rendah sebanyak 22 orang.

Oleh karena itu, klien dengan gangguan jiwa konsep diri : harga diri rendah mendapatkan peringkat paling tinggi dan paling banyak, maka penulis merasa tertarik dan tertantang untuk melakukan asuhan keperawatan dengan konsep diri : harga diri rendah. Selain itu juga beberapa dampak dari harga diri rendah yaitu bisa menurunkan produktifitas kerja, dan hubungan interpersonal yang kurang baik jika tidak dilakukan penanganan segera. Pada kasus gangguan jiwa mungkin tidak dapat dilihat kesehatannya secara fisik, namun seringkali menunjukkan gejala yang berbeda dan muncul oleh berbagai penyebab

kehidupan. Hubungan saling percaya antara klien dan perawat yang menjadi dasar utama agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa. Hal ini menjadi penting karena peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa yaitu untuk membantu klien dalam menyelesaikan masalah dengan kemampuan yang dimiliki.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan jiwa Harga Diri Rendah merupakan masalah yang cukup serius yang harus segera ditangani untuk meminimalkan angka dari lonjatan tersebut. Dengan demikian maka penulis menganggap penting untuk membuat laporan karya tulis ilmiah dengan judul

“ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. B DENGAN GANGGUAN SKIZOFRENIA KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SELAAWI KABUPATEN GARUT”

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. B dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Selaawi kabupaten Garut.”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

“Memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. B dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Selaawi kabupaten Garut.”

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Tn. B dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Selaawi kabupaten Garut.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. B dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Selaawi kabupaten Garut.
- c. Mampu menyusun rencana keperawatan pada Tn. B dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Selaawi kabupaten Garut.
- d. Mampu melakukan implementasi pada Tn. B dengan gangguan skizofrenia koensep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Selaawi kabupaten Garut.
- e. Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. B dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Selaawi kabupaten Garut.

- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan gangguan skizofrenia konsep diri : harga diri rendah di wilayah kerja puskesmas Selaawi kabupaten Garut.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Dapat menambah wawasan yang luas tentang keilmuan sehingga menjadi peningkatan ilmu pengetahuan dalam mencari pemecahan masalah pada klien Skizofrenia dengan gangguan konsep diri “Harga Diri Rendah”

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Klien dan Keluarga

Klien dan keluarga mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam penanganan kasus jiwa yang dialami seperti cara mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien.

b. Bagi Institusi STIKes Karsa Husada Garut

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi untuk meningkatkan kualitas dan pemahaman terhadap kasus klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah.

c. Bagi Perawat

Asuhan keperawatan ini dapat digunakan sebagai dasar informasi dan juga bisa digunakan sebagai pertimbangan untuk menambah pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam meningkatkan

pelayanan keperawatan pada klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah.

d. Bagi peneliti selanjutnya

Asuhan keperawatan ini dapat digunakan sebagai dasar informasi dan pertimbangan peneliti selanjutnya untuk menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah.

E. Metode Telaahan

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah dengan cara deskriptif yaitu menggambarkan atau menjelaskan suatu keadaan berdasarkan data dan fakta yang diperoleh dari studi kasus dengan proses pendekatan asuhan keperawatan. Adapun teknik pengumpulan data dalam penyusunan asuhan keperawatan ini yaitu dengan cara sebagai berikut :

1. Wawancara

Dengan teknik wawancara ini penulis bisa mendapatkan informasi secara langsung dari klien dan keluarga klien maupun dari tim kesehatan lainnya mengenai riwayat kesehatan klien.

2. Observasi

Dengan teknik observasi seperti ini penulis bisa mendapatkan informasi dengan cara melakukan pengamatan atau penelitian terhadap klien secara langsung untuk pengambilan data objektif sehubungan dengan masalah kesehatan yang menyimpannya.

3. Studi Kepustakaan

Dengan teknik pengumpulan data ini penulis bisa mendapatkan landasan teoritis yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapat dengan fakta yang ada di lahan praktek, mencari penyebab dan pemecahan masalah.

4. Studi Dokumentasi

Dengan teknik pengumpulan data seperti ini penulis bisa mendapatkan informasi mengenai data dari klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan yang berkaitan dengan penyakit klien.

F. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini dibagi menjadi 4 BAB diantaranya adalah :

1. BAB I Pendahuluan

Membahas mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, serta sistematika penulisan.

2. BAB II Tinjauan Teoritis

Membahas tentang tinjauan teoritis mengenai penyakit dan konsep dasar asuhan keperawatan yang mendukung dan berkaitan dengann judul yang diambil oleh penulis.

3. BAB III Tinjauan Kasus

Membahas tentang tinjauan kasus proses keperawatan pada Tn. B dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah akibat skizofrenia serta menjelaskan tentang pembahasan kesenjangan yang ditemukan antara teori dan fakta dengan kasus yang ditemukan di wilayah kerja Puskesmas Selaawi Garut.

4. BAB IV Kesimpulan

Membahas tentang kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatann dan rekomendasi atau saran yang didapatkan dari berbagai pihak.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran dan disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia sering ditemukan pada sebagian masyarakat dan dapat dialami oleh setiap manusia. Skizofrenia merupakan sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan distrur gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku (Sutejo, 2016).

Skizofrenia juga merupakan sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan perubahan genetik, fisik, dan sosial budaya. Skizofrenia juga merupakan gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama pikiran, emosi, dan perilaku (Davidson, 2016).

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa pada proses berpikir, emosi, perilaku sosial, perasaan dan perilaku yang tidak sesuai.

b. Jenis-jenis Skizofrenia

1) Skizofrenia Paranoid

Gejala yang sering ditunjukkan klien dengan jenis skizofrenia ini adalah ketidakmauan bicara dan halusinasi. Dengan penderitanya yang sulit berkonsentrasi dan mengalami penurunan kemampuan berperilaku serta memiliki ekspresi muka yang datar.

2) Skizofrenia Hebefrenik

Gejala pada jenis skizofrenia ini adalah biasanya menyebabkan penderitanya tidak teratur dalam berperilaku dan berbicara.

3) Skizofrenia Residual

Ditandai dengan gejala-gejala primernya dan biasanya muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

4) Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik merupakan gangguan jiwa yang ditunjukkan dengan pergerakan klien yang perilakunya terkadang meniru orang lain, dan tidak mau berbicara.

5) Skizofrenia Simplex

Gejala utama pada jenis simplex ini adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan.

c. Etiologi

Beberapa faktor penyebab skizofrenia menurut Sutejo, 2016 yaitu :

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor biologis

Abdormalis otang yang terjadi dapat menyebabkan respon neurobiologik yang maladaptif dan baru mulai dipahami, yang mencangkup hal-hal berikut :

- (1) Dalam perkembangan skizofrenia, penelitian pencitraan otak mulai menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas. Fenomena ini meliputi lesi pada area frontal, temporal dan limbic paling berhubungan dengan perilaku psikotik.
- (2) Beberapa zat kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan hal berikut : dopamin neurotransmitter berlebihan, ketidakseimbangan antara dopamine dan neurotransmitter lain, terutama erotonin, masalah pada sistem reseptor dopamine.
- (3) Penelitian pada keluarga yang melibatkan anak jembat dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetik pada skizofrenia. Kembar identik dibiarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian skizofrenia.

2) Faktor Psikologis

Teori psikodinamika untuk terjadinya respon neurobiologis yang maladaptif belum didukung oleh penelitian. Teori psikologis terlalu menyalahkan keluarga sebagai gangguan jiwa ini.

3) Faktor Presipitasi

Stres biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif meliputi : gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak, yang mengatur proses informasi. Abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak (komunikasi saraf yang melibatkan elektrolit), yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara efektif menanggapi stimulus, (Sutejo, 2016).

d. Gejala Skizofrenia

1) Gejala negatif

Gejala negatif berupa alam perasaan (*affect*) tumpul dan mendatar. Menarik diri atau mengasingkan diri, tidak mau bergaul dengan orang lain atau kontak dengan orang lain, suka melamun, kontak emosional, sukar diajak bicara, pendiam dan pola pikir stereotip.

2) Gejala positif

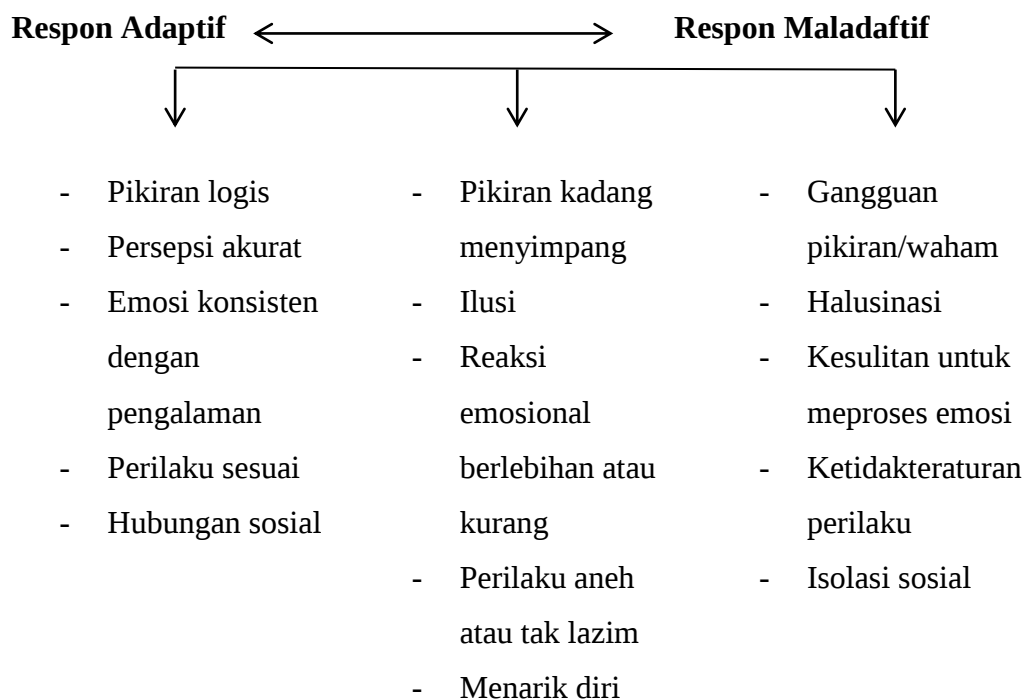
Gejala positif berupa delusi, waham, halusinasi, kekacauan alam pikir, gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-

mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.

e. Rentang Respn Skizofrenia

Bagan 2.1

Rentang Respon Skizofrenia



(Sumber : Stuart, 2013)

2. Konsep Harga Diri Rendah

a. Definisi

Harga diri rendah merupakan suatu kondisi dimana individu menilai dirinya dan kemampuan dirinya negatif atau suatu perasaan menganggap dirinya sebagai seseorang yang tidak berharga dan tidak dapat bertanggungjawab atas kehidupannya sendiri (Nurhalimah, 2016). Sedangkan Harga diri rendah menurut ahli lainnya juga merupakan perasaan negatif terhadap dirinya sendiri termasuk kehilangan rasa percaya diri, tidak berharga, tidak berguna, tidak berdaya, pesimis, tidak ada harapan dan putus asa (Nurarif & Kusuma, 2015)

Berdasarkan dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa gangguan konsep diri : harga diri rendah merupakan kondisi yang mengakibatkan seorang individu memiliki pemikiran negatif terhadap dirinya sendiri dan merasa tidak percaya diri bahkan merasa tidak berharga.

b. Etiologi

1) Faktor Predisposisi

Terjadinya harga diri rendah adalah karena adanya penolakan orangtua yang realistis, kegagalan berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, dan ketergantungan pada orang lain, serta ideal diri yang tidak realistis.

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya dikarenakan kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan atau bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas menurun. Secara umum gangguan konsep diri harga diri rendah dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional biasanya terjadi karena trauma yang muncul secara tiba-tiba misalnya harus dioperasi, kecelakaan, pemerkosaan, dan dipenjara termasuk di rawat di rumah sakit yang bisa menyebabkan harga diri rendah karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang membuat klien tidak nyaman.

c. Tanda dan Gejala

Menurut Yosep, 2016 tanda dan gejala yang mungkin ditemui pada klien gangguan konsep diri : harga diri rendah meliputi :

- 1) Mengejek dan mengkritik orang lain
- 2) Sulit bergaul
- 3) Tidak menerima pujian
- 4) Penolakan terhadap kemampuan sendiri
- 5) Lebih banyak menunduk
- 6) Tidak berani menatap lawan bicara
- 7) Bicara lambat dengan nada suara lemah

d. Rentang Respon Harga Diri Rendah

Bagan 2.2



(Sumber : Stuart, 2013)

Keterangan :

Respon adaptif terhadap diri meliputi :

1) Aktualisasi diri

Merupakan pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman yang nyata, sukses, dan diterima.

2) Konsep diri positif

Merupakan kondisi individu yang memiliki pengalaman yang positif dalam aktualisasi diri dan menyadari hal-hal positif maupun yang negatif pada dirinya. Individu yang dapat mengidentifikasi kemampuan dan kelemahannya serta dapat berfikir secara positif dan realistis.

Sedangkan respon maladaptif dari konsep diri meliputi :

1) Harga diri rendah

Suatu kondisi dimana seorang individu cenderung menilai dirinya negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain.

2) Kerancuan identitas

Merupakan suatu kegagalan pada seorang individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi aspek-spek identitas masa kanak-kanak ke dalam kematangan aspek psikososial kepribadian pada masa dewasa yng harmonis.

3) Depersonalisasi

Merupakan perasaan yang tidak realistis dan asing terhadap dirinya sendiri yang memiliki kaitan dengan ansietas, kepanikan, serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

e. Pohon Masalah

Bagan 2.3

Pohon masalah harga diri rendah



f. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Farmakologi

Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia yaitu untuk mengendalikan gejala-gejala aktif dan mencegah

kekambuhan. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit, apakah akut atau kronis. Tujuan dari pengobatan ini yaitu untuk mengurangi gejala psikotik yang parah (WHO, 2015).

2) Psikoterapi dan rehabilitasi

Terapi ini dilakukan untuk mendorong penderita bergaul dengan orang lain, penderita lain, perawat, dan dokter. Pada terapi ini dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama.

B. Konsep Teori Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan

Konsep Diri : Harga Diri Rendah

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan, pada tahap ini semua data dan informasi tentang klien yang dibutuhkan dan dianalisis untuk menentukan diagnosa keperawatan.

Tahap pengkajian terdiri dari keluhan utama, pengumpulan data dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, spiritual. Data pengkajian keperawatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping dan

kemampuan coping yang dimiliki pasien (Stuart dan Laria dalam Prabowo, 2014).

a. Identitas klien

Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, pendidikan, status mentl, suku, bangsa, tanggal pengkajian.

b. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

c. Alasan terjadinya gangguan jiwa

Mengkaji tentang alasan terjadinya gangguan jiwa, pada umumnya klien sakit dengan gejala-gejala pada tahap awal, yaitu : tidak bisa mengontrol emosi, klien mulai mengamuk, mencederai dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan.

Pada umumnya faktor pencetus pasien dengan harga diri rendah adalah sebagai berikut :

1) Faktor presipitasi

a) Faktor presipitasi dapat disebabkan oleh faktor ketegangan, konflik peran, peran yang berlebihan, peran yang tidak jelas, dan perkembangan transisi.

b) Situasi transisi peran

c) Transisi peran sehat-sakit, disebabkan oleh : kehilangan bagian tubuh, perubahan ukuran dan bentuk, perubahan fisik, prosedur pengobatan dan perawatan.

d) Ancaman fisik

2) Faktor predisposisi

a) Faktor yang mempengaruhi harga diri, termasuk penolakan orangtua, harapan orangtua yang tidak realistis.

b) Faktor yang mempengaruhi penampilan peran

c) Faktor yang mempengaruhi identitas diri.

d. Pemeriksaan fisik

a) Ukur dan observasi tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan klien.

b) Ukur tinggi badan dan berat badan klien.

c) Tanyakan apakah berat badan klien turun atau naik.

d) Tanyakan kepada klien apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien atau tidak.

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram merupakan gambaran pada klien dan keluarga, dilihat dari pola komunikasi pengambilan keputusan dan pola asuh.

2) Konsep diri

a) Citra diri/tubuh

Mengkaji tentang sikap, persepsi, keyakinan, dan pengetahuan individu secara sadar atau tidak sadar terhadap tubuhnya seperti ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna objek yang kontak secara terus menerus (anting, make up, kontak lensa, pakaian, kursi roda) dengan tubuh.

b) Ideal diri

Merupakan persepsi seseorang tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan atau nilai pribadi tertentu pada pasien dengan gangguan ideal diri yaitu terlalu tinggi, sukar dicapai dan tidak realistis, ideal diri yang samar dan tidak jelas dan cenderung menuntut.

c) Harga diri

Merupakan penilaian individu tentang pencapaian dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. Pada pasien gangguan diri dapat digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan.

d) Peran diri

Merupakan perilaku yang secara sosial berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok sosial. Pada pasien gangguan jiwa penampilan peran adalah berubah atau terhenti fungsi peran yang disebabkan oleh penyakit proses menua, putus sekolah, dan putus hubungan kerja.

e) Identitas diri

Ketidakpastian melihat diri sendiri, penuh dengan keraguan, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan.

f. Status mental

1) Penampilan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah penampilannya tidak rapi, tidak sesuai karena kurang minat untuk melakukan perawatan diri.

2) Alam perasaan

Pasien biasanya merasa tidak mampu dan pandangan hidup yang pesimis.

3) Afek

Afek pasien biasanya tumpul yaitu klien tidak mampu merespon bila ada stimulus emosi yang beraksi.

4) Proses pikir

Biasanya pasien dengan harga diri rendah terjadi pengulangan pembicaraan yang disebabkan karena pasien kurang kooperatif dan bicara kambat sehingga sulit dipahami.

5) Tingkat kesadaran

Biasanya tingkat kesadaran pasien stupor (gangguan motorik seperti ketakutan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama tetapi klien menyadari semua yang terjadi di lingkungannya).

6) Memori

Biasanya pasien dengan harga diri rendah umumnya tidak terdapat gangguan pada memorinya, baik memori jangka pendek maupun jangka panjang.

7) Tingkat konsentrasi berhitung

Biasanya tingkat konsentrasi terganggu dan mudah beralih atau tidak mampu mempertahankan konsentrasi dalam waktu lama, karena merasa cemas. Dan biasanya tidak mengalami gangguan dalam berhitung.

8) Isi pikir

Biasanya pasien merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolak diri sendiri, mengejek dan mengkritik diri sendiri.

g. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti

Kaji siapa yang berarti dalam kehidupan klien, tempat menceritakan masalah, meminta bantuan dan dorongan.

2) Lingkungan

Kaji lingkungan bagaimana yang membuat klien merasa lebih tenang.

3) Arti keluarga

Kaji apakah klien memiliki arti keluarga atau sebaliknya.

4) Konflik keluarga

Kaji adakah konflik keluarga yang dapat menyebabkan klien mengalami gangguan jiwa dan cara mengatasinya.

5) Aktivitas di masyarakat

Sejauh mana klien dapat terlihat atau bersosialisasi dengan masyarakat.

6) Seksualitas

Kaji tentang kemampuan klien terhadap jenis kelaminnya. Bisa saja klien belum menikah merasa tidak berharga lagi karena orang lain mengasingkan.

7) Spiritual

Kaji spiritual klin, apakah klien di rumah suka melakukan ibadah atau tidak.

h. Kebutuhan sehari-hari

1) Makan

- a) Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam, (suka/ tidak suka / pantang) dan cara makan.
- b) Observasi kemampuan pasien dalam menyiapkan dan membersihkan alat.

2) BAB/BAK

Observasi kemampuan pasien untuk BAB/BAK

- a) Menggunakan dan membersihkan WC.
- b) Membersihkan diri dan merapikan pakaian.

3) Mandi

- a) Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur rambut.
- b) Observasi diri dan merapihkan pakaian.

4) Berpakaian

- a) Observasi kemampuan pasien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian dan alas kaki.
- b) Observasi penampilan dandanan pasien
- c) Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian

d) Nilai kemampuan yang harus dimiliki pasien, mengambil, memilih dan mengenakan pakaian.

5) Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan tentang :

- a) Lama waktu tidur siang dan malam
- b) Persiapan sebelum tidur seperti : menyikat gigi, cuci kaki, dan berdoa'a.

6) Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan pada pasien dan keluarga tentang :

- a) Penggunaan obat : frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian
- b) Reaksi obat.

7) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan pada pasien dan keluarga tentang :

- a) Apa, bagaimana, kapan, dan kemana perawatan lanjut
- b) Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi dan lembaga pelayanan kesehatan) dan penggunaanya.

8) Aktivitas di dalam rumah

Tanyakan pada pasien dan keluarga tentang :

- a) Merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan
- b) Merapikan rumah (kamar tidur, dapur. Menyapu, mengepel)

- c) Mencuci pakaian sendiri
- d) Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9) Aktivitas di luar rumah

Tanyakan kemampuan pasien :

Belanja untuk keperluan sehari-hari

- a) Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah (bayar listrik atau telepon, kantor pos dan bank).

i. Mekanisme coping

Data didapat dari wawancara klien dan keluarganya, beri tanda ceklis pada kotak coping yang dimiliki klien baik adaptif maupun maladaptif.

j. Masalah psikososial dan lingkungan

Data didapatkan dari wawancara klien dan keluarganya, pada tiap masalah yang dimiliki pasien yang spesifik, singkat dan jelas.

2. Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah (Sutejo, 2016)

Pohon Masalah

Berdasarkan hasil pengkajian dapat dibuat pohon maalah sebagai berikut :

Bagan 2.4



3. Diagnosa Keperawatan

Beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan harga diri rendah diantaranya :

- Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Kronis
- Resiko Tinggi Perilaku Kekerasan
- Isolasi Sosial
- Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

4. Intervensi Keperawatan

a. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah kronis

1) Tujuan Umum

Klien dan keluarga mampu mengatasi harga diri rendah.

2) Tujuan Khusus

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

3) Tindakan Keperawatan

Tabel 2.1

KRTERIA EVALUASI	INTERVENSI
1	2
Setelah dilakukan interaksi, klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat : - Ekspresi wajah cerah tersenyum - Mau berkenalan - Ada kontak mata - Bersedia menceritakan peasaan - Bersedia mengungkapkan	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 petemuan

masalah.	- Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Tunjukkan sikap empati pada klien
Setelah dilakukan interaksi, klien menyebutkan aspek positif yang dimiliki klien, seperti kegiatan klien di rumah, adanya keluarga dan 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 dilakukan interaksi, klien menyebutkan kemampuan yang dimilikinya yang dapat dilaksanakan.	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.
Setelah dilakukan evaluasi, klien dapat merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. 3	- Tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi dan kondisi. - Rencanakan bersama klien suatu kegiatan. 4 aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan klien (kegiatan mandiri dengan bantuan) - Beri contoh kegiatan boleh dilakukan.
Setelah dilakukan interaksi, klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat.	- Berdiskusi dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang telah dipilih klien) yang akan dilatih. - 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 ke dalam jadwal kegiatan harian.
Klien memanfaatkan sistem yang ada di keluarga.	- Beri pendidikan kesehatan pada 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.

b. Resiko Tinggi Perilaku Kekerasan

1) Tujuan Umum

Klien dan keluarga mampu mengatasi dan mengendalikan resiko kekerasan.

2) Tujuan Khusus

a) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

b) Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya

c) Klien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan

d) Klien dapat mengidentifikasi cara-cara saat dalam mengungkapkan kemarahan

e) Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan

Mengontrol perilaku kekerasan secara : Fisik, Sosial, Spiritual, Terapi psikofarmaka (penuh obat)

3) Tindakan keperawatan

Tabel 2.2

KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
1	2
Setelah pertemuan klien mampu : - Menyebutkan penyebab, tanda gejala, dan akibat perilaku kekerasan - Memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 1 : - Identifikasi masalah, tanda gejala, serta akibat perilaku kekerasan - Latihan cara fisik 1 - Tarik nafas dalam - Masukkan dalam jadwal kegiatan harian
Setelah pertemuan klien mampu : - Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan - Memperagakan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 2 : - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) - Latihan cara fisik 2 - Pul kasur/bantal - Masukkan dalam jadwal kegiatan harian
Setelah pertemuan klien mampu : - Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan - Memperagakan cara sosial/verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 3 : - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1&2) - latihan cara sosial dan verbal - menolak dengan baik - meminta dengan baik - mengungkapkan dengan baik - masukan dalam jadwal kegiatan harian

Setelah pertemuan klien mampu : - menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan - memperagakan kegiatan spiritual	SP 4 : - Evaluasi kegiatan yang lalu SP (1,2&3) - Latihan secara spiritual seperti berdo'a dan sholat - Masukan dalam jadwal kegiatan harian
Setelah pertemuan klien mampu : - Menyebutkan kegiatan yang telah lalu - Memperagakan cara patuh obat	SP 5 : - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2,3&4) - Latihan patuh obat seperti minum obat secara teratur dengan prinsip 5B, susun jadwal minum obat secara teratur - Masukan dalam jadwal kegiatan harian

c. Isolasi Sosial

1) Tujuan Umum

Klien dapat berinteraksi dengan orang lain

2) Tujuan Khusus

- a) Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b) Klien mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial
- c) Klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan sosial dan kerugian dari isolasi sosial
- d) Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap
- e) Klien mampu menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial
- f) Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam memperluas hubungan sosial

g) Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

3) Tindakan keperawatan

Tabel 2.3

KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
1	2
Setelah dilakukan interaksi, klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat : - Ekspresi wajah cerah, tersenyum - Mau berkenalan - Ada kontak mata - Bersedia menceritakan perasaannya - Bersedia mengungkapkan masalah	SP 1 : Bina hubungan saling percaya - Mengucapkan salam terapeutik - Sapa klien dengan ramah - Perkenalkan diri dengan sopan - Tanyakan nama lengkap klien - Jelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Tunjukkan sikap empati pada klien
Klien dapat menyebutkan minimal satu penyebab isolasi sosial. Penyebab muncul isolasi sosial : diri sendiri, orang lain dan lingkungan.	SP 2 : Tanyakan pada klien tentang - Orang yang tinggal serumah dengan klien - Orang yang paling dekat dengan klien di rumah atau di ruang perawatan - Hal apa yang membuat klien dekat orang tersebut - Orang yang tidak dekat dengan klien di rumah - Apa yang membuat klien tidak dekat dengan orang tersebut - Upaya apa yang sudah dilakukan agar dekat dengan orang lain - Diskusikan dengan klien penyebab isolasi sosial atau tidak mau bergaul dengan orang lain - Beri pujian terhadap kemampuan klien - Jadwalkan kegiatan harian

- Klien dapat menyebutkan keuntungan dalam berhubungan sosial seperti : Banyak teman, tidak kesepian, bisa diskusi, saling menolong. - Klien dapat menyebutkan kerugian isolasi sosial seperti : sendiri, kesepian, tidak bisa diskusi.	SP 3 : Tanyakan kepada klien tentang - Manfaat berhubungan sosial - Kerugian isolasi sosial - Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan sosial dan kerugian berhubungan sosial - Beri pujian terhadap kemampuan klien - Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian
Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap : - Perawat - Perawat lain - Klien lain - Keluarga - Kelompok	SP 4 : - Observasi perilaku klien ketika berhubungan sosial - Jelaskan kepada klien cara berinteraksi dengan orang lain - Berikan contoh cara berbicara dengan orang lain - Berikan kesempatan kepada klien mempraktikkan cara berinteraksi dengan orang lain yang dilaksanakan di hadapan perawat - Bantu klien berinteraksi dengan satu orang teman, atau anggota keluarga - Bila klien sudah menunjukkan kemajuan, tingkatkan jumlah interaksi dengan dua, tiga, empat dan seterusnya - Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi - Latih klien bercakap-cakap dengan anggota keluarga saat melakukan kegiatan sosial seperti berbelanja ke warung dll
Klien dapat menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan : Orang lain Kelompok	SP 5 : - Diskusikan dengan klien tentang perasaannya setelah berhubungan sosial dengan

	orang lain - Beri pujian terhadap kemampuan klien
Keluarga dapat menjelaskan tentang : - Isolasi sosial beserta tanda dan gejalanya - Penyebab dan akibat dari isolasi sosial - Cara merawat klien menarik diri	SP 6 : - Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku sosial - Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku sosial - Jelaskan pada keluarga tentang : isolasi sosial beserta tanda dan gejalanya, penyebab dan akibat isolasi sosial, cara merawat klien isolasi sosial - Latih keluarga cara merawat klien isolasi sosial - Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang telah dilatihkan - Beri motivasi keluarga agar membantu klien untuk bersosialisasi - Beri pujian kepada keluarga atas keterlibatannya merawat klien di rumah sakit
Klien bisa menyebutkan : - Manfaat minum obat - Kerugian yang ditimbulkan akibat tidak minum obat - Nama, warna, dosis, efek samping obat - Akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter	SP 7 : - Diskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek samping penggunaan obat - Pantau klien pada saat penggunaan obat - Berikan pujian kepada klien jika klien menggunakan obat dengan benar.

d. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

1) Tujuan Umum

Klien mampu mengontrol halusinasinya

2) Tujuan Khusus

a) Klien mampu mengenali halusinasi yang dialaminya

b) Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik

c) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan makan obat secara teratur

d) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain

e) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal

3) Tindakan keperawatan

Tabel 2.4

KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
1	2
Setelah pertemuan klien dapat menyebutkan : - Klien mampu menyebutkan apa halusinasi dan penyebab terjadinya halusinasi - Klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi	SP 1 : - Bantu klien mengenali halusinasi : apa halusinasi, waktu terjadinya dan penyebabnya - Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik - Jelaskan cara menghardik halusinasi - Peragakan cara menghardik - Minta klien memperagakan ulang - Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku klien

	- Masukan dalam kegiatan jadwal klien
Setelah pertemuan, klien mampu : - Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	SP 2 : Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) - Latih berbicara dengan orang lain saat halusiasi muncul - Masukan dalam jadwal kegiatan klien
Setelah pertemuan klien mampu : - Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan - Memberi jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya.	SP 3 : - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1&2) - Latih kegiatan agar tidak muncul halusinasi, tahapannya : ➤ Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi ➤ Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien ➤ Latih klien melakukan aktivitas ➤ Susun jadwal aktivitas kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) ➤ Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif.

5. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter, 2016).

Sedangkan implementasi keperawatan menurut Haryanto (2017) merupakan kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan juga merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah (Ali, 2017).

Sedangkan menurut Maryna (2012) evaluasi keperawatan merupakan tahap yang menentukan apakah tujuan yang berkelanjutan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Evaluasi dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Evaluasi proses (formatif) merupakan evaluasi yang dilakukan setelah melakukan tindakan keperawatan.
- 2) Evaluasi hasil (sumatif) merupakan evaluasi yang dilakukan dengan cara membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan.

A : Analisa terhadap dua subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa :

- a) Rencana terusan, jika masalah tidak berubah
- b) Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijelaskan tapi hasil belum memuaskan.
- c) Rencana dibatalkan, jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa dibatalkan.

- d) Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien dan Penanggung Jawab

1) Identitas Klien

Nama : Tn. B

Umur : 42 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Pendidikan : SD/Sederajat

Pekerjaan : Tidak Bekerja

Status : Belum Menikah

Alamat : Kp. Ciloa Rt/Rw 01/05 Ds.
Mekarsari Selaawi

Tanggal Pengkajian : Selasa, 16 November 2021

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. E

Umur : 71 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Kp. Ciloa Rt/Rw 01/05 Ds.
Mekarsari Selaawi

Hub. Dengan Klien : Ibu Kandung

b. Awal penyebab terjadinya gangguan jiwa

Keluarga klien mengatakan awal mula terjadinya gangguan jiwa pada klien yaitu pada 12 tahun yang lalu. Saat klien ditinggalkan oleh kekasihnya dan batal menikah karena klien tidak memiliki pekerjaan yang menetap. Saat itu juga klien sering menyendiri dan tidak mau berbicara dengan siapapun karena klien merasa malu dan tidak berguna.

Saat dilakukan pengkajian pada hari Selasa, 16 November 2021 di rumah klien, klien terlihat kebingungan dan selalu menghindar dari perawat dan klien mengatakan malu untuk berbicara dengan perawat serta pandangan mata selalu menunduk ke bawah.

c. Faktor Predisposisi

1) Riwayat gangguan jiwa dahulu

Sebelumnya klien tidak pernah mengalami gangguan jiwa.

3) Riwayat aniaya fisik dan tidak menyenangkan

a) Riwayat aniaya fisik

Klien tidak pernah mengalami penganiayaan fisik ataupun kekerasan dalam keluarganya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

b) Riwayat kejadian tidak menyenangkan

Klien ditinggalkan kekasihnya saat akan menikah karena tidak memiliki pekerjaan yang menetap.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

c) Riwayat anggota keluarga pernah mengalami gangguan jiwa

Didalam keluarga klien tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa seperti klien.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

4) Riwayat pengobatan sebelumnya

Klien mengatakan belum pernah di rawat di Rumah Sakit Jiwa, klien pernah melakukan pengobatan ke Dokter kejiwaan namun terputus karena keluarga tidak ada biaya dan klien tidak mau minum obat.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Respirasi : 21 x/menit

Nadi : 86 x/menit

Suhu : 36,4 °C

Tinggi badan : 158 cm

Berat badan : 52 Kg

2) Keluhan fisik :

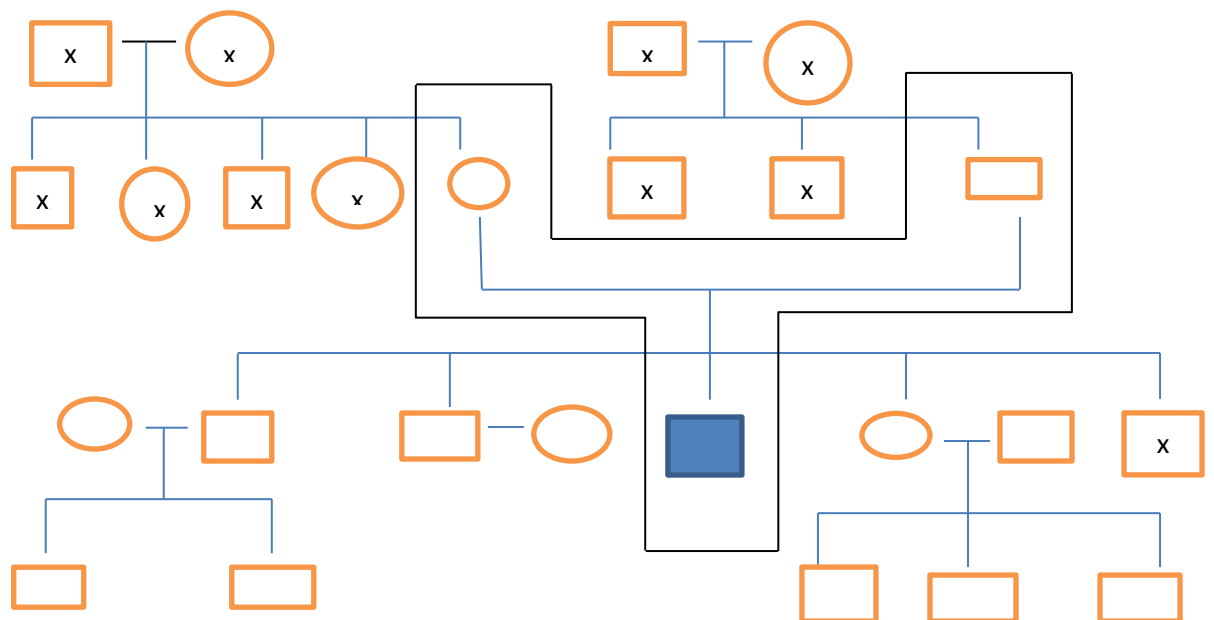
Pada saat dilakukan pengkajian tidak ditemukan keluhan fisik pada klien.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

e. Psikososial

1) Genogram

Bagan 3.1



Keterangan :

	: Laki- laki
	: Perempuan
	: Klien laki-laki
	: Meninggal
	: Tinggal serumah

Penjelasan :

Klien merupakan anak ke-3 dari 5 bersaudara. Klien tinggal bersama ibu dan bapak dari klien, karena klien belum menikah dan semua saudara klien sudah menikah dan memiliki rumah tangga masing-masing. Dan klien memiliki adik perempuan yang terakhir namun sudah meninggal ketika masih bayi.

a) Pola asuh

Sejak kecil klien diasuh oleh kedua orang tuanya dengan sangat baik hingga sekarang.

b) Pola komunikasi

Klien merasa malu ketika berbicara dengan orang lain. Dan keluarga klien mengatakan jika klien selalu menyendiri dan berkomunikasi dengan tidak jelas.

c) Pola pengambilan keputusan

Pada pola pengambilan keputusan ini dilakukan dengan musyawarah oleh kedua orang tuanya, dan keputusan akhir oleh ayahnya.

d) Faktor herediter

Tidak ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Klien mengatakan merasa puas dan nyaman dengan bentuk tubuh, ukuran, fungsi tubuhnya karena merupakan anugrah dari tuhan. Penampilan klien bersih, rapi, dan tidak bau klien mampu merawat dirinya sendiri.

b) Identitas Diri

Klien tidak mengetahui siapa dirinya.

c) Peran Diri

Selama di rumah klien sebagai anak yang berbakti kepada orang tuanya.

d) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh.

e) Harga Diri

Klien mengatakan merasa malu tidak percaya diri dan tidak mau bersosialisasi dengan tetangga dan teman-temannya karena takut adanya penolakan.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

3) Hubungan Sosial

a) Orang Terdekat

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan ibunya sangat berarti meskipun tidak sering berinteraksi dan berkomunikasi.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Saat dilakukan pengkajian keluarga klien mengatakan klien tidak pernah berinteraksi dengan tetangganya dan tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat di lingkungan.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien kesulitan untuk berinteraksi dengan orang lain karena klien merasa malu.

4) Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan

Klien dan keluarga klien mengatakan bahwa klien dan keluarganya beragama islam dan meyakini adanya Allah SWT.

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan sering sholat tetapi tidak full 5 waktu karena sering lupa.

f. Status Mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan cukup baik, seperti orang pada umumnya pakaian rapi, rambut rapi sedikit beruban dan kuku tampak kotor.

2) Aktivitas Motorik

Klien tidak mau berinteraksi, lebih banyak diam, dan sering menyendiri. Reaksi terhadap lingkungan berkurang, gerakan dan aktivitas lamban dan klien mempertahankan posisi badan secara kaku.

3) Alam Perasaan

Alam perasaan klien terlihat gelisah.

4) Afek

Labil, bicara klien lambat, ekspresi wajah datar.

5) Interaksi Selama Wawancara

Kontak mata kurang, klien lebih sering menunduk, tidak mampu memuali pembicaraan, dan jika ditanya klien menjawab seadanya.

6) Persepsi

Saat dikaji apakah klien mengalami halusinasi, klien mengatakan tidak memiliki halusinasi maupun ilusi. Klien tidak pernah mendengar suara-suara aneh

7) Proses Pikir

Pembicaraan yang diulang berkali-kali.

8) Isi Pikir

Pada saat dikaji tidak ada waham.

9) Tingkat Kesadaran

Pada saat dikaji klien tampak bigung dan gelisah.

10) Memori

Klien kadang sudah melupakan kejadian di masa lalu kejadian di waktu kecilnya. Seperti saat ditanyakan nama guru di SD nya dahulu.

11) Tingkat Konsentrasi Berhitung

Klien tidak bisa berkonsentrasi penuh dan suka beralih-alih, saat berhitung klien tidak dapat menyebutkannya karena klien malu.

12) Kemampuan Penilaian

Klien bisa melakukan penilaian mana yang harus dilakukan terlebih dahulu seperti makan atau cuci tangan.

13) Daya Tarik Diri

Klien menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa yang menyebabkan klien tidak mau bergaul dengan orang lain.

g. Kebutuhan Sehari-hari

1) Makan

Keluarga klien mengatakan klien makan dengan lahap dan mampu menghabiskan 1 porsi makan dalam 3x/hari.

2) BAB/BAK

Keluarga klien mengatakan bahwa klien bisa melakukan toileting secara mandiri.

3) Mandi

Keluarga klien mengatakan klien dapat mandi secara mandiri.

4) Berpakaian / Berhias

Klien mampu berpakaian secara mandiri.

5) Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan tidak ada gangguan tidur di malam ataupun siang hari.

6) Penggunaan Obat

Klien pernah melakukan pengobatan ke dokter kejiwaan namun saat dikaji keluarga klien mengatakan sudah tidak meminum obat lagi karena tidak ada biaya untuk berobat dan klien tidak mau meminum obat.

7) Pemeliharaan Kesehatan

Keluarga klien mengatakan akan membawa klien untuk berobat dan memeriksakan kesehatannya secara rutin.

8) Aktivitas di Dalam Rumah

Keluarga klien mengatakan klien bisa mengambil makan sendiri, terkadang klien memcuci pakaiannya sendiri.

h. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1) Masalah dengan dukungan kelompok / lingkungan

Klien tidak mau berinteraksi dengan orang lain, sulit bergaul dan selalu menyendiri.

2) Masalah dengan hubungan pendidikan

Keluarga klien mengatakan saat dibangku sekolah klien merasa malu karena tidak memiliki uang seperti orang lain.

3) Masalah dengan hubungan pekerjaan

Klien tidak memiliki masalah dalam pekerjaan, karena klien tidak bekerja.

4) Masalah dengan perumahan

Keluarga klien mengatakan tidak ada masalah dengan perumahan, dan klien tinggal bersama orangtuanya.

5) Masalah dengan ekonomi

Keluarga klien mengatakan permasalahan ekonomi yang kurang, namun sedikit terbatu dengan anyaman bakul dari ibu klien.

6) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Keluarga klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan.

i. Aspek Medis

1) Therapy

Klien pernah melakukan pengobatan ke dokter kejiwaan, namun sudah kurang lebih 3 tahun yang lalu klien berhenti untuk melakukan pengobatan, karena tidak adanya biaya dan klien tidak mau untuk minum obat terus menerus. Dan saat dilakukan pengkajian klien tidak melakukan terapi obat apapun.

j. Mekanisme Koping

Tabel 3.1

Adaptif		Maladaptif	
Ya	Berbicara dengan orang lain	tidak	Minum alkohol
Tidak	Mampu menyelesaikan masalah	Ya	Reaksi lambat/berlebihan
Tidak	Teknik relokasi	Ya	Bekerja berlebihan
Tidak	Aktivitas konstruktif	Ya	Menghindar
Ya	Olahraga	Tidak	Mencederai diri
	Lainnya		Lainnya

2. Analisa Data**Tabel 3.2**

No	Data penunjang	Masalah keperawatan
1	DS : - Klien mengatakan hidupnya tidak berarti, klien merasa malu dan tidak dihargai. - Keluarga klien mengatakan bahwa klien malas untuk berkomunikasi dan berinteraksi. DO : - Klien tidak mampu memulai pembicaraan, bicara lambat dan	Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah kronis

	terbata-bata. - Ketika klien berbicara, klien sering menunduk, dan bicara dengan pelan. - Reaksi lambat saat dilakukan interaksi.	
--	---	--

3. Diagnosa Keperawatan

a. Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah Kronis

DS : mayor

- Menilai diri negatif (tidak berguna)
- Merasa malu dan bersalah
- Meremehkan kemampuan mengatasi masalah
- Merasa tidak memiliki kemampuan positif
- Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri
- Menolak penilaian positif tentang diri sendiri

DO :

- Enggan mencoba hal baru
- Berjalan menunduk
- Postur tubuh menunduk

DS : minor

- merasa sulit konsentrasi
- Sulit tidur
- Mengungkapkan keputusasaan

DO :

- Kontak mata kurang
- Lesu dan tidak bergairah
- Berbicara pelan
- sulit membuat keputusan

b. Isolasi Sosial

DS : mayor

- Merasa ingin sendirian
- Merasa tidak aman di tempat umum

DO :

- Menarik diri
- Tidak berminat atau menolak berinteraksi dengan orang lain
atau lingkungan

DS : minor

- Measa berbeda dengan orang lain
- Merasa asik dengan pemikiran sendiri
- Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas

DO :

- Afek datar
- Afek sedih
- Riwayat ditolak
- Tidak ada kontak mata
- Tidak bergairah/lesu

4. Format Rencana Tindakan Keperawatan

Nama	: Th. B	Tempat	: Ciloa, Selaawi
Umur	: 42 tahun	Diagnosa	: Harga Diri
Jenis kelamin	: Laki-laki	Rendah Kronis	

Tabel 3.3

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Gangguan konsep diri : Harga Diri rendah kronis Definisi : Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus. DS : mayor - Menilai diri negatif (tidak berguna) - Merasa malu dan bersalah	Setelah dilakukan 3x24 jam interaksi, harga diri menurun dengan kriteria hasil: - Penilaian diri positif meningkat - Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif - Minat mencoba hal baru - Kontak mata meningkat - Perasaan malu menurun - Ekspresi wajah cerah tersenyum - Mau berkenalan - Ada kontak mata pada klien - Klien bersedia menceritakan peasaannya - Klien bersedia mengungkapkan masalah.	Observasi : - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik - Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku - Jadwalkan kegiatan terstruktur - Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan - Bicara dengan nada rendah dan tenang - Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku - Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan

- Meremehkan kemampuan mengatasi masalah - Merasa tidak memiliki kemampuan positif - Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri - Menolak penilaian positif tentang diri sendiri DO : - Enggan mencoba hal baru - Berjalan menunduk - Postur tubuh menunduk DS : minor - merasa sulit konsentrasi - Sulit tidur - Mengungkapkan keputusasaan DO : - Kontak mata kurang - Lesu dan tidak bergairah - Berbicara pelan - sulit membuat keputusan		Edukasi - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif 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
Gangguan konsep diri : Harga Diri rendah kronis Definisi : Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau	Setelah dilakukan interaksi, klien menyebutkan : - Kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. - Menilai kemampuan yang dapat digunakan	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,

kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus. DS : mayor - Menilai diri negatif (tidak berguna) - Merasa malu dan bersalah - Meremehkan kemampuan mengatasi masalah - Merasa tidak memiliki kemampuan positif - Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri - Menolak penilaian positif tentang diri sendiri DO : - Enggan mencoba hal baru - Berjalan menunduk - Postur tubuh menunduk DS : minor - merasa sulit konsentrasi - Sulit tidur - Mengungkapkan keputusan DO : - Kontak mata kurang	- Menetapkan /memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan - Memilih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan	adanya keluarga dan lingkungan terdekat klien. - Hindarkan memberi penilaian negatif. - Beri pujian yang realistis atas kemampuan klien.
---	---	--

	- Lesu dan tidak bergairah - Berbicara pelan - sulit membuat keputusan		
	Gangguan konsep diri : Harga Diri rendah kronis Definisi : Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus. DS : mayor - Menilai diri negatif (tidak berguna) - Merasa malu dan bersalah - Meremehkan kemampuan mengatasi masalah - Merasa tidak memiliki kemampuan positif - Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri - Menolak penilaian positif tentang diri sendiri DO : - Enggan mencoba hal baru	Setelah dilakukan interaksi, klien menyebutkan kemampuan yang dimilikinya yang dapat dilaksanakan.	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.

	- Berjalan menunduk - Postur tubuh menunduk DS : minor - merasa sulit konsentrasi - Sulit tidur - Mengungkapkan keputusan DO : - Kontak mata kurang - Lesu dan tidak bergairah - Berbicara pelan - sulit membuat keputusan		
	Gangguan konsep diri : Harga Diri rendah kronis	Setelah dilakukan interaksi, klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat.	SP 4: - Memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan - Masukan dalam jadwal kegiatan harian.
	Gangguan konsep diri : Harga Diri rendah kronis	Klien memanfaatkan sistem yang ada di keluarga. Keluarga mampu : - merawat pasien dengan harga diri rendah di rumah - menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien	- Beri pendidikan kesehatan pada 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.

2	Isolasi Sosial Definisi : Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interpenden dengan orang lain. DS : mayor - Merasa ingin sendirian - Merasa tidak aman di tempat umum DO : - Menarik diri - Tidak berminat atau menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan DS : minor - Merasa berbeda dengan orang lain - Merasa asik dengan pemikiran sendiri - Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas DO :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil : - Minat interaksi meningkat - Vebrilisasi sosial meningkat - Perilaku menarik diri menurun - Vebrilisasi ketidakamanan di tempat umum menurun	Observasi : - Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain - Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Terapeutik : - motivasi meningkatkan kelibatan dalam suatu hubungan - Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan - Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kelompok - Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (jalan-jalan, ke toko) - Siskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain - Diskusikan perencanaan kegiatan dimasa depan - Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri - Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan Edukasi : - Anjurkan interaksi dengan orang lain secara bertahap - Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan
---	---	--	---

	- Afek datar - Afek sedih - Riwayat ditolak - Tidak ada kontak mata - Tidak bergairah/lesu		kemasyarakatan - Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain - Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain - Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus - Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi - Latih mengekspresikan marah dengan tepat
--	--	--	--

5. Implementasi dan Evaluasi keperawatan

Tabel 3.4

Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Konsep diri : Harga diri rendah kronis	SP 1 : - Membina hubungan saling percaya - Mengucapkan salam terapeutik - Menyapa klien dengan ramah - Menjabat tangan klien - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap klien - Menjelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Menunjukkan sikap empati pada klien	16 November 2021 pukul 10 : 10 S : - Keluarga klien mengatakan klien jarang berinteraksi dengan orang lain O : - Tidak ada kontak mata pada klien - Klien terlihat malu - Klien menunduk saat diajak bicara - Klien tidak mau berjabat tangan A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan SP 1	Yulia
Gangguan konsep diri : Harga Diri rendah kronis	SP 1 : - Membina hubungan saling percaya - Mengucapkan salam terapeutik - Menyapa klien dengan ramah - Menjabat tangan klien - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap klien - Menjelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Menunjukkan sikap empati pada klien	17 November 2021 Pukul 10 : 45 S : - Keluarga klien mengatakan klien jarang berinteraksi dengan orang lain - Klien mengatakan malu untuk berinteraksi O : - Klien tampak malu - Kontak mata pada klien kurang - Klien selalu menunduk saat diajak bicara A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan SP 1	Yulia

Gangguan kosnep diri : Harga Diri Rendah kronis	SP 1 : - Membina hubungan saling percaya - Mengucapkan salam terapeutik - Menyapa klien dengan ramah - Menjabat tangan klien - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap klien - Menjelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Menunjukkan sikap empati pada klien	18 November 2021 pukul 10 : 15 S : - Keluarga klien mengatakan klien bernama Tn. B - Klien mengatakan malu berinteraksi dengan perawatt - Keluarga klien mengatakan klien jarang berinteraksi dengan orang lain - Klien mengatakan tidak percaya diri O : - Klien sesekali melakukan kontak mata - Klien masih terlihat malu - Klien menuduk saat diajak bicara - Saat ditanya klien menjawab seadanya A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan SP 1	Yulia
Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah kronis	SP 1 : - Membina hubungan saling percaya - Mengucapkan salam terapeutik - Menyapa klien dengan ramah - Menjabat tangan klien - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap klien - Menjelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Menunjukkan sikap empati pada klien	19 November 2021 pukul 13 : 15 S : - Keluarga klien mengatakan klien bernama Tn. B - Klien mengatakan sedikit malu berinteraksi dengan perawat - Klien mengatakan mulai percaya diri untuk berkenalan dan berinteraksi O : - Klien sesekali melakukan kontak mata - Klien masih sedikit terlihat malu - Klien sesekali tidak	Yulia

		menunduk saat diajak bicara - Saat ditanya klien menjawab seadanya A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan SP 1	
Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah kronis	SP 1 : - Membina hubungan saling percaya - Mengucapkan salam terapeutik - Menyapa klien dengan ramah - Menjabat tangan klien - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap klien - Jelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Tunjukkan sikap empati pada klien	20 November 2021 pukul 13.20 S : - Keluarga klien mengatakan klien bernama Tn. B - Klien mengatakan sedikit malu berinteraksi dengan perawat - Klien mengatakan mulai percaya diri untuk berkenalan dan berinteraksi O : - Klien sesekali melakukan kontak mata - Klien masih sedikit terlihat malu - Klien sesekali tidak menunduk saat diajak bicara - Saat ditanya klien menjawab seadanya - Klien mulai percaya diri untuk berkenalan dengan orang lain A : Masalah teratasi P : Lanjutkan SP 2	Yulia
Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah kronis	SP 2 : - Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien. - Membantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih. - Memilih kemampuan yang akan dilatih	21 November 2021 pukul 13.40 Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP) S : - Klien mengatakan tidak akan malu jika dianggap gangguan jiwa. - Klien mengatakan salah satu aspek positif yang	Yulia

	- Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.	dimilikinya - Klien mengatakan bisa merapikan tempat tidur O : - Klien mau berdampingan dengan perawat. - Klien mau mengatakan perasaanya. - Klien mampu merapikan tempat tidur. A : SP 1 teratasi P : lanjutkan SP 2	
--	--	--	--

6. Catatan Perkembangan

Nama : Tn. B

Tempat : Ciloa, Selaawi

Umur : 42 tahun

Diagnosa : Harga Diri Rendah

Jenis kelamin : Laki-laki

Catatan Perkembangan

Tabel 3.5

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	16 November 2021	Gangguan konsep diri : Harga diri rendah	SP 1 S : - Keluarga klien mengatakan klien bernama Tn. B - Keluarga klien mengatakan klien jarang berinteraksi dengan orang lain O : - Klien tidak mau berkenalan - Klien tidak mau berjabat tangan - Klien tampak menghindari perawat - Tidak ada kontak mata pada klien - Klien selalu menunduk saat diajak bicara A : Harga Diri Rendah SP 1 P : - Bina hubungan saling percaya - Ucapkan salam terapeutik - Sapa klien dengan ramah - Jabat tangan klien - Perkenalkan diri dengan sopan - Tanyakan nama lengkap klien - Jelaskan tujuan pertemuan - Buat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Tunjukkan sikap empati pada klien I : - Membina hubungan saling	Yulia

			percaya - Mengucapkan salam terapeutik - Menyapa klien dengan ramah - Menjabat tangan klien - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap klien - Menjelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Menunjukkan sikap empati pada klien E : SP 1 belum teratasi R : Lanjutkan SP 1	
2	17 November 2021	Gangguan konsep diri : Harga diri rendah	SP 1 S : - Keluarga klien mengatakan klien bernama Tn. B - Klien mengatakan namanya Tn. B - Klien mengatakan malu untuk berkomunikasi O : - Klien mau berkenalan - Klien mau berjabat tangan - Kontak mata klien kurang - Klien menunduk saat diajak bicara A : Harga Diri Rendah SP 1 P : - Bina hubungan saling percaya - Ucapkan salam terapeutik - Sapa klien dengan ramah - Jabat tangan klien - Perkenalkan diri dengan sopan - Tanyakan nama lengkap klien - Jelaskan tujuan pertemuan - Buat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Tunjukkan sikap empati pada klien I : - Membina hubungan saling percaya	Yulia

			- Mengucapkan salam terapeutik - Menyapa klien dengan ramah - Menjabat tangan klien - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap klien - Menjelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Menunjukkan sikap empati pada klien E : SP 1 Masalah teratasi sebagian R : Lanjutkan SP 1	
3	18 November 2021	Gangguan konsep diri : Harga diri rendah	SP 1 S : - Keluarga klien mengatakan klien bernama Tn. B - Klien mengatakan malu berinteraksi dengan perawat - Keluarga klien mengatakan klien jarang berinteraksi dengan orang lain - Klien mengatakan tidak percaya diri O : - Klien sesekali melakukan kontak mata - Klien masih terlihat malu - Klien menunduk saat diajak bicara - Saat ditanya klien menjawab seadanya A : Harga Diri Rendah SP 1 P : - Bina hubungan saling percaya - Ucapkan salam terapeutik - Sapa klien dengan ramah - Jabat tangan klien - Perkenalkan diri dengan sopan - Tanyakan nama lengkap klien - Jelaskan tujuan pertemuan - Buat kontrak waktu setiap kali pertemuan	Yulia

			- Tunjukkan sikap empati pada klien I : - Membina hubungan saling percaya - Mengucapkan salam terapeutik - Menyapa klien dengan ramah - Menjabat tangan klien - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap klien - Menjelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Menunjukkan sikap empati pada klien E : SP 1 Masalah teratasi sebagian R : Lanjutkan SP 1	
4	19 November 2021	Gangguan konsep diri : Harga diri rendah	SP 1 S : - Keluarga klien mengatakan klien bernama Tn. B - Klien mengatakan sedikit malu berinteraksi dengan perawat - Klien mengatakan mulai percaya diri untuk berkenalan dan berinteraksi O : - Klien sesekali melakukan kontak mata - Klien masih sedikit terlihat malu - Klien sesekali tidak menunduk saat diajak bicara - Saat ditanya klien menjawab seadanya A : Harga Diri Rendah SP 1 P : - Bina hubungan saling percaya - Ucapkan salam terapeutik - Sapa klien dengan ramah - Jabat tangan klien - Perkenalkan diri dengan sopan - Tanyakan nama lengkap klien	Yulia

			- Jelaskan tujuan pertemuan - Buat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Tunjukkan sikap empati pada klien I : - Membina hubungan saling percaya - Mengucapkan salam terapeutik - Menyapa klien dengan ramah - Menjabat tangan klien - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap klien - Menjelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Menunjukkan sikap empati pada klien E : SP 1 Masalah teratasi sebagian R : Lanjutkan SP 1	
5	20 November 2021	Gangguan konsep diri : Harga diri rendah	SP 1 S : - Keluarga klien mengatakan klien bernama Tn. B - Klien mengatakan sedikit malu berinteraksi dengan perawat - Klien mengatakan mulai percaya diri untuk berkenalan dan berinteraksi O : - Klien sesekali melakukan kontak mata - Klien masih sedikit terlihat malu - Klien sesekali tidak menunduk saat diajak bicara - Saat ditanya klien menjawab seadanya - Klien mulai percaya diri untuk berkenalan dengan orang lain A : Harga Diri Rendah SP 1 P : - Bina hubungan saling percaya	Yulia

			- Ucapkan salam terapeutik - Sapa klien dengan ramah - Jabat tangan klien - Perkenalkan diri dengan sopan - Tanyakan nama lengkap klien - Jelaskan tujuan pertemuan - Buat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Tunjukkan sikap empati pada klien I : - Membina hubungan saling percaya - Mengucapkan salam terapeutik - Menyapa klien dengan ramah - Menjabat tangan klien - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap klien - Menjelaskan tujuan pertemuan - Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan - Menunjukkan sikap empati pada klien E : SP 1 Masalah teratasi R : Lanjutkan SP 2	
6	21 November 2021	Gangguan konsep diri : Harga diri rendah	Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) S : - Klien mengatakan tidak akan malu jika dianggap gangguan jiwa. - Klien mengatakan salah satu aspek positif yang dimilikinya - Klien mengatakan bisa merapikan tempat tidur O : - Klien mau berdampingan dengan perawat. - Klien mau mengatakan perasaannya. - Klien mampu merapikan tempat tidur.	Yulia

			A : Harga Diri Rendah SP 2 P : - Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien. - Bantu klien memilih kemampuan yang akan dipilih. - Pilih kemampuan yang akan dilatih - Susun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian. I : - Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien. - Membantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih. - Memilih kemampuan yang akan dilatih - Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian. E : SP 1 teratasi R : Lanjut SP 2	
--	--	--	--	--

B. Pembahasan

Secara umum penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah yang dilaksanakan berdasarkan teori yang didapat dan di pendidikan juga didasarkan pada kondisi klien di lapangan. Di dalam pembahasan, penulis membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang terjadi di lapangan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan pada tahap-tahap proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis melakukan anamnesa baik kepada klien sendiri ataupun pada keluarganya mengenai identitas klen, identitas penanggung jawab, alasan masuk, faktor predisposisi dan genogram keluarga, serta melakukan pemeriksaan fisik. Pada saat dilakukan pengkajian tidak ditemukan hambatan.

Adapun data yang ditemukan pada saat pengkajian yang sesuai dengan teori pada masalah Harga Diri Rendah yaitu :

- a. Mengkritik diri sendiri atau orang lain
- b. Perasaan tidak mampu
- c. Perasaan bersalah pada diri sendiri
- d. Mudah tersinggung atau marah berlebihan
- e. Perasaan negatif terhadap tubuhnya sendiri
- f. Pandangan yang pesimis
- g. Menarik diri secara sosial
- h. Mengejek diri sendiri
- i. Menarik diri dari realita
- j. Penurunan produktivias

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada Tn. B tetapi ada dalam teori yaitu :

- a. Perasaan tidak mampu
- b. Persaan bersalah pada diri sendiri
- c. Mudah tersinggung atau marah berlebihan

- d. Perasaan negatif terhadap tubuhnya sendiri
- e. Pandangan yang pesimis
- f. Mencederai diri seendiri

Untuk masalah yang muncul pada saat pengkajian semuanya sesuai dengan teori karena dalam merumuskan masalah keperawatan harus dengan keluhan yang didapatkan dari klien. Pemeriksaan fisik dan observasi perilaku klien dilakukan secara langsung. Masalah keperawatan yang berkaitan dengan konsep diri : harga diri rendah yang sesuai dengan teori yaitu : harga diri rendah..

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan untuk konsep diri : harga diri rendah menurut (Yosep, 2016) yaitu :

- a. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah
- b. Resiko perilaku kekerasan
- c. Isolasi sosial
- d. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi

Diagnosa keperawatan pada Tn. B dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah yang muncul sesuai teori hanya terdapat 1 dianosa keperawatan saja, yaitu : Gangguan konsep diri : Harga diri rendah. Diagnosa ini muncul karena klien merasa tidak dihargai oleh masyarakat, dan klien merasa malu terhadap dirinya sendiri. Klien menunjukkan sikap yang tidak

percaya diri, banyak menunduk dan suara pelan seta bicara terbata-bata. Klien juga menunjukkan tidak merespon sewaktu diajak berkomunikasi dan klien mengatakan malas untuk berkomunikasi, afek klien juga tumpul karena hanya merespon ketika diberi stimulus emosi.

Menurut penulis ada kesenjangan antara teori dengan kasus nyata karena dalam teori terdapat 4 diagnosa sedangkan pada kasus nyata hanya satu diagnosa, karena tidak terdapat keluhan, tanda dan gejala yang mendukung untuk mengangkat diagnosa yang terdapat dalam teori.

3. Perencanaan

Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan literatur keperawatan yang ada. Rencana keperawatan ini juga dibuat berdasarkan prioritas masalah dan disesuaikan dengan permasalahan yang klien alami. Karena keterbatasan waktu dari beberapa masalah yang ditemukan pada klien, penulis hanya dapat membuat perencanaan untuk masalah harga diri rendah saja.

Penyusunan rencana dapat dibuat selengkap mungkin sesuai dengan standar kriteria asuhan keperawatan meliputi tujuan, kriteria evaluasi yang berpedoman pada metode SMART (*Spesific, Measurable, Achivable, Realistic, Time abond*) serta intervensi tindakan dan rasionalisasi tindakan.

Pada prinsipnya, pembuatan perencanaan tidak mengalami hambatan yang berarti, hal ini disebabkan karena rencana intervensi disesuaikan dengan kondisi klien, lingkungan dan sarana yang ada.

4. Implementasi

Tindakan keperawatan merujuk pada rencana tindakan yang telah dibuat dan disesuaikan dengan kondisi klien dan waktu yang tersedia. Pelaksanaan intervensi dilakukan pada klien serta keluarga melalui kegiatan *home visit*.

Meskipun penulis telah membuat rumusan tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan permasalahan yang klien alami, akan tetapi pada kenyataannya di lapangan tidak semua intervensi dapat dilakukan. Untuk mengatasi hal tersebut, sebagai solusinya penulis bekerja sama dengan perawat ruangan untuk menindak lanjuti masalah tersebut.

Untuk pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien harga diri rendah tidak dilakukan sampai SP 4 dan berdasarkan teori terdapat 4 SP. Jadi, tindakan keperawatan pada klien harga diri rendah ini tidak terlaksanakan, karena pada pasien harga diri rendah dalam membina hubungan yang sedikit sulit dan membutuhkan waktu yang cukup jadi hanya terlaksana 2 SP saja.

5. Evaluasi

Pada dasarnya penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan mengacu pada kriteria evaluasi yang telah ditetapkan tanpa menemukan hambatan berarti, karena adanya partisipasi aktif dari klien dan keluarganya yang membantu penulis pada saat proses evaluasi tindakan.

Pelaksanaan evaluasi tindakan berdasarkan dua jenis metode evaluasi, yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan setelah pengamatan secara langsung pada tingkah laku klien sehari-hari, sehingga penulis bisa menilai sejauh mana keberhasilan dan perkembangan yang telah dicapai oleh klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Sedangkan evaluasi hasil merujuk pada tujuan yang telah ditetapkan pada rencana tindakan. Dari evaluasi didapatkan data bahwa klien sudah mampu mengidentifikasi berbagai sisi positif yang dimilliki dirinya.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah dari tanggal 16 November 2021 sampai 21 November 2021.

1. Penulis dapat melaksanakan pengkajian pada Tn. B dengan harga diri rendah setelah dilakukan analisa data.
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian terhadap masalah klien.
3. Penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. B dengan harga diri rendah guna mengatasi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan, mencakup penentuan tujuan waktu, rencana keperawatan serta rasional dari setiap perencanaan tindakan.
4. Penulis dapat melaksana tindakan keperawatan pada Tn. B yang mengacu pada rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan diberikan secara langsung kepada klien dan keluarga.
5. Penulis dapat mengevaluasi keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan.
6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan.

B. Rekomendasi

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. B dan mengevaluasi status perkembangan kesehatan klien, maka penulis memberikan rekomendasi sebagai berikut :

1. Bagi Puskesmas

Hendaknya puskesmas lebih meningkatkan kunjungan rumah yang terjadwal guna meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah harga diri rendah.

2. Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan dapat dijadikan sumber informasi tambahan bagi klien dan keluarga sehingga mendapat pengetahuan lebih tentang apa itu Harga Diri Rendah, penyebab, waktu, tanda gejala, akibat dan cara mencegah Harga Diri Rendah dan juga pentingnya pengobatan dan proses penyembuhan.

3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan lebih bersungguh-sungguh dan lebih cermat dalam melihat kebutuhan klien, juga pemberian motivasi terhadap klien untuk mengenal sisi positif dirinya dan berinteraksi dengan orang lain.

4. Bagi Institusi STIKes Karsa Husada Garut

Sebagai suatu bahan tambahan bacaan yang dapat dijadikan masukan pengembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya klien dengan Harga Diri Rendah untuk pertimbangan dan data referensi bagi peneliti sebelumnya,

DAFTAR PUSTAKA

- Keliat B. A. dkk, 2016. *keperawatan jiwa terapi aktifitas kelompok* : Buku Kedokteran EGC.
- https://www.google.co.id/books/edition/Manajemen_Kesehatan/W1RtDwAAQB_AJ?hl=id&gbpv=1&dq=kesehatan+adalah&printsec=frontcover (diakses pada tanggal 5 juli 2022 pukul 20.17 WIB).
- <https://www.Depkes.go.id/2014> (diakses pada tanggal 9 juli 2022 pukul 21.15 WIB).
- Stuart, G. W, 2013. *Buku saku keperawatan jiwa, edisi 5*. Jakarta : EGC.
- Sutejo, 2016. *keperawatan kesehatan jiwa prinsip dan praktik asuhan keperawatan jiwa*. Yogyakarta : Pustaka baru.
- Sutejo, 2016 *keperawatan jiwa konsep dan praktik asuhan keperawatan kesehatan jiwa gangguan jiwa dan psikososial*. Yogyakarta : Pustaka baru.
- Yosep Iyus, Titin Sutini, 2016. *buku ajar keperawatan jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama.
- Ali, Mohamad 2017. Pendidikan Karakter. Dalam Sopolos. 5 April 2017.
- Davidson, G.C., Neale, J.M 7 King, A.M, 2012. *Psikologi Abnormal*. 9 3d. Jakarta : Rajawali Pers.
- Haryanto. 2017. *Kajian Implementasi Pembelajaran Berbasis E-learning dengan Pendekatan Unifed Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)*.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013) Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI tahun 2013
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017), *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta : PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta : PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta : PPNI.
- WHO, 2017, *Woeld Health Statistic 2017 : Monitoring Health for SDGs, sustainable devlopment goals*.

LAMPIRAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama	: Yulia Margareta
Tempat, Tanggal Lahir	: Garut, 28 Juli 2001
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Status	: Mahasiswa
Golongan Darah	: O
Alamat	: Kp. Genteng Rt/Rw: 01/01 Ds. Pasanggrahan Kec. Cilawu Kab. Garut

RIWAYAT PENDIDIKAN

SDN 3 Pasanggrahan	: 2007-2013
SMPN 1 Cilawu	: 2013-2016
SMAN 8 Garut	: 2016-2019
STIKes Karsa Husada Garut	: 2019-2022