

## **BAB 4**

### **HASIL STUDI KASUS**

#### **4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit**

##### **4.1.1 Sejarah Singkat Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Samsi Jacobalis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung**

Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Samsi Jacobalis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung merupakan translokasi dari Rumah Sakit Jiwa Mentok yang didirikan tanggal 28 Agustus 1949, dengan memanfaatkan bangunan penjara (pagar tembok tingginya 4m, dengan luas tanah 0.5 ha) kapasitas 40 tempat tidur. Oleh karena tidak mungkin dikembangkan, maka Direktorat Kesehatan Jiwa dan Dr. Nahrowi Oesman (selaku Kepala Dinas Kesehatan TK.II Bangka yang merangkap Direktur Rumah Perawatan Sakit Jiwa Mentok), memprakarsai translokasi Rumah Sakit Jiwa dari Mentok ke Sungailiat.

Pembangunan Rumah Sakit Jiwa Sungailiat dimulai dari anggaran pembangunan 1976/1977 secara bertahap dan pada akhir tahun 1979 diresmikan penggunaan gedung baru tersebut oleh Prof. Dr. Kusmanto Setyonegoro selaku Kepala Direktorat Kesehatan Jiwa kemudian melalui SK Menteri Kesehatan tanggal 10 Desember 1980 Nomor. 2531/Yankes/DKJ/1980 dengan resmi Rumah Sakit Jiwa Mentok ditutup (terhitung tanggal 14 November 1979) dan dikembalikan Kepada Departemen Kehakiman. Rumah Sakit Jiwa Sungailiat melalui SK Menteri Kesehatan Nomor. 135/Menkes/SK/IV/1979 ditetapkan Sebagai Rumah Sakit Jiwa kelas B.

Berdasarkan Peraturan Daerah No. 6 tahun 2003 Rumah Sakit Jiwa Sungailiat diambil alih oleh Pemerintah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Tahun 2008-2012 Rumah Sakit Jiwa Bangka Belitung berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung No. 7 tahun 2008 ditetapkan sebagai Lembaga Teknis berbentuk Rumah Sakit.

Lahan dan gedung yang telah di miliki Ruamh Sakit Jiwa Daerah Dr samsi jacobalis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung tahun 2022 adalah sebagai berikut:

- 1) Luas lahan : 58.515 M2
- 2) Bangunan : 16.347 M2
- 3) Jalan : 1600 M2

#### **4.1.2 Visi Misi Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Samsi Jacobalis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung**

##### **Visi**

“Terwujudnya Pelayanan Kesehatan Jiwa yang Paripurna, Bermutu, dan Berkeadilan”.

##### **Misi**

- a) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa, penanggulangan penyalahgunaan narkoba dan kesehatan lainnya.
- b) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa, penanggulangan penyalahgunaan narkoba yang sesuai dengan standar pelayanan.

#### **4.1.1 Motto Budaya**

##### **4.1.3.1 Motto**

Motto Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung yaitu “**T I M A H**” yang artinya:

**T** : Tertib

**I** : Iman

**M** : Manusiawi

**A** : Aman

**H** : Handal

#### 4.1.3.2 Budaya

Budaya kerja yang diterapkan oleh Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung adalah “**DISIPLIN**” yang memiliki kepanjangan yaitu:

**D** : Datang dan pulang tepat waktu

**I** : Ilmu, Iman dan Taqwa landasan kerja

**S** : Sopan dan Senyum dalam bekerja

**I** : Isi waktu dan tidak menunda pekerjaan

**P** : Pelayanan terbaik untuk mencapai hasil optimal

**L** : Lebih baik bekerja daripada berbicara tiada guna

**I** : Indah, bersih, nyaman, dan rapi di lingkungan kerja

**N** : Niat dalam bekerja

#### 4.1.4 Tugas dan Fungsi

Tugas

- a) Melaksanakan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative terhadap kesehatan jiwa, korban narkoba dan kesehatan lainnya sesuai kebutuhan daerah dan kewenangan yang dilimpahkan Gubernur.
- b) Melakukan pelayanan bermutu yang terakreditasi sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

Fungsi

- a) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan jiwa dan korban narkoba perorangan ataupun masyarakat melalui pelayanan paripurna tingkat sekunder dan tersier.
- b) Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian pelayanan kesehatan jiwa dan penanganan korban narkoba.
- c) Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan jiwa dan narkoba dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan.
- d) Pelaksanaan administrasi dan keuangan rumah sakit jiwa.

## 4.2 Gambaran Umum Instalasi Rawat Inap

Instalasi rawat inap ruang Elang dan Rajawali yaitu merupakan tempat bagi klien yang mengalami gangguan jiwa selama menjalani perawatan. Instalasi rawat

inap di ruang elang memiliki 20 tempat tidur yang dibagi menjadi dua bagian yaitu 10 tempat tidur di sebelah kanan dan 10 tempat tidur di sebelah kiri dengan masing-masing memiliki 3 kamar mandi. Ruang rajawali terdiri dari 20 tempat tidur yang dibagi menjadi dua bagian yaitu 10 tempat tidur di sebelah kanan dan 10 tempat tidur di sebelah kiri dengan masing-masing memiliki 3 kamar mandi.

### **4.3 Karakteristik Subyek Penelitian/Identitas pasien**

#### **4.4.7.1 Klien 1**

Klien pertama yang menjadi responden penelitian adalah Tn. A dengan nomor rekam medic 011838, diagnosis medis Skizofrenia Paranoid. Tn. A berusia 26 tahun, Tn. A beragama Islam, klien belum pernah menikah dan tinggal bersama orang tua yang beralamat di Sungailiat Air Ruay. Pendidikan terakhir Tn. A SMP, bekerja sebagai Sales Elektronik. Tn. A masuk Rumah Sakit Jiwa pada tanggal 29 Mei 2023.

#### **4.4.7.2 Klien 2**

Klien kedua yang menjadi responden penelitian adalah Tn. A dengan nomor rekam medik 010731, diagnosis medis Skizofrenia Paranoid. Tn. A berusia 37 tahun. Tn. A beragama Islam, klien belum pernah menikah dan tinggal bersama orang tua yang beralamat di Air Duren, Sungailiat. Pendidikan terakhir Tn. A SD dan bekerja sebagai Buruh harian. Tn. A masuk Rumah Sakit Jiwa pada tanggal 06 Juni 2023.

#### 4.4 Data Asuhan Keperawatan

##### 4.4.1 Pengkajian

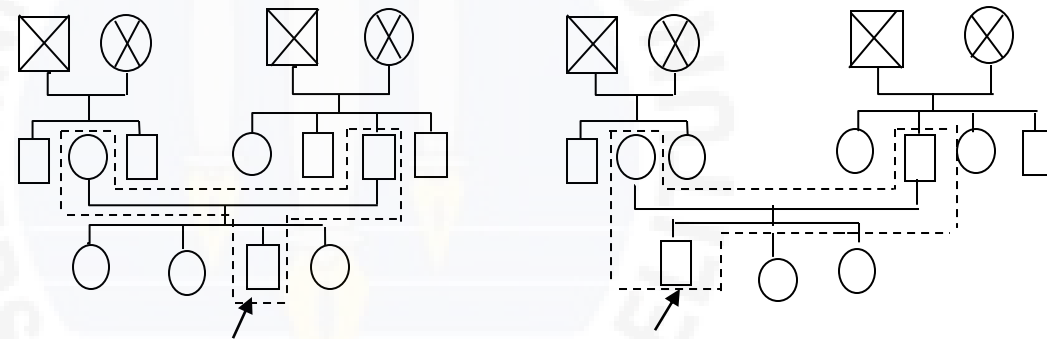
**Tabel 4.1 Data Asuhan Keperawatan**

Keterangan	Klien 1	Klien 2
I. IDENTITAS		
a. Identitas klien		
Nama	Tn.A	Tn.A
Umur	26 th	37 th
Jenis kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Alamat	Sungailiat,Air Ruay	Sungailiat,Desa Air Duren
Pendidikan	Tamat Smp	Tamat SD
Tanggal masuk RSJ	29 mei 2023	06 juni 2023
Tanggal pengkajian	07 juni 2023	12 Juni 2023
Ruang rawat inap	Ruang elang	Ruang rajawali
Nomor rekam medis	011838	010731
Diagnosa medis	Skizofrenia Paranoid	Skizofrenia Paranoid
b. Identitas penanggung jawab		
Nama	Ny.Y	Tn. A
Hubungan dengan keluarga	Ibu kandung	Ayah kandung

II. Alasan masuk	Berdasarkan pengkajian pada tanggal 07 juni 2023, pada tanggal 29 Mei 2023 dengan alasan masuk diantar oleh sat pol pp karna memecah kaca rumah tetangganya yang disebabkan oleh anak – anak yang bermain petasan ke arahnya.	Berdasarkan dari data rekam medik klien, datang ke IGD Rumah sakit jiwa diantr oleh orang tuanya pada tanggal 6 juni 2023 dengan alasan masuk, klien marah secara verbal karna ingin dirawat secara verbal dikarenakan ingin dirawat jalan tetapi orang tuanya ingin di rawat inap, karna klien sudah 2 minggu minggu tidak minum obat.
III. Faktor predisposisi		
a. Riwayat gangguan jiwa	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat gangguan jiwa	Klien mengatakan bahwa klien sudah pernah masuk Rumah Sakit Jiwa
b. Riwayat pengobatan	Klien mengatakan baru pertama kali dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Samsi Jacobalis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung pada tanggal 29 Mei 2023	Klien mengatakan sudah 4 kali masuk Rumah Sakit Jiwa
c. Riwayat penganiayaan	Klien mengatakan tidak pernah mengalami penganiayaan dari orang tua ataupun orang lain	Klien mengatakan tidak pernah mengalami penganiayaan dari orang tua ataupun orang lain
d. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa
e. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan	Klien mengatakan tidak ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan <b>Masalah Keperawatan :</b> <b>Risiko Perilaku Kekerasan</b>	Klien mengatakan sudah lupa dengan pengalaman masa lalunya <b>Masalah keperawatan :</b> <b>Risiko Perilaku Kekerasan</b>
IV. Fisik		
a. Tanda-tanda vital Tekanan darah	99/66 mmHg	115/75 mmHg

Nadi	91 x/menit	96 x/menit
Suhu	36,5 C	36,3 C
Pernafasan	20 x/menit	21 x/menit
b. Ukuran tubuh		
Tinggi badan	164 cm	170 cm
Berat badan	68 kg	62 kg
c. Keluhan fisik		
	Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada keluhan fisik	Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada keluhan fisik

V. Psikososial  
a. Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊠ ⊡ : Meninggal Dunia
- : Tinggal serumah
- : Garis keluarga
- ↗ : Klien

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊠ ⊡ : Meninggal Dunia
- : Tinggal serumah
- : Garis keluarga
- ↗ : Klien

	<p>Di dalam anggota keluarga klien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa, klien mengatakan tinggal serumah bersama kedua orang tuanya. Klien adalah anak ke 3 dari 4 bersaudara dan hubungan klien dengan keluarga baik . klien mengatakan setiap mengambil keputusan jika ada masalah keluarga diputuskan oleh orang tua.</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Tidak dak ada masalah keperawatan</b></p>	<p>Di dalam anggota keluarga klien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa, klien mengatakan tinggal serumah bersama kedua orang tuanya. Klien adalah anak pertama dari 3 bersaudara dan hubungan klien dengan keluarga klien baik. Klien mengatakan dalam setiap pengambilan keputusan jika ada masalah dalam keluarga diputuskan oleh orang tua atau saudaranya klien dan komunikasi di dalam keluarga klien berjalan dengan baik.</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>
<p>b. Konsep diri</p>		
<p>Citra tubuh</p>	<p>Klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya</p>	<p>Klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya</p>
<p>Identitas diri</p>	<p>Pada saat pengkajian klien mengetahui bahwa klien seorang laki-laki dan belum menikah</p>	<p>Pada saat pengkajian klien mengatakan bekerja sebagai buruh harian, klien mengetahui bahwa</p>

---



		klien seorang laki-laki, dan belum menikah
Peran	Klien berperan sebagai anak, Klien mengatakan bekerja sebagai sales elektronik dan belum menikah	Klien berperan sebagai anak, Klien mengatakan bekerja sebagai buruh harian dan klien belum menikah
Ideal diri	Klien mengatakan ingin cepat sembuh, pulang ke rumah dan kembali berkumpul dengan keluarganya.	Klien mengatakan ingin cepat pulang dan berkumpul dengan keluarganya.
Harga diri	Klien mengatakan malu dengan keadanya sekarang berada di rumah sakit jiwa <b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b>	Klien mengatakan bahwa klien merasa tidak dianggap oleh saudaranya dan klien merasa malu, merasa bodoh dan tidak berguna karena dengan keadaannya sekarang yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa <b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b>
c. Hubungan sosial	Klien mengatakan hubungan dengan keluarganya baik, klien lebih sering tidur dan klien jarang berkumpul dengan teman sekamarnya <b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b>	Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah ibu klien. Klien lebih sering menyendiri dan melamun, klien lebih sering berbaring di tempat tidur atau duduk di pojok ruangan <b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b>

---

## d. Spiritual

Pada saat pengkajian klien mengatakan bahwa dirinya beragama Islam, klien juga mengatakan kadang-kadang klien sholat

**Masalah keperawatan:**

**Tidak ada masalah keperawatan**

Pada saat pengkajian klien mengatakan bahwa dirinya beragama Islam, ketika di rumah klien jarang beribadah

**Masalah keperawatan:**

**Tidak ada masalah keperawatan**

## VI. Status mental

## a. Penampilan

Pada saat pengkajian penampilan klien kurang rapi, rambut klien panjang dan tidak disisir. Gigi klien tampak kuning dan gigi klien tampak kehitaman

**Masalah keperawatan:**

**Defisit perawatan diri**

Pada saat pengkajian penampilan klien tampak rapi, rambut klien tertata rapi. Klien menggunakan alas kaki saat beraktivitas

**Masalah keperawatan:**

**Tidak ada masalah keperawatan**

## b. Pembicaraan

Pada saat dilakukan pengkajian klien terlihat menundukkan kepala, berbicara pelan, hanya berbicara jika ditanya, menjawab pertanyaan seperlunya saja dan terkadang klien tidak mau

Pada saat dilakukan pengkajian klien terlihat menundukkan kepala, hanya berbicara jika ditanya, menjawab pertanyaan seperlunya saja, dan menjawab pertanyaan sangat lambat,

	<p>menjawab pertanyaan. Topik pembicaraan klien berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain yang tidak ada kaitannya. klien mampu memulai pembicaraan dengan lawan bicara</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b></p>	<p>kadang tidak menjawab. Klien tidak pernah memulai pembicaraan dengan lawan bicara.</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b></p>
<p>c. Aktivitas motorik</p>	<p>Pada saat pengkajian klien terlihat lesu dan sering mengusap wajahnya saat ditanya oleh perawat. Saat dikaji klien tidak mau berlama-lama dengan alasan klien ingin tidur</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b></p>	<p>Berdasarkan data saat pengkajian klien tampak lesu dan sering melamun. Ketika ditanya klien sering tersenyum sebelum menjawab pertanyaan, kontak mata kurang dan saat dikaji klien tidak mau berlama-lama</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b></p>
<p>d. Alam perasaan</p>	<p>Berdasarkan data yang didapat melalui hasil Observasi alam perasaan klien terlihat murung dan lesu</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b></p>	<p>Berdasarkan data yang didapat melalui hasil observasi alam perasaan klien tampak sedih dan putus asa</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b></p>
<p>e. Interaksi selama wawancara</p>	<p>Berdasarkan dari data yang didapat melalui observasi dan wawancara selama berinteraksi kontak mata klien kurang, kurang kooperatif, saat di beri pertanyaan klien menjawab hanya</p>	<p>Berdasarkan dari data yang didapat melalui observasi dan wawancara selama berinteraksi kontak mata klien kurang, kurang kooperatif. Klien menunjukkan sikap tidak percaya terhadap orang lain, saat diberi pertanyaan klien</p>

	<p>beberapa kata dan kurang mampu menjawab pertanyaan</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b></p> <p><b>Harga diri rendah</b></p>	<p>hanya menjawab hanya beberapa kata dengan suara yang sangat lirih dan pelan. Saat berinteraksi klien tidak mau menatap wajah lawan bicara, klien juga sering menolak ketika dikaji, dan klien tidak mampu memulai pembicaraan dengan lawan bicara</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b></p> <p><b>Harga diri rendah</b></p>
f. Afek	<p>Pada saat pengkajian afek klien tampak binung.</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b></p> <p><b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>	<p>Berdasarkan dari data yang didapat melalui observasi afek klien tampak bingung .</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b></p> <p><b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>
g. Persepsi	<p>Pada saat pengkajian klien mengatakan tidak pernah mendengar suara bisikan tanpa wujud</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b></p> <p><b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>	<p>Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak pernah mendengar suara bisikan ataupun bayangan tanpa wujud</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b></p> <p><b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>
h. Proses pikir	<p>Berdasarkan data yang diperoleh melalui observasi dan wawancara proses pikir klien berbicara berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b></p>	<p>Berdasarkan data yang diperoleh melalui observasi dan wawancara proses pikir klien berbicara berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan. Klien kurang mampu menjawab pertanyaan</p>

	<p><b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>	<p>yang diajukan</p>
<p>i. Isi pikir</p>	<p>Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil observasi dan wawancara pada pengkajian klien ditemukan gangguan isi pikir seperti ketakutan klien di anggap bodoh oleh orang lain.</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b></p>	<p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil observasi dan wawancara pada pengkajian tidak ditemukan gangguan isi pikir seperti ketakutan.</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>
<p>j. Tingkat kesadaran</p>	<p>Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil observasi dan wawancara pada saat pengkajian tingkat kesadaran klien baik, klien sadar apa yang dibicarakannya. Klien juga menyadari bahwa dirinya sekarang berada di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.Samsi Jacobalis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>	<p>Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil observasi dan wawancara pada saat pengkajian tingkat kesadaran klien baik, klien sadar apa yang dibicarakannya dan klien juga sadar bahwa dirinya sedang berada di Rumah Sakit jiwa</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>
<p>k. Memori</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Daya ingat jangka panjang Saat ditanya klien masih ingat bahwa ini kali pertamanya klien masuk Rumah Sakit jiwa</li> <li>2. Daya ingat jangka pendek Saat dilakukan pengkajian klien masih ingat dengan wajah perawat yang mengkaji klien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Daya ingat jangka panjang Saat ditanya klien masih ingat bahwa klien sudah lebih dari 4 kali masuk Rumah Sakit Jiwa</li> <li>2. Daya ingat jangka pendek</li> </ol>

	<p>3. Daya ingat saat ini</p> <p>Pada saat dilakukan pengkajian klien masih ingat bahwa klien sudah makan dan sudah mandi</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>	<p>Saat dilakukan pengkajian klien masih ingat nama perawat yang mengkaji klien</p> <p>3. Daya ingat saat ini</p> <p>Pada saat dilakukan pengkajian klien masih ingat bahwa sudah makan dan masih ingat kegiatan apa saja yang klien lakukan di ruang rehabilitasi</p> <p><b>Masalah Keperawatan:</b> <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>
<p>1. Tingkat kecerdasan (konsentrasi dan berhitung)</p>	<p>Pada saat pengkajian klien bisa membaca dan berhitung. Saat di minta untuk membaca klien mampu membaca tulisannya dengan benar, klien juga mampu berhitung dari 1-10 tanpa ada angka yang terlewatkan</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>	<p>Klien mampu berhitung dengan baik, saat di minta untuk berhitung dari 1-10 klien mampu melakukannya tanpa ada kesalahan</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>
<p>m. Kemampuan penilaian</p>	<p>Pada saat pengkajian klien dapat mengambil keputusan tanpa bantuan orang lain, ketika waktunya makan klien memilih “cuci tangan dulu baru makan atau makan dulu baru cuci tangan” klien mengatakan “cuci tangan dulu baru makan”</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>Berdasarkan data yang diperoleh melalui observasi dan wawancara klien sadar bahwa</p>	<p>Pada saat pengkajian klien di minta untuk memilih “makan dulu atau mandi dulu” klien mengatakan memilih “mandi dulu baru makan”</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>

n. Daya tilik diri	klien sedang sakit dan berada di Rumah Sakit Jiwa, klien ingin cepat pulang dan berkumpul dengan keluarganya	Berdasarkan dari data yang diperoleh melalui observasi dan wawancara klien menyadari bahwa klien sedang berada di Rumah Sakit Jiwa dan klien ingin cepat pulang
	<b>Masalah keperawatan:</b>	<b>Masalah keperawatan:</b>
	<b>Tidak ada masalah keperawatan</b>	<b>Tidak ada masalah keperawatan</b>
VI. Kebutuhan persiapan Pulang Makan		
Makan	Klien makan 3x sehari selalu menghabiskan 1 porsi nasi, lauk, sayur, telur, dan buah, setelah selesai makan klien merapikan tempat makanannya.	Klien makan 3x sehari selalu menghabiskan 1 porsi nasi, lauk, sayur, telur dan buah, setelah selesai makan klien dapat merapikan tempat makanannya
	Klien ke kamar mandi tidak menggunakan alas kaki dan mandi tidak menggunakan sabun mandi	
Defekasi/berkemih	Pada saat dilakukan pengkajian keadaan klien tampak kotor dan klien juga mengatakan bahwa ia mandi 1x sehari pagi, klien juga tidak menjaga kebersihan, gigi klien tampak kuning .	Klien ke kamar mandi menggunakan alas kaki dan selalu menggunakan sabun.
Mandi	Klien jarang menggantikan pakaiannya setelah mandi.	Pada saat dilakukan pengkajian keadaan klien tampak bersih dan klien juga mengatakan dia selalu mandi 2x sehari pagi dan sore, klien juga menjaga kebersihan, seperti selalu menyikat

Berpakaian	Klien mengatakan tidur siang biasanya kurang lebih 1 sampai 2 jam, tidur malam klien kurang lebih 8 sampai 9 jam	gigidan membasahkan rambut saat mandi  Klien selalu menggantikan pakaiannya dengan rapi setelah mandi.
Istirahat dan tidur	Klien mengatakan minum obat 2x sehari pagi dan malam, setelah minum obat klien selalu merasa ngantuk kemudian tidur.	Klien mengatakan tidur siang biasanya kurang lebih 1 sampai 2 jam, tidur malam klien kurang lebih 8 sampai 9 jam
Penggunaan obat	Klien mengatakan sistem pendukung yang klien miliki hanya orang tua	Klien mengatakan minum obat 2x sehari pagi dan malam, setelah minum obat klien selalu merasa ngantuk kemudian tidur.
Pemeliharaan kesehatan	Klien biasanya hanya duduk dan bersantay.	Klien mengatakan sistem pendukung yang klien miliki hanya diri sendiri
Aktivitas didalam rumah	Klien mengatakan biasanya membersihkan halaman rumahnya	Klien biasanya hanya duduk dan bersantay sambil minum kopi
Aktifitas diluar rumah		Klien mengatakan biasanya pergi ke kebun untuk menanam sayur.



<p>VII. Mekanisme koping</p>	<p>Pada saat pengkajian klien mengatakan bila ada masalah klien akan memendamnya sendiri, tidak pernah berbagi cerita dengan keluarganya, klien lebih sering menyendiri dikamar dan tidak mau berbicara dengan orang lain..</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Ketidakmampuan koping keluarga</b></p>	<p>Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan bahwa ia merasa tidak dianggap oleh keluarganya, selama di rawat dirumah sakit tidak ada keluarga yang datang untuk menjenguk klien. Ketika ada masalah klien lebih memilih memendam sendiri daripada berbicara dengan keluarganya ataupun orang lain. Klien mampu berbicara dengan jelas kepada orang lain , tetapi biasanya jika klien mengalami masalah klien hanya memendamnya sendiri dan tidak berbicara kepada siapapun.</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Ketidakmampuan koping keluarga dan Koping tidak efektif</b></p>
<p>VIII. Masalah psikososial &amp; lingkungan</p>	<p>Pada saat pengkajian ketika melakukan interaksi klien selalu menyendiri dan berbaring di tempat tidur. Klien hanya akan berbicara jika ditanya dan menjawab seperlunya saja</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b></p>	<p>Pada saat pengkajian melalui observasi dan wawancara klien tampak menyendiri dan melamun, klien lebih sering berbaring di tempat tidur dan duduk dipojokan. Klien juga tidak pernah berinteraksi dengan teman-teman sekamarnya, klien juga tidak pernah memulai pembicaraan dengan orang lain</p> <p><b>Masalah keperawatan:</b> <b>Harga diri rendah</b></p>
<p>IX. Aspek medik a. Diagnosis medis</p>	<p>Skizofrenia Paranoid</p>	<p>Skizofrenia Paranoid</p>

b. Terapi medis	Aripiraz Risperidone Clozapine	Risperidone Clozapine
Indikasi	Aripiraz: digunakan untuk mengobati gangguan mental Risperidone: obat yang digunakan untuk mengatasi gangguan mental Clozapine: obat yang digunakan untuk meredakan gejala gangguan mental	Risperidone: obat yang digunakan untuk mengatasi gangguan mental Clozapine: obat yang digunakan untuk meredakan gejala gangguan mental
kontraindikasi	Aripiraz: gangguan jantung berat, epilepsi, gangguan ginjal dan hati berat Risperidone: hipersensivitas pada risperidone Clozapine: riwayat sumsum tulang yang gagal membentuk granulosit atau sel darah putih, gangguan jantung berat, gangguan ginjal dan hati	Risperidone: hipersensivitas pada risperidone Clozapine: riwayat sumsum tulang yang gagal membentuk granulosit atau sel darah putih, gangguan jantung berat, gangguan ginjal dan hati
X. Daftar masalah keperawatan	1. Ketidakmampuan koping keluarga 2. Harga diri rendah 3. Defisit perawatan diri	1. Ketidakmampuan koping keluarga 2. Harga diri rendah 3. Koping tidak efektif

#### 4.4.2 Analisa Data

**Tabel 4.2 Analisa Data Pada Tn. A (Klien 1) dan Tn. A(Klien 2)**

Klien 1				Klien 2			
Naa	Ruang	Diagnosa medis	No. RM	Nama	Ruang	Diagnosa medis	No. RM
Tn. A	Elang	Skizofrenia Paranoid	011838	Tn. A	Rajawali	Skizofrenia Paranoid	010731
No	Data	Masalah Keperawatan		Data		Masalah keperawatan	
	Ds: klien mengatakan bila ada masalah klien akan memendamnya sendiri tidak pernah berbagi cerita dengan keluarganya	Ketidakmampuan koping keluarga		Ds: 1 Klien mengatakan ia merasa diabaikan oleh keluarganya karena selama dirawat Rumah Sakit tidak ada keluarga yang menjenguk 2 Ketika klien ada masalah klien memilih memendam sendiri		Ketidakmampuan koping keluarga	
	Do: 1. Tidak ada keluarga yang datang untuk menjenguk klien			Do: 1 Klien sering menolak saat dikaji			
	Ds: 1. Klien mengatakan malu dengan keadannya sekarang berada di rumah sakit jiwa	Harga diri rendah		Ds: 1. Klien mengatakan dirinya tidak dianggap oleh saudaranya 2. Klien mengatakan jarang berkumpul dengan orang-orang dilingkungan sekitar rumahnya		Harga diri rendah	
	Do: 1. Kontak mata klien kurang 2. Klien tampak lesu dan binggung 3. Klien lebih sering sendiri dan lebih sering tidur			Do: 1. Kontak mata klien kurang			

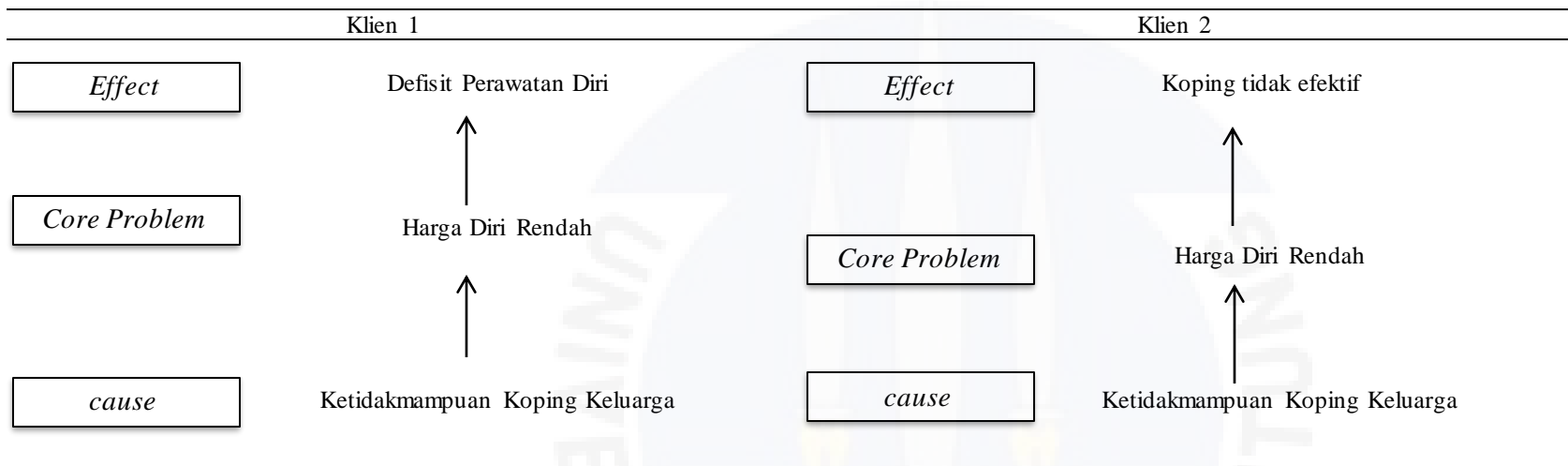
- 
2. Klien tampak lesu dan tidak bergairah
  3. Berbicara lirih dan pelan
  4. Klien tampak sering sendiri dan lebih sering tidur
- 

3. Ds:	Defisit perawatan Ds:	Koping tidak efektif
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan saat mandi jarang diri menggunakan sabun dan menggosok gigi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.klien mengatakan jika ada masalah klien tidak berbicara kesiapapun dan memilih untuk memendam masalah sendiri</li> </ol>	
Do:	Do:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penampilan klien kurang rapi, rambut klien panjang dan tidak disisir</li> <li>2. Gigi klien tampak kuning dan gusi klien tampak kehitaman</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak menyendiri</li> <li>2. Klien tidak bisa menyelesaikan masalah sendiri.</li> </ol>	

---

#### 4.4.3 Pohon Masalah

**Tabel 4.3 Pohon Masalah pada Tn. A (Klien 1) dan Tn. A (Klien 2)**



#### 4.4.4 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Masalah

**Tabel 4.4 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas**

Klien 1	Klien 2
1. Harga Diri Rendah	1. Harga Diri Rendah
2. Ketidakmampuan Koping Keluarga	2. Koping tidak efektif
3. Defisit Perawatan Diri	3. Ketidakmampuan Koping Keluarga

#### 4.4.5 Rencana Keperawatan

Nama Klien 1 : Tn. A

Nama Klien 2 : Tn. A

No. RM : 011838

No. RM : 010731

**Tabel 4.5 Rencana Tindakan**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1)	Harga Diri Rendah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x jam, diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kontak mata meningkat 2. Penilaian diri positif meningkat 3. Percaya diri berbicara meningkat	<p>Promosi harga diri            Tindakan:</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</li> <li>2. Monitor tingkat harga diri disetiap waktu.</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri.</li> <li>2. Berikan umpan balik positif atas peningkatan pencapaian tujuan.</li> <li>3. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki.</li> <li>2. Diskusikan kemampuan yang dimiliki Latih pernyataan/kemampuan positif diri.</li> <li>3. Latihan cara mengafirmasi positif</li> <li>4. Melatih kemampuan klien</li> </ol>

#### 4.4.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama : Tn. A Ruangan : Elang

Diagnosa Medis : Skizofrenia Paranoid No. RM : 011838

**Tabel 4.6 Implementasi dan Evaluasi pada Tn. A (Klien 1)**

No	Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
	Kamis, 08 Juni 2023	Harga Diri Rendah	1. Memonitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri (klien mengatakan dirinya tidak berguna karena karna dengan keadaan sekrang dirwat di Rumah sakit jiwa)	Pukul 14.00 WIB	
	Pukul 08.00 WIB		2. Memonitor tingkat harga diri disetiap saat (klien mampu memepkenalkan dirinya )	1. Klien sekarang mengatakan tidak berguna 2. Klien mampu mengatakan namanya adalah Tn.A	
	08.15 WIB		3. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki	3. Klien mengatakan memiliki kemampuan seperti merapikan tempat tidur, merapikan pakaiannya yang berantakan, dan menyapu lantai	
	08.30 WIB		- Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki klien (klien mampu menilai dirinya berguna setelah melakukan kemampuan positif)	O: 1. Klien mampu memperkenalkan dirinya. 2. Klien mampu menyebutkan kemampuan positif yang dimilikinya	
	09.00 WIB		4. Melatih pernyataan/kemampuan positif diri.	3. ada kontak mata 4. Klien sering menunduk ketika berbicara dengan orang lain	
	09.30 WIB		- Latihan kemampuan klien (mengajarkan merapikan tempat tidur) (klien mengerti dengan apa yg telah diajarkan)	A: 1. Klien mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimilikinya 2. Klien mampu melakukan merapikan tempat tidur	
			5. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian	P:	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kemampuan klien melakukan tindakan merapikan tempat tidur (merapikan tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri (terapi menggambar)</li> <li>3. bimbing klien dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>
Jumat , 09 Juni 2023 Pukul 08.30 WIB	Harga Diri Rendah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</li> <li>- Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki klien (klien mampu merapikan tempat tidur secara mandiri)</li> <li>2. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri( terapi menggambar (klien mampu menggambar sesuai keinginan yang diinginkan klien)</li> <li>3. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p>Pukul 14.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan telah melakukan kegiatan merapikan tempat tidur .</li> <li>2. Klien mengatakan dirinya senang setelah melakukan menggambar sesuai keinginan klien.</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak mampu merapikan tempat tidur secara mandiri</li> <li>2. Klien tampak mampu menggambar sesuai keinginannya</li> <li>3. Tidak Kontak mata kurang</li> <li>4. Klien berpindah- pindah tempat</li> </ol> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mengevaluasi kegiatan merapikan tempat tidur</li> <li>2. Klien melakukan kegiatan menggambar</li> <li>3. Klien mampu memberikan afirmasi positif setelah melakukan kegiatan hariannya</li> </ol> <p>P:</p>



			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi tindakan kemampuan klien menggambar (terapi menggambar)</li> <li>2. Latih cara mengafirmasi positif (Safirmasi positif “saya orang yang berguna”)</li> <li>3. Bombing klien dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>
Senin, 12 Juni 2023	Harga Diri Rendah	1. mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki	Pukul 14.00 WIB
Pukul 08.30 WIB		- Latih klien cara mengafirmasi positif (afirmasi positif “saya orang yang berguna”) (klien mampu menilai dirinya berguna setelah melakukan kemampuan positif)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan telah melakukan kegiatan hariannya yaitu merapikan tempat tidur .</li> <li>2. Klien mengatakan dirinya berguna setelah melakukan terapi menggambar sesuai keinginan klien (menggambar kebun)</li> <li>3. Klien mengatakan sudah mengafirmasi positif setelah melakukan kegiatan hariannya</li> </ol>
09.00 WIB		2. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri ( terapi menggambar (klien mampu menggambar keinginan yang diinginkan klien.)	
09.30 WIB		3. Menganjurkan klien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak merapikan tempat tidur dan menggambar secara mandiri</li> </ol> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu melakukan kegiatan hariannya yaitu merapikan tempat tidur dan merapikan pakaiannya yang berantakan</li> <li>2. Klien mampu memberikan afirmasi positif setelah melakukan kegiatan hariannya</li> </ol> <p>P:</p>



			<p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kemampuan klien melakukan tindakan merapikan tempat tidur (merapikan tmpat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang men ingkatkan harga diri           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latihan kemampuan klien ( terapi menggambar)</li> </ul> </li> <li>3. Bombing klien dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>
Rabu , 14 Juni 2023	Harga Diri Rendah		
		1. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki	Pukul 13.30 WIB
		- Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki klien (klien mampu merapikan tempat tidur secara mandiri)	1. Klien mengatakan telah melakukan kegiatan membersihkan tempat tidur
09.30 WIB		2. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri (terapi menggambar) (klien mampu menggambar sesuai yang diinginkan klien)	2. Klien mengatakan dengan menggambar keinginanya merasa dirinya berguna(gambar kebun sawah)
		3. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian	3. Klien mengatakan masih ingat cara afirmasi positif “saya orang yang berguna”
10.30 WIB			
			<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak mampu membersihkan tempat tidur secara mandiri</li> <li>2. Klien mampu menggambar</li> <li>3. Kontak mata ada</li> </ol>
			<p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mengevaluasi kegiatan membersihkan tempat tidur</li> <li>2. Klien melakukan kegiatan menggambar</li> </ol>

3. Klien mampu memberikan afirmasi positif setelah melakukan kegiatan hariannya

P:

1. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri (terapi menggambar)

1.

2. Latih cara mengafirmasi positif (afirmasi positif “saya orang yang berguna”)

3. Bimbing klien dalam jadwal kegiatan harian

Kamis , 15 Juni 2023

Pukul 08.30 WIB

09.30 WIB

10.30 WIB

1. mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki

- Latih klien cara mengafirmasi positif (afirmasi positif “saya orang yang berguna”) (klien mampu menilai dirinya berguna setelah melakukan kemampuan positif)

2. Melatih pernyataan/kemampuan positif diri.

3. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri (terapi menggambar) (klien mampu menggambar sesuai yang diinginkan klien)

4. Menganjurkan klien untuk memasukkan ke dalam jadwal harian

Pukul 13.30 WIB

1. Klien mengatakan telah melakukan kegiatan hariannya yaitu membersihkan tempat tidur

2. Klien merasa berguna setelah melakukan menggambar sesuai keinginan klien ( menggambar kebun kelapa)

3. Klien mengatakan dirinya berguna setelah melakukan kemampuan positif

O:

1. Klien tampak membersihkan tempat tidur dan menggambar keinginan klien

A:

1. Klien mampu melakukan kegiatan hariannya yaitu membersihkan tempat tidur dan menggambar

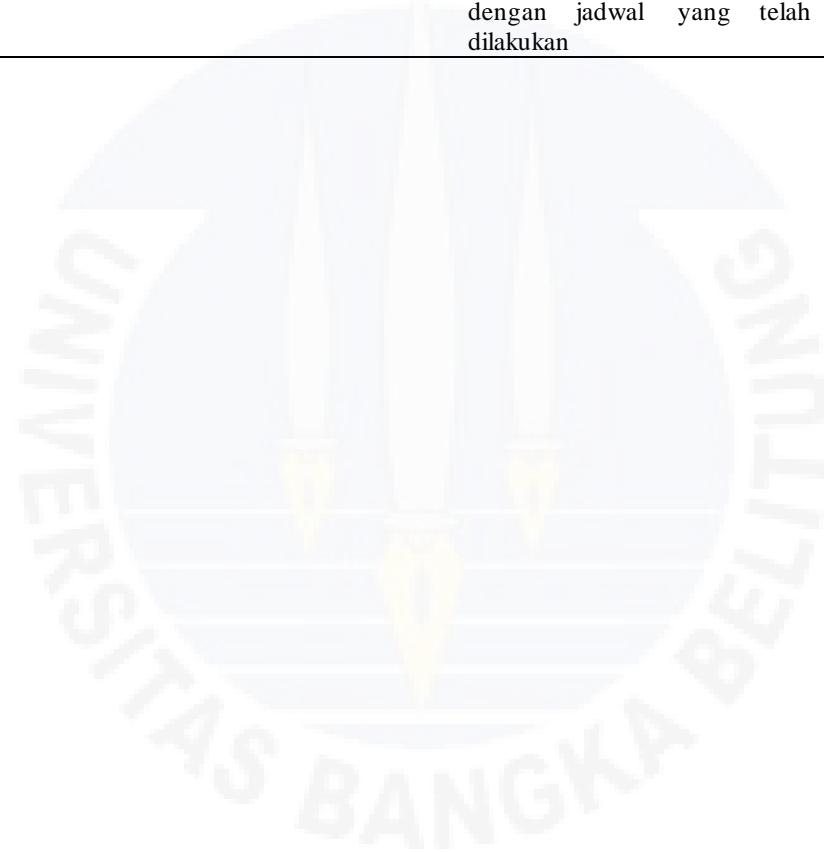
---

2. Klien mampu memberikan afirmasi positif setelah melakukan kegiatan hariannya

P:

1. Anjurkan klien untuk melakukan kegiatannya sesuai dengan jadwal yang telah dilakukan

---



#### 4.4.7 PEMBAHASAN

Setelah melakukan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Tn.A dan Tn.A penulis akan mengemukakan perbandingan antara asuhan keperawatan secara teori dan asuhan keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien Tn.A dan Tn.A. Pengkajian pasien Tn.A dilakukan pada tanggal 07 juni 2023 sedangkan Tn.A dilakukan pada tanggal 13 juni 2023. Pada kedua pasien dilakukan pengkajian selama 3 hari dengan masalah keperawatan yang sama yaitu Harga diri rendah dengan membandingkan kesamaan dan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Memaparkan tentang faktor-faktor penghambat dan pendukung serta pemecahan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan tahapan proses keperawatan, maka penulis akan mengemukakan pembahasan mulai dari pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

##### 4.4.7.1 Pengkajian

Dalam hal ini penulis melakukan asuhan keperawatan pada dua klien dengan masalah keperawatan aktivitas meningkatkan harga diri : menggambar dengan masalah keperawatan harga diri rendah. Hasil dari pengkajian didapatkan klien 1 yaitu Tn. A dengan alasan masuk klien pada tanggal 29 Mei 2023 diantar oleh sat pol pp karna memecah kaca rumah tetangganya yang disebabkan oleh anak – anak yang bermain petasan kearahnya. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 07 Juni 2023 klien mengatakan tidak dianggap oleh keluarganya, malu dengan keadaanya sekarang.

Sedangkan klien 2 yaitu Tn. A berdasarkan dari data rekam medis klien diantar oleh orangtuanya pada tanggal 06 Juli 2023 dengan alasan masuk klien marah secara verbal karna ingin dirawat secara verbal dikarenakan ingin dirawat jalan tetapi orang tuanya ingin dirawat inap,karma klien sudah 2 minggu tidak minum obat.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Juni 2023 klien tampak banyak diam, sering menghindar dari orang lain, dan sering menolak berinteraksi dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan teori tanda gejala menurut Muhith, (2015). perasaan negatif terhadap dirinya sendiri menyebabkan kehilangan rasa percaya diri, pesimis, dan tidak berharga di kehidupan. Harga diri yang tinggi dikaitkan dengan *anxiety* yang rendah, efektif dalam kelompok dan penerimaan orang lain terhadap dirinya, sedangkan masalah kesehatan dapat menyebabkan harga diri rendah, sehingga harga diri rendah dikaitkan dengan interpersonal yang buruk dan beresiko terjadinya depresi dan skizofrenia, sehingga perasaan negatif mendasari hilangnya kepercayaan diri dan harga diri individu dan gangguan harga diri.

#### 4.4.7.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan tahap penegakan masalah keperawatan yang tepat berdasarkan data yang telah ditemukan selama pengkajian keperawatan. Pada diagnosa teori (Nurhalimah,2017) terdapat 3 masalah yaitu:

1. *Effect*: Isolasi sosial,
2. *Care problem*: Harga diri rendah,
3. *Causa*: Mekanisme koping keluarga ,Manajemen kesehatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukann pada pasien pertama Tn.A terdapat masalah keperawatan menurut SDKI (2017) yaitu:

1. *Effect*: Defisit Perawatan Diri
2. *Care problem*: Harga Diri Rendah
3. *Causa*: Ketidakmampuan koping keluarga

Sedangkan hasil pengkajian pada pasien kedua terdapat masalah keperawatan menurut SDKI (2017) yaitu:

1. *Effect*: Koping tidak efektif.
2. *Care problem*: Harga Diri Rendah
3. *Causa*: Ketidak mampuan koping keluarga

Maka dari itu terdapat kesenjangan pada kedua pasien. Pada pasien pertama Tn.A terdapat pada bagian *causa* yang timbul adalah ketidak mampuan koping keluarga sedangkan *causa* secara teori itu yang muncul adalah manajemen kesehatan. Selanjutnya pada pasien kedua Tn.A memiliki kesenjangan dibagian *effect* yang timbul yaitu Koping tidak efektif yang seharusnya jika sesuai dengan teori maka yang muncul Isolasi sosial dan memiliki kesenjangan dibagian *causa* yang timbul itu koping tidak efektif sedangkan di teori seharusnya itu manajemen kesehatan.

Terdapat kesenjangan pada kedua pasien Tn.A dan Tn.A yaitu di pasien TnA terdapat Defisit perawatan diri ditandai dengan pasien kurang rapi, rambut klien panjang dan tidak disisir, gigi klien tampak kuning dan gusi klien tampak kehitaman, sedangkan pada pasien Tn.A tidak terdapat Defisit perawatan diri pasien rajin mandi dan gosok gigi.

#### 4.4.7.4 Intervensi Keperawatan

Setelah menentukan diagnosa keperawatan, tahap selanjutnya menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi atau menanggulangi masalah keperawatan yang di hadapi klien. Perencanaan asuhan keperawatan merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhan klien, berdasarkan diagnosa keperawatan.

Rencana keperawatan yang akan dilakukan pada Tn. A dan Tn. A yang dibuat berdasarkan teori menurut SIKI (2017) yaitu monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri, monitor tingkat harga diri disetiap saat, latih pernyataan/kemampuan positif diri, anjurkan klien untuk mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain. Ada beberapa tindakan keperawatan yang tidak dilakukan meliputi: menjelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep diri positif pasien. Di karenakan tidak ada keluarga yang menjenguk klien



selama penulis melakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam pada pagi dan siang hari.

PPNI (2021) menyebutkan bahwa prosedur pengontrolan harga diri rendah antara lain:

- a. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis).
- b. Jelaskan tujuan dan langkah –langkah prosedur.
- c. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah.
- d. Identifikasi bentuk kegiatan berbasis seni.
- e. Identifikasi media seni yang akan digunakan (seperti gambar/foto [manusia, keluarga], jurnal foto, jurnal media, grafik [waktu, peta tubuh], artefak [topeng, patung]).
- f. Identifikasi tema karya seni.
- g. Identifikasi konsep diri melalui gambar manusia.
- h. Sediakan lingkungan tenang dan bebas distraksi.
- i. Sediakan alat perlengkapan seni sesuai tingkat perkembangan dan tujuan terapi.
- j. Anjurkan menggambar realistik atau artistik.
- k. Anjurkan mendeskripsikan proses dan hasil pembuatan karya seni.
- l. Anjurkan menggunakan lukisan atau gambar sebagai media menceritakan akibat stresor (seperti perceraian, pelecehan).
- m. Batasi waktu penyelesaian.
- n. Diskusikan makna karya seni yang dibuat, gabungkan penilaian pasien dengan literatur.
- o. Diskusikan kemajuan sesuai tingkat perkembangan.
- p. Hindari mendiskusikan makna karya seni sebelum selesai

dibuat.

- q. Catat interpretasi klien terhadap gambar atau ciptaan artistik.
  - r. Salin/dokumentasi karya seni untuk arsip, sesuai kebutuhan.
  - s. Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien.
1. Hasil Penelitian Mustofa, Fitri, & Hasanah (2022) hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan terapi menggambar pada kedua subjek dengan harga diri rendah kedua subjek sudah mengalami penurunan tanda gejala harga diri rendah.

## 5.1 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Kodim (2018).

Pelaksanaan tindakan pada klien 1 Tn. A dan klien 2 Tn. A dilakukan selama tiga hari. Pelaksanaan yang dilakukan pada klien 1 Tn. A dan klien 2 Tn. A yaitu memonitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri, memonitor tingkat harga diri disetiap saat, diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri, anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki,fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri, melatih pernyataan/kemampuan positif diri.melakukan terapi menggambar untuk membantu menurunkan harga diri rendah, ssat melakukan terapi menggambar pasien merasa senang dan mengatakan dirinya berguna setelah melakukan terapi menggambar.penjelasan ini didukung artikel Hasil Penelitian Mustofa, Fitri, & Hasanah (2022) hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan terapi menggambar pada kedua subjek dengan harga diri rendah kedua subjek sudah mengalami penurunan tanda gejala harga diri rendah.

Dalam implementasi ada beberapa asuhan keperawatan yang tidak dapat dilakukan pada klien seperti jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep diri positif pasien. Hal ini di karenakan tidak ada pengunjung atau keluarga yang menjenguk klien saat penulis melakukan proses asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam yang dilakukan pada pagi dan siang hari. Penulis hanya melakukan proses keperawatan pada pagi dan siang hari dikarenakan pada sore dan malam hari adalah waktu istirahat bagi pasien gangguan jiwa.

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa ada beberapa perbedaan antara teori implementasi dengan implementasi yang dilakukan penulis pada klien.

## **5.2 Evaluasi Keperawatan**

Menurut Kodim (2018), menyatakan evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi hasil (sumatif), evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidaknya.

Pada tahap evaluasi penulis melakukan penilaian dengan membandingkan respons klien dengan tujuan yang ditentukan dengan menggunakan SOAP (subjektif, objektif, penilaian dan perencanaan) yang di evaluasi pada siang hari di karenakan pada saat melakukan asuhan keperawatan 3 x 8 jam pada siang hari adalah waktu istirahat bagi pasien gangguan jiwa, sehingga implementasi dan evaluasi di lakukan pada pagi dan sore hari. Hasil evaluasi keperawatan yang berhasil dilakukan pada klien 1 Tn. A dan klien 2 Tn. A, klien mampu mengulang kembali apa yang telah di ajarkan oleh penulis. Berdasarkan data di atas dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan antara teori evaluasi dan evaluasi keperawatan yang di lakukan pada klien 1 Tn. A dan klien 2 Tn. A.

Evaluasi Tn.A terakhir dilakukan pada tanggal 13 juni 2023 dengan menganjur kepada pasien untuk melakukan kegiatannya sesuai jadwal

yang telah ditentukan, subjektif pasien mengatakan dirinya mampu menilai dirinya berguna setelah melakukan emampaun positif, pasien mengatakan saat dia melakukan cara terai menggambar membuatnya lebih yakin dan pede, objektif kontak mata meningkat, pasien tampak tidak melamun lagi dan banyak mengajak berbicara.

Evaluasi Tn.A terakhir dilakukan pada tanggal 15 juni 2023 dengan menganjur kepada pasien untuk melakukan kegiatannya sesuai jadwal yang telah ditentukan, subjektif pasien mengatakan mampu menilai dirinya berguna setelah melakukan kemampuan positif, klien mengatakan merasa sedikit tenang dan senang karena dengan membersihkan tempat tidur dan menggambar sesuai keinginan klien , klien juga mengatakan berpikiran klien tidak berguna hilang saat klien melakukan kemampuan menggambar sesuai keinginan klien dan merapikan tempat tidur sehingga membuat klien tenang dan senang.

