

Asuhan Keperawatan Pada Tn. N Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

¹Moni Kuntari, ²Sri Nyumirah

Akademi Keperawatan Pasar Rebo

Email; srinyumirah@yahoo.co.id

Jl. Tanah Merdeka No. 16, 17, 18 Jakarta Timur

Abstrak

Harga Diri Rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Adanya hilang percaya diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri. Seseorang yang mengalami harga diri rendah akan cenderung menjadi pemalu dan menyendiri saat berada di depan umum, serta lebih suka menarik diri dari kehidupan sosial. Berdasarkan dampak harga diri rendah diatas dibutuhkan peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan, yaitu perawat berperan pada aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Asuhan keperawatan dilakukan dengan wawancara, baik ke klien, perawat maupun keluarga, tindakan keperawatan dilakukan secara langsung pada klien dengan pendampingan perawat. Klien mengalami harga diri rendah karena klien dikeroyok warga di lingkungan rumah mantan kekasihnya karena klien sering mendatangi rumah mantan kekasihnya. Diagnosa keperawatan yang bisa ditemukan pada klien yaitu harga diri rendah, isolasi sosial, resiko gangguan sensori persepsi: halusinasi dan defisit perawatan diri: kebersihan diri dan berhias. Perencanaan sudah dilakukan sesuai dengan standar rumah sakit. Evaluasi keperawatan terlihat pada klien mampu meningkatkan harga dirinya dengan cara mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki klien, melakukan kemampuan positif yang dimiliki yaitu bernyanyi, menyapu, melipat pakaian dan merapihkan tempat tidur. Kemampuan lain yang klien capai yaitu klien mampu berkenalan dengan satu orang atau lebih, mengontrol halusinasi yang muncul dan klien dapat mempertahankan kebersihan dirinya. **Kata Kunci** : Asuhan Keperawatan, Harga Diri Rendah, Kemampuan Positif.

Abstract

Low self-esteem is a feeling of worthlessness, insignificance and prolonged inferiority due to negative evaluations of oneself and self-ability. The loss of self-confidence, feeling like a failure because it is unable to achieve desires according to self-ideals. Someone who experiences low self-esteem will tend to be shy and aloof when in a public place, and prefers to withdraw from social life. Based on the impact of low self-esteem above the role of nurses is needed in carrying out nursing care, namely promotive, preventive, curative and rehabilitative. Nursing care is done by interviews, both to clients, nurses and families, nursing actions are carried out directly on the client with the assistance of nurses. The client experiences low self-esteem because the client is attacked by residents in the home environment of his ex-lover because client often come to the home of his ex-lover. Nursing diagnoses that can be found in clients are low self-esteem, social isolation, risk of sensory perception disorders: hallucinations and self-care deficits. Nursing planning is carried out in accordance with Hospital standards. Nursing evaluation can be seen in the client being able to identify the positive abilities possessed by the client, carrying out the abilities possessed, namely singing, sweeping, folding clothes and tidying up the bed. Another ability achieved by the client is able to get to know one person or more, controlling the hallucinations that arise and the client can maintain his cleanliness.

Keywords: Nursing care, Self-esteem, Positive Ability.

Pendahuluan

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu selaras dengan keadaan orang lain. Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat yang harmonis dan memperhatikan segi kehidupan manusia dan cara berhubungan dengan orang lain. Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi perasaan sejahtera secara subyektif, suatu penilaian diri tentang perasaan mencakup aspek konsep diri, kebugaran dan kemampuan pengendalian diri. Indikator mengenai keadaan sehat mental/ psikologi/ jiwa yang minimal adalah individu tidak merasa tertekan atau depresi (Keliat, 2011).

Beberapa pendapat menyatakan bahwa kesehatan jiwa bukanlah konsep yang sederhana atau hanya tentang satu aspek dari perilaku. Kesehatan jiwa melibatkan sejumlah kriteria yang terdapat dalam suatu rentang (Stuart, 2016). Masalah kesehatan pada seseorang bukan hanya dilihat dari segi fisiknya saja, namun psikologisnya harus diperhatikan, jika seseorang merasakan ketidaknyamanan dengan psikologisnya maka seseorang

tersebut dapat dikategorikan mempunyai masalah pada gangguan kejiwaannya. Salah satu pemicu terjadinya berbagai masalah dalam masalah kesehatan adalah dampak modernisasi dimana tidak semua orang siap untuk menghadapi cepatnya perubahan dan kemajuan teknologi baru (Dalami, 2010).

Gangguan jiwa yaitu sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan dengan distress atau penderitaan dan menimbulkan gangguan pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. Gangguan jiwa adalah penyakit yang sering dijumpai pada semua lapisan masyarakat. Fenomena gangguan jiwa pada saat ini mengalami peningkatan yang sangat signifikan, dan setiap tahun diberbagai belahan dunia jumlah penderita gangguan jiwa bertambah. Seseorang yang mempunyai gangguan kejiwaan awalnya dapat dipicu oleh dua hal yaitu faktor lingkungan dan faktor dari diri sendiri seperti gangguan psikologis (Keliat, 2011).

Berdasarkan data dari *World Health Organization (WHO)* 2016, ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa. Terdapat sekitar 35 juta

orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Di Indonesia menurut data Riskesdas (2018), menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala – gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 9,8 juta orang dari jumlah penduduk Indonesia, sedangkan prevalensi pengobatan penderita gangguan jiwa dengan skizofrenia mencapai sekitar 84,9% yang berobat dan 15,1% yang tidak berobat. Pasien gangguan jiwa berat di Jawa Barat mencapai 16.714 orang. Pasung sebanyak 10.638 orang. Menurut data rekam medik di RS. DR.H. Marzoeke Mahdi Bogor tahun 2017 yang mengalami gangguan jiwa saat ini yaitu sebanyak 155.105 (73,1%) dengan diagnosa medis diantaranya skizoprenia paranoid 30.509 (19,66%), skizoprenia disorder 7.694 (4,96%), bipolar 570 (0,36%), depresi 551 (0,35%), phycoteraphy 2.125 (1,37%).

Berdasarkan prevalensi gangguan jiwa diatas dapat disimpulkan bahwa diagnosa skizofrenia sebagai diagnosa yang terbanyak. Skizofrenia adalah suatu psikosis fungsional dengan gangguan

utama pada proses pikir, afek atau emosi. Kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi – bagi sehingga muncul inkoherensi, afek dan emosi inadekuat, serta psikomotor yang menunjukkan penarikan diri dan ambivalensi. Pada skizofrenia, kesadaran dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kongnitif dapat berkembang di kemudian hari (Sutejo, 2017)

Harga Diri Rendah menurut (Keliat, 2011), adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Adanya hilang percaya diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri. Prevalensi Harga Diri Rendah di dunia berdasarkan penelitian di dunia tahun 2011 yang menunjukkan bahwa data klien harga diri rendah pada berbagai negara, Belanda 24,99%, Norwegia, 22,37%, Australia 36,85%, Swedia 42,90%, Kanada 32,61%, Italia 20,28%, Jerman 16,06%, Inggris 41,73% dan Amerika Serikat 31,92%. Penelitian ini dilakukan dengan jumlah total 69,249 klien, angka tersebut

tergolong cukup tinggi di berbagai negara di dunia (Bowers, et al, 2011). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia prevalensi klien dengan harga diri rendah di Indonesia lebih dari 30 % klien dengan harga diri rendah tidak mendapatkan penanganan. Jumlah penderita gangguan jiwa sebanyak 2,5 juta yang terdiri dari pasien dengan harga diri rendah dan diperkirakan 40% menderita harga diri rendah (Kusumawati, 2011). Perbandingan diagnosa Harga Diri Rendah yang ada di RS. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor di Ruang Gatot Kaca II pada tahun 2017 sebanyak 16,9% jika dibandingkan dengan gangguan jiwa lainnya. Diantaranya halusinasi 16,79%, perilaku kekerasan 8,79%, defisit perawatan diri 16,99% dan isolasi sosial 29,56% (Data Rekam Medik tahun 2017).

Mengatasi yang terjadi pada pasien dengan harga diri rendah perawat memiliki peran yang cukup besar dalam membantu pasien yang dirawat di rumah sakit agar dapat meningkatkan harga diri rendah (HDR) yaitu dengan melakukan upaya kesehatan yang meliputi upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran perawat dalam upaya promotif yaitu meningkatkan dan

memelihara kesehatan mental dengan meningkatkan kesadaran klien tentang mengidentifikasi kemampuan positif klien, adapun melalui aspek preventif yaitu dengan mengajarkan klien menggunakan coping individu secara efektif, lingkungan yang kondusif serta memberikan reinforcement yang positif. Pada upaya kuratif perawat melatih kemampuan positif yang di miliki klien, dan dalam upaya rehabilitatif yaitu kontrol dengan teratur di pelayanan kesehatan, minum obat secara rutin, mengikutsertakan klien dalam lingkungan keluarga serta mendorong klien untuk dapat masuk ke lingkungan masyarakat dan melatih keterampilan yang dimiliki klien sehingga klien dapat meningkatkan harga dirinya dengan cara berfokus untuk melatih kemampuan klien dan melibatkan klien dalam kehidupan sehari-hari.

Pengertian

Harga diri rendah adalah menolak dirinya sebagai sesuatu yang berharga dan tidak dapat bertanggung jawab pada kehidupannya sendiri (Stuart dan Sundeen, 2009). Individu dengan harga diri rendah memandang diri mereka sendiri sebagai seseorang yang tidak

kompeten, tidak dicintai, tidak aman dan tidak layak (Townsend, 2009). Harga diri rendah adalah penilaian negatif seseorang terhadap diri dan kemampuan yang diekspresikan secara langsung dan tidak langsung (Bawlis, 2012). Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah adalah sebagai perasaan negatif terhadap diri sendiri dalam kepercayaan diri yang gagal mencapai keinginan.

Etiologi

Pada faktor predisposisi terdapat beberapa faktor yaitu biologis, psikologis dan sosial. Dari faktor biologis gangguan harga diri kronis biasanya terjadi karena adanya kondisi sakit fisik yang dapat mempengaruhi kerja hormon secara umum. Berdasarkan faktor psikologis, harga diri rendah kronis berhubungan dengan pola asuh dan kemampuan individu dalam menjalankan peran dan fungsi. Faktor sosial yang sangat mempengaruhi proses terjadinya harga diri rendah kronis adalah status ekonomi, lingkungan, kultur sosial yang berubah. Sedangkan pada faktor presipitasi menurut Stuart dan Sundeen (2009), masalah khusus tentang konsep diri disebabkan oleh setiap situasi dimana individu tidak

mampu menyesuaikan. Situasi dapat mempengaruhi konsep diri dan komponennya yaitu, trauma, ketegangan peran, transisi perkembangan, transisi situasi, transisi sehat sakit.

Tanda dan Gejala

Klien dengan gangguan konsep diri: Harga diri rendah kronis memiliki batasan karakteristik berikut ini: a. Kritik negatif terhadap diri sendiri, b. Ekspresi rasa malu atau rasa bersalah, c. Mengevaluasi diri sendiri sebagai akibat dari ketidakmampuan menghadapi kejadian, d. Merasionalisasi penolakan atau adanya penolakan terhadap umpan balik positif serta melebih lebihkan umpan balik negatif, e. Ragu ragu untuk mencoba hal baru atau situasi baru.

Akibat

Harga diri rendah dapat mengakibatkan berkurangnya tantangan dalam mencapai tujuan. Tantangan yang rendah menyebabkan upaya yang rendah. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya. Ketika seseorang mengalami harga diri rendah, maka akan mengakibatkan orang tersebut mengisolasi diri dari kelompoknya. Dia

akan cenderung menyendiri dan menarik diri (Herdman, 2011).

Proses Terjadinya

Menurut Yosep (2011), harga diri rendah kronis merupakan proses kelanjutan dari harga diri rendah situasional yang tidak diselesaikan atau dapat juga terjadi karena individu tidak pernah mendapat *feed back* dari lingkungan tentang perilaku klien sebelumnya bahkan mungkin kecenderungan lingkungan yang selalu memberi respon negatif mendorong individu menjadi harga diri rendah.

Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis yang dilakukan menurut (Riyadi, dkk 2009): Pemberian obat Trihexyphenidyl, Clozapine dan Risperidone

Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian Keperawatan

Faktor predisposisi menurut Dalami, dkk (2009) gangguan konsep diri harga diri rendah kronis dipengaruhi oleh beberapa faktor predisposisi, seperti faktor biologis yaitu gangguan harga diri kronis biasanya terjadi karena adanya kondisi sakit fisik yang dapat

mempengaruhi kerja hormon secara umum. Psikologis yaitu harga diri rendah kronis berhubungan dengan pola asuh dan kemampuan individu dalam menjalankan peran dan fungsi. Dan sosial dan kultural yaitu status ekonomi, lingkungan, kultur sosial yang berubah. Sedangkan faktor presipitasi menurut Yosep, (2009) terdiri dari: faktor kognitif yaitu klien merasa gagal, klien merasa tidak berguna, klien merasa tidak memiliki kemampuan positif, klien merasa tidak mampu melakukan apapun. Faktor afektif yaitu klien merasa malu, sedih, tidak berguna, murung. Faktor fisiologis yaitu klien sulit tidur, nafsu makan menurun, klien merasa pusing dan mual. Pada perilaku yaitu klien menghindari orang lain, menunduk, bergerak lamban, dan kurangnya kontak mata. Dan pada faktor sosial yaitu klien lebih senang menyendiri, klien membatasi interaksi dengan orang lain dan lebih banyak diam.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh, diagnosa harga diri rendah menurut Kusumawati dan Hartono (2011), yaitu harga diri rendah disebabkan oleh

koping individu nefektif dan dapat berakibat menjadi isolasi sosial. Dari isolasi sosial dan mengakibatkan halusinasi dan resiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri.

C. Intervensi Keperawatan

Perencanaan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan dari diagnosis tertentu. Tujuan umum dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologic dari diagnosis tertentu. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan yang perlu dicapai atau dimiliki klien (Direja, 2011).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana (Direja, 2011). Menurut Dalami (2009), implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata seringkali implementasi berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena

perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Adapun tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan strategi pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing – masing masalah utama.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses dan evaluasi formatif, dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan yang telah ditentukan (Yosep, 2009).

Tinjauan Kasus

Pengkajian Keperawatan

A. Identitas Klien

Klien bernama Tn. N berjenis kelamin laki-laki umur 39 tahun, status perkawinan belum menikah, agama yang dianut Islam. Suku bangsa

Betawi, pendidikan terakhir adalah SLTA, tinggal di Kp. Pasir Jengkol Rt 03 Rw 02 Kabupaten Bogor. Perawat dapat sumber informasi dari klien dan buku status.

B. Resume

Klien dirawat di RSMM Bogor diantar oleh keluarga dengan alasan klien putus obat selama satu tahun yaitu dari bulan Desember 2017 sampai Desember 2018, mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk selalu datang ke rumah mantan kekasihnya dan dikeroyok warga di lingkungan mantan kekasihnya karena klien sering mendatangi rumah mantan kekasihnya. Klien mengatakan merasa malu karena selalu ditolak datang ke rumah mantan kekasihnya, klien malu karena hanya bekerja sebagai tukang gorengan membantu Ayah dan Ibunya. Klien tampak sedih, klien selalu mengkritik diri sendiri dan kontak mata kurang saat berinteraksi. Tampak ekspresi wajah kurang berseri, pakaian cukup bersih namun sedikit tidak rapih.

C. Pengkajian

Klien mengatakan mengalami gangguan jiwa pertama kali yaitu pada

tahun 2015 dirawat di RS Cisarua Bogor selama 21 hari karena putus cinta dengan kekasihnya. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Klien tidak pernah mengalami aniaya fisik, klien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya seksual dan kekerasan dalam keluarga dan masyarakat. Klien mengatakan pernah merokok dan minum kopi tetapi tidak pernah menggunakan NAPZA. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil dikarenakan klien putus obat selama 1 tahun. Klien mulai berhenti minum obat karena merasa sudah sembuh dan tidak memerlukan obat lagi. Pihak keluarga kurang mendukung dalam pemberian obat dan tidak ada yang mengingatkan. Hal ini yang menyebabkan klien kembali berhalusinasi untuk menghampiri rumah mantan kekasihnya sehingga klien dikeroyok oleh warga dan membuat klien dipermalukan didepan mantan kekasih beserta keluarganya. Saat dikaji klien memiliki kepribadian tertutup. Jika ada masalah klien hanya berdiam dan memendam masalahnya sendiri dan tidak ingin menceritakan masalahnya ke orang lain. Klien

mengatakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan adalah klien merasa sedih dan malu saat klien ditolak oleh mantan kekasihnya, malu saat dikeroyok oleh warga di sekitar rumah mantan kekasihnya. Klien juga suka mengkritik dirinya sendiri dan mengatakan bahwa dirinya bodoh tidak bisa melakukan apa-apa untuk mantan kekasihnya.

Berdasarkan hasil pengkajian konsep diri
 Konsep diri: Identitas diri: Klien mampu menyebut namanya, usia klien 39 tahun, klien mengatakan ia seorang laki-laki harus bisa menafkahi keluarganya, klien belum menikah klien mengatakan merasa belum puas menjadi seorang laki-laki. Citra tubuh: Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya dan menerima serta bersyukur tentang apa yang ada pada dirinya. Ideal diri: Klien mengatakan ingin mempunyai pekerjaan yang tetap, klien mengatakan ingin segera menikah. Harga diri: Klien mengatakan merasa tidak berguna karena tidak mampu membantu ayahnya mencari nafkah dengan layak, klien mengatakan sakit hati kepada mantan kekasih beserta keluarganya, klien merasa di

kucilkan dalam keluarga karena tidak bekerja, klien mengatakan sudah mencoba melamar pekerjaan tetapi selalu gagal, klien mengatakan menyesal karena sering mengejar mantan kekasihnya. Peran: Klien mengatakan sedih karena perannya di rumah sebagai seorang anak laki-laki itu harus bekerja membantu kedua orang tuanya mencari nafkah sedangkan klien hanya bisa membantu bejualan gorengan saja. Klien mengatakan usia 29 tahun, jenis kelamin laki-laki, klien mengatakan klien belum menikah, pendidikan terakhir SLTA dan pernah bekerja sebagai tukang gorengan tetapi klien tidak menyukainya karena pendapatan dari hasil kerjanya belum mencukupi kebutuhan keluarganya, sekarang klien tidak berkerja.

Ibu adalah orang yang berarti di dalam hidupnya karena menurut klien Ibu adalah penyemangat klien. Saat ditanya peran serta dalam kegiatan/masyarakat: Klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan di masyarakat karena klien malas untuk berbicara dengan orang lain. Klien mengatakan malu memulai pembicaraan dan lebih

senang untuk menyendiri karena takut dikucilkan oleh teman - temannya.

Klien mengatakan agamanya islam tetapi sekarang klien jarang menjalankan sholat, dan klien meyakini dengan adanya ALLAH SWT. Kegiatan ibadah yang klien lakukan klien mengatakan selama di RS jarang menjalankan sholat 5 waktu.

Berdasarkan pengkajian status mental klien terlihat tidak rapi, pembicaraan klien koheren, aktivitas motorik klien tampak lesu saat ditanya mengenai keluarganya, interaksi selama wawancara klien kooperatif, fokus, suara pelan namun jelas ketika membahas tentang penyebab masalahnya tetapi kontak mata kurang, afek klien tumpul, memori jangka panjang dan jangka pendek klien baik karena klien mampu mengingat kejadian 1 bulan yang lalu dan 1 minggu yang lalu.

D. Data Penunjang

Klien mampu melakukan hal positif dengan mencuci piring, menyapu, mencuci baju dan merapikan tempat tidur secara mandiri. Klien mengetahui

nama obat yang di minum klien, tetapi tidak mengetahui manfaat obat yang diminumnya.

E. Penatalaksanaan Medis

Obat yang sudah diberikan pada Tn. N yaitu Triheksipenidil 1 mg/12 jam/oral (2x1), Resperidone 1 mg/12 jam/oral (2x1), Clozapine 1 mg/12 jam/oral (2x1).

F. Data Fokus

Data subjektif: Klien mengatakan merasa malu karena selalu ditolak datang ke rumah mantan kekasihnya, klien malu karena hanya bekerja sebagai tukang gorengan membantu Ayah dan Ibunya, klien merasa malu saat dikeroyok oleh warga di sekitar rumah mantan kekasihnya, klien mengatakan merasa tidak berguna karena tidak mampu membantu ayahnya mencari nafkah dengan layak, klien mengatakan sakit hati kepada mantan kekasih beserta keluarganya, klien mengatakan merasa di kucilkan dalam keluarga karena tidak bekerja, klien mengatakan sudah mencoba melamar pekerjaan tetapi selalu gagal, klien mengatakan menyesal karena sering mengejar mantan kekasihnya,

klien merasa malu saat diejek oleh teman sekamarnya tentang bentuk tubuhnya yang seperti wanita, klien merasa malu menjadi seorang anak laki-laki karena sampai saat ini klien belum bisa membantu menafkahi kedua orang tuanya, klien mengatakan tidak pantas menjadi seorang anak laki-laki, klien mengatakan saat ini sangat sedih karena merasa selalu ditolak, tidak dihargai dan tidak diterima oleh mantan kekasihnya, klien mengkritik dirinya sendiri, klien mengatakan sedih karena perannya di rumah sebagai seorang anak laki laki itu harus bekerja membantu kedua orang tuanya mencari nafkah sedangkan klien hanya bisa membantu bejualan gorengan saja, klien mengatakan merasa malu jika mantan kekasihnya mengetahui klien sedang berada di Rumah Sakit Jiwa.

Data objektif: Klien tampak sedih, kurangnya kontak mata, klien tampak menundu, ekspresi rasa malu dan bersalah, klien tampak lesu saat ditanya mengenai keluarganya.

G. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah dari kasus Tn. N bahwa akibat dari harga diri rendah adalah isolasi sosial. Dan dari

isolasi sosial dapat mengakibatkan resiko gangguan sensori persepsi: Halusinasi dan defisit perawatan diri: Kebersihan diri dan berhias.

H. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi

Pada tahap perencanaan keperawatan klien dengan harga diri rendah yang dilakukan sudah sesuai dengan standar Rumah Sakit Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor yaitu membina hubungan saling percaya, dengan kriteria evaluasi: Klien dapat mengungkapkan perasaan dan keadaan saat ini, klien mau menyebutkan nama, klien mau tersenyum, klien ada kontak mata, klien mengetahui nama perawat, klien mau untuk melakukan kontrak selanjutnya.

Mengidentifikasi serta melatih kemampuan positif yang dimiliki klien seperti bernyanyi, menyapu, melipat pakaian dan merapihkan tempat tidur dengan kriteria evaluasi klien mampu mendemonstrasikan cara bernyanyi, menyapu, melipat pakaian dan merapihkan tempat tidur yang sudah dilatih oleh perawat, hanya saja kriteria evaluasi disesuaikan dengan kondisi klien pada saat itu. Pada tahap

pelaksanaan keperawatan klien dengan harga diri rendah diagnosa pertama sampai keempat secara teori semua rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya sudah dilakukan, namun untuk strategi pelaksanaan keluarga tidak dapat penulis lakukan karena keterbatasan waktu.

Pada tahap evaluasi keperawatan klien dengan harga diri rendah terlihat pada klien dapat melakukan kemampuan positif yang dimiliki klien secara rutin 2 kali sehari seperti bernyanyi, menyapu, melipat pakaian dan merapihkan tempat tidur. Kemampuan lain yang klien capai yaitu klien mampu berkenalan dengan 1 orang atau lebih, klien mampu mengontrol halusinasi, klien dapat mempertahankan kebersihan dirinya dengan baik. Tahap evaluasi keluarga tidak dapat dilakukan karena keterbatasan waktu penulis dalam perasaan klien yang masih berubah-ubah. Evaluasi yang didapatkan ada peningkatan kemampuan baik kognitif, afektif dan psikomotor, meskipun harus dimotivasi oleh peawat.

I. Kesimpulan

Pada tahap pengkajian klien dengan harga diri rendah, Tn. N merasa malu karena ditolak oleh mantan kekasih dan keluarganya. Hal ini mengakibatkan klien putus asa dan merasa tidak berguna.

Pada tahap diagnosa keperawatan yang bisa ditemukan pada klien dengan harga diri rendah yaitu, isolasi sosial, resiko gangguan sensori persepsi Halusinasi, defisit perawatan diri: Berhias

Pada tahap intervensi keperawatan klien dengan harga diri rendah yang dilakukan pun sudah sesuai dengan standar Rumah Sakit Dr. H. Marzoeke Mahdi Bogor, hanya saja kriteria evaluasi disesuaikan dengan kondisi klien pada saat itu.

Pada tahap implementasi keperawatan klien dengan harga diri rendah diagnosa pertama sampai keempat secara teori semua rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya sudah dilakukan, namun untuk strategi pelaksanaan keluarga tidak dapat

penulis lakukan karena keterbatasan waktu.

Pada tahap evaluasi keperawatan klien dengan harga diri rendah terlihat dapat meningkatkan harga dirinya dengan mengidentifikasi serta menilai kemampuan positif yang telah dimiliki klien. Kemampuan lain yang klien capai yaitu klien mampu berinteraksi dengan orang lain, mengontrol halusinasi, dan mampu berhias diri.

Pada teori dan kasus klien harga diri rendah, ditemukan kesenjangan pada faktor predisposisi, sumber coping, pohon masalah dan diagnosa keperawatan.

Dalam melakukan evaluasi penulis menemukan faktor pendukung yaitu klien yang kooperatif dan mau melakukan tindakan yang sudah direncanakan dan hubungan saling percaya yang dilakukan klien dan penulis. Faktor penghambat yang penulis temukan yaitu tidak bisa bertemu dengan keluarga klien, karena waktu perawatan selama tiga hari keluarga tidak melakukan kunjungan. Untuk mengatasinya yaitu perawat ruangan dapat memberitahu keluarga

klien melalui telepon atau melakukan kunjungan rumah.

J. Saran

Untuk mahasiswa diharapkan mampu menjalin kerjasama yang baik dan melakukan bina hubungan saling percaya dengan klien agar asuhan keperawatan dapat diterima dan diterapkan di keseharian klien secara optimal dan dapat mempelajari asuhan keperawatan jiwa khususnya tentang masalah Gangguan Konsep Diri: Harga diri rendah dan lebih mengembangkan teknik komunikasi terapeutik.

Untuk perawat ruangan diharapkan dapat mempertahankan dan melanjutkan asuhan keperawatan dengan baik serta tetap mempertahankan mutu pelayanan asuhan keperawatan dengan mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan kepada klien dan lebih memotivasi klien untuk melakukan jadwal kegiatan harian yang dilaksanakan sesuai kemampuan klien.

Dan untuk institusi diharapkan lebih meningkatkan sarana dan prasarana yang mendukung proses pembelajaran

seperti penambahan buku sumber terbaru di perpustakaan khususnya tentang asuhan keperawatan jiwa.

Dafta Pustaka

- Afnuhazi, R. 2015. *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Bowers, W. J. 2012. *Student dishonesty and its control in college*. New York: Mccmilan.
- Dalami, dkk. 2010. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: CV. Trans Info Medika.
- Depkes RI. 2018. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Direja. 2011. *Asuhan Keperawatan Pada SDR. A Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Di Ruang Bima RSUD Banyumas*. Diakses pada 10 Februari pukul 18.43 WIB.
- Hawari, Dadang, 2009. *Manajemen Stress Cemas dan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Herdman, T Heather (ed). 2011. *NANDA Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Keliat, B. A. 2010. *Proses Keperawatan Jiwa. Edisi II*. Jakarta: Salemba Medika.
- Keliat, B. A, dkk. 2011. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (basic course)*. Jakarta: EGC.
- Kusumawati, F & Hartono, Y. 2011. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Riyadi, Sujono dan Purwanto Teguh. 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Stuart and Sundeen. 2013. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi: 3. Jakarta: EGC.
- Stuart and Sundeen. 2016. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi: 2. Jakarta: EGC.
- Sutejo. 2017. *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Townsend, MC. 2010. *Diagnosis Keperawatan Psikiatri Rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik*. Jakarta: EGC
- Yosep, I. 2011. *Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Revita Aditama
- Yusuf, dkk. 2015. *Buku Ajar Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika
- WHO, 2016. *Skizofrenia and public health*. Geneva: Division of Mental health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization.