

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan studi kasus

Jenis studi kasus yang digunakan dalam penelitian adalah deskriptif. Metode penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara objektif. Notoatmojo (2010), penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan peningkatan harga diri rendah pada orang dengan gangguan jiwa di Rumah sakit jiwa provinsi sulawesi tenggara tahun 2022. (Wulolo, n.d.)

B. Waktu dan tempat studi kasus

Studi kasus ini akan dilakukan setelah ujian proposal, tempat studi kasus di rumah sakit jiwa provinsi sulawesi tenggara.

C. Subjek studi kasus

Subjek studi kasus ini adalah seorang klien harga diri rendah kronik pada orang dengan gangguan jiwa yang berada di rumah sakit jiwa provinsi Sulawesi Tenggara.

D. Fokus Studi Kasus

1. Asuhan Keperawatan pada klien dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah kronik dalam pemenuhan kebutuhan psikososial
2. Memberikan intervensi terhadap peningkatan harga diri pasien dengan yang mengalami harga diri rendah kronik

E. Definisi operasional

- a. Harga diri rendah kronik adalah suatu kondisi dimana seorang menilai dirinya atau kemampuan dirinya negatif serta hilangnya rasa percaya diri selalu mengkritik diri sendiri dan menganggap dirinya tidak berharga dan rendah diri yang berkepanjangan dalam suatu kehidupannya yang dapat di ukur menggunakan metode wawancara dan lembar observasi.
- b. Pemenuhan kebutuhan psikososial adalah keadaan dimana klien mengalami gangguan jiwa yang di tandai dengan mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis, penurunan produktivitas dan penolakan terhadap kemampuan diri.
- c. Asuhan keperawatan adalah asuhan yang diberikan pada klien harga diri rendah kronik dengan tahap dimulai dari pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi tindakan keperawatan, sampai evaluasi keperawatan.
 - 1) Pengkajian adalah pengumpulan data secara langsung (wawancara dan & observasi) maupun tidak langsung (Rekam medik). Dalam studi kasus ini peneliti menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa.
 - 2) Diagnose keperawatan adalah penilaian tetntang respon individu sebagai dasar dalam memeilih intervensi yang akan dilakukan. Peneliti mengambil diagnosa actual yaitu harga diri rendah kronik.
 - 3) Intervensi keperawatan adalah strategi untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah harga diri rendah kronik.

Dalam studi kasus ini peneliti menyusun intervensi keperawatan selama 5x24 jam, dengan SLKI : Harga diri diharapkan meningkat dengan kriteria hasil :

	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Penilaian diri positif	1	2	3	4	5
Perasaan memiliki kemampuan atau kelebihan positif	1	2	3	4	5
Minat mencoba hal baru	1	2	3	4	5
Perasaan malu	1	2	3	4	5
Perasaan bersalah	1	2	3	4	5
Perasaan tidak mampu melakukan apapun	1	2	3	4	5

SIKI : Promosi Harga Diri

Tindakan :

Observasi

- a) Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri.

Terapeutik

- a) Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri.
- b) Motivasi menerima tantangan atau hal baru.
- c) Diskusikan persepsi negatif diri
- d) Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah

- e) Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan.
- f) Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri

Edukasi

- a) Anjurkan membuka diri terhadap kritik negative
 - b) Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki.
 - c) Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif.
 - d) Anjurkan mengevaluasi perilaku.
 - e) Latih pernyataan/ kemampuan positif diri
 - f) Latih cara berfikir dan berperilaku positif.
 - g) Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi.
- 4) Implementasi, merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Bentuk-bentuk implementasi keperawatan antara lain:
- a) Pengajaran atau pendidikan kesehatan pada pasien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan

- b) Konseling klien untuk memutuskan kesehatan klien
- c) Bentuk penatalaksanaan secara spesifik atau tindakan untuk memecahkan masalah kesehatan
- d) Membantu klien dalam melakukan aktivitas sendiri
- e) Konsultasi atau diskusi dengan tenaga kesehatan lainnya.

(Mufidaturrohmah, 2017)

- 5) Evaluasi, perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui perawatan yang diberikan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif adalah hasil dari umpan balik selama proses keperawatan berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah proses keperawatan selesai dilaksanakan dan memperoleh informasi efektifitas pengambilan keputusan (Mufidaturrohmah, 2017).

F. Pengumpulan data

1. Data primer dan data sekunder

a. Data primer

Data yang diperoleh langsung dari subjek penelitian. Data primer ini diperoleh melalui wawancara. Wawancara adalah metode yang di gunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari seorang responden atau sasaran peneliti, atau bercakap-cakap dan berhadapan muka dengan orang tersebut.

b. Data sekunder

Data pasien harga diri rendah yang diperoleh dari rekam medik/dokumen pasien di rumah sakit jiwa provinsi sulawesi tenggara.

Adapun prosedur pengumpulan data yaitu:

1) Persiapan

- a) Mengajukan ijin pengambilan data awal di ruang rawat inap di rumah sakit jiwa provinsi sulawesi tenggara
- b) Memberikan surat ijin penelitian ke rumah sakit jiwa provinsi sulawesi tenggara untuk mendapat persetujuan melakukan studi kasus
- c) Menentukan responden yaitu klien sebagai subjek penelitian sesuai kriteria inklusi
- d) Memberikan penjelasan kepada responden tentang maksud, tujuan, dan waktu yang dibutuhkan dalam melakukan penelitian studi kasus ini
- e) Memberikan informed consent (lembar persetujuan) kepada responden
- f) Melakukan swab antigen lalu diberikan kepada pihak rumah sakit jiwa provinsi sulawesi tenggara

2) Pelaksanaan

- a) Peneliti dan subjek studi kasus menyiapkan tempat unruk melakukan studi kasus
- b) Peneliti menjelaskan prosedur studi kasus kepada responden
- c) Menciptakan suasana yang akrab dengan subjek penelitian

d) Peneliti melakukan wawancara dan observasi sesuai dengan waktu yang telah disepakati bersama subjek studi kasus

e) Pelaksanaan studi kasus ini dilakukan setiap hari

3) Evaluasi

Peneliti melakukan pengolahan dengan data yang sudah didapat.

G. Penyajian data

Data yang akan digunakan pada studi kasus ini yakni secara tekstural atau narasi, disertai dengan penelitian studi kasus dan respon dari subjek studi kasus yang merupakan data pendukung dari penelitian.

E. Etika Penelitian

Penelitian ini telah diajukan kepada tim program proposal penelitian poltekkes kemenkes kendari jurusan keperawatan, adapun etika yang harus ditaati oleh peneliti dalam melaksanakan studi kasus yakni:

- 1) Melakukan pengkajian hingga evaluasi dengan sebenar-benarnya yang berlandaskan teori yang telah dijabarkan pada tinjauan teori.
- 2) Peneliti harus menggunakan komunikasi terapeutik dalam melaksanakan setiap tindakan keperawatan.
- 3) Peneliti tetap menjaga privasi subjek peneliti.
- 4) Peneliti harus tetap memperhatikan dan mempertimbangkan hal-hal yang dapat membahayakan subjek peneliti.
- 5) Peneliti harus bersikap jujur dalam penelitiannya.

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Hasil studi kasus ini menjelaskan tentang ringkasan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien gangguan harga diri rendah kronik yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara yang dimulai tanggal 13 juli s/d 15 juni 2022. Penerapan asuhan keperawatan yang telah peneliti lakukan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, merumuskan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan.

6. Pengkajian

a. Identitas

Nama	: Tn. H
Umur	: 27 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Alamat	: muna
Suku/Bangsa	: muna/Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: tidak ada
Tanggal masuk	: 5 januari 2022
Tanggal Pengkajian	: 13 Juli 2022
Diagnosa Medis	: Skizofrenia
No.RM	: 06.81.95

b. Alasan Masuk

1) Data pada saat masuk Rumah Sakit

Klien masuk Rumah Sakit jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara pada tanggal 5 Januari 2022 melalui IGD karena klien sering menyendiri dan dan berdiam diri didalam ruangan serta tidak mau berinteraksi dengan orang lain.

2) Data pada saat dikaji pada tanggal 13 Juli 2022 di rumah sakit jiwa provinsi Sulawesi Tenggara

klien mengatakan malu dengan penyakitnya dan merasa dirinya tidak berguna .

Masalah Keperawatan: Harga diri rendah kronik

c. Faktor predisposisi

1. Pernah mengalami gangguan jiwa masa lalu?

Klien mengatakan tidak pernah

2. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Klien mengatakan tidak ada

3. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan?

Klien mengatakan tidak ada

d. Pemeriksaan Fisik

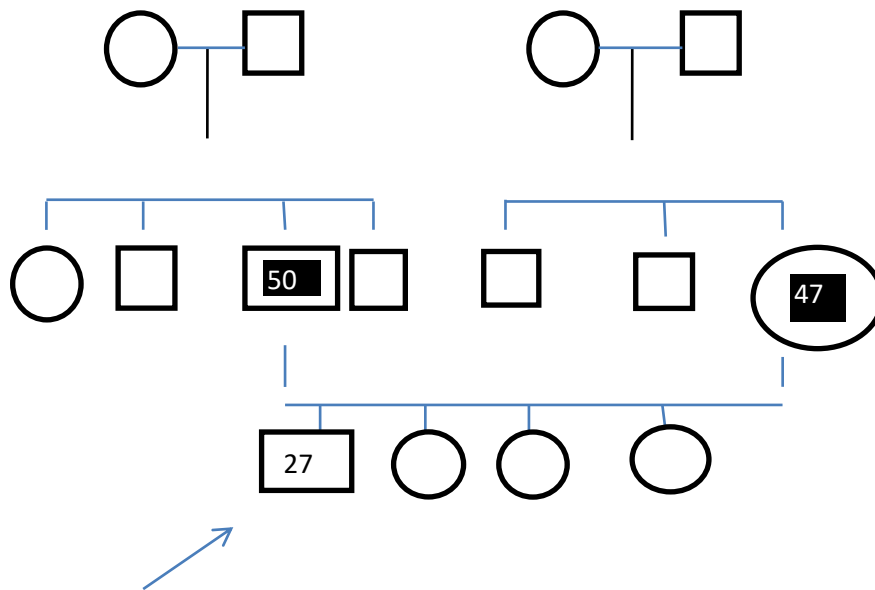
1. Tanda Vital: TD: 120/80 mmHg, N: 85x/m, S: 36° , P: 20x/m

2. Ukur : TB: 165 cm BB: 51 Kg

3. Keluhan fisik : tidak ada

e. Keluarga

Genogram (Tiga Generasi)



Penjelasan Gambar Genogram : Klien merupakan anak ke 1 dari 4 bersaudara dan mengatakan dirinya belum menikah. Klien mengatakan tinggal bersama orang tuanya.

f. Psikososial

1. Konsep diri

Pengkajian konsep diri klien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki berusia 27 tahun, klien mengatakan sangat mencintai ibu dan keluarganya, klien berperan sebagai anak dalam

keluarganya,serta klien ingin cepat sembuh dari penyakitnya dan ingin cepat pulang karena rindu pada keluarganya.

2. Hubungan sosial

Klien mengatakan orang yang paling berarti adalah keluarganya dan klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok sehingga klien jarang berhubungan dengan orang lain kecuali keluarganya.

3. Spiritual

klien mengatakan beragama islam tetapi tidak pernah melaksanakan sholat

g. Status mental

1. Penampilan

Saat dilakukan pengkajian klien berpakaian kurang baik, kuku pendek tetapai kotor dan sedikit berbau.

2. Pembicaraan

Pada saat wawancara klien hanya terdiam dan menjawab ketika ditanya saja,dan tidak mampu memulai pembicaraan,dan pembicaraan pasien lambat,serta kontak mata kurang.

3. Aktivitas Motorik

Klien tampak menyendiri ditempat tidurnya dengan keadaan lesu.

4. Alam Perasaan

Klien mengatakan perasaannya sedih karena jauh dengan orang tua dan keluarganya.

5. Afek

Pada saat dilakukan wawancara afek muka pasien nampak datar

6. Interaksi selama wawancara

Selama proses interaksi klien menjawab pertanyaan dengan suara yang pelan dan ragu-ragu

7. Persepsi

Klien mengatakan tidak ada mendengar atau melihat bayangan atau suara yang tidak nyata

8. Proses Pikir

Ketika klien dilakukan wawancara klien menjawab dengan berbelit-belit (sirkumtamsial) tapi bisa sampai tujuan pembicaraan dan selalu mengulang pembicaraan

9. Isi Pikir

Klien terus bertanya-tanya kapan ia akan pulang.

10. Waham

Klien tidak mempunyai waham

11. Tingkat kesadaran

Klien tidak mengetahui orang yang ada di satu ruangnya dan bingung pada saat dilakukan pengkajian awal.

12. Memori

Pengkajian memori, klien mengatakan tidak mampu menceritakan tentang pengalaman-pengalaman masa lalunya dan klien tidak mampu mengingat nama perawatnya pada saat ditanya.

13. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien tidak mampu berkonsentrasi pada saat wawancara dan pada saat berhitung pasien nampak kebingungan.

14. Kemampuan penilaian

Klien dapat memilih dan mengambil keputusan yang sederhana ketika diberikan sedikit bantuan misalnya, klien mampu memilih untuk makan atau minum terdahulu.

15. Daya tilik diri

Klien kurang menyadari apa yang terjadi pada dirinya tetapi klien juga tidak pernah menyalahkan orang lain atas penyakit yang ia derita

h. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Klien makan 2 kali sehari dengan nasi, lauk pauk dan sayuran.

2) BAB/BAK

Klien BAB \pm 2 \times sehari dan BAK \pm 6 \times sehari. BAB dan BAK selalu disiram sampai bersih

3) Mandi

Klien mandi 2x sehari dan harus disuruh petugas, dan jarang menggosok gigi

4) Berpakaian/berhias

klien mengatakan berpakaian sendiri tanpa bantuan orang lain

5) Istirahat dan tidur

Klien mengatakan tidur nyenyak dimalam hari dan jarang tidur siang hari

6) Penggunaan obat

klien mengatakan minum obat 2 kali sehari sehabis makan

7) Pemeliharaan kesehatan

klien mengatakan akan selalu minum obat agar cepat sembuh

8) Kegiatan di dalam rumah

Klien mandiri dalam melakukan kegiatan didalam rumah walaupun harus dipantau oleh keluarganya

9) Kegiatan diluar rumah

Klien mengatakan tidak ada

10) Mekanisme koping

a. Koping adaptif

Klien mampu berbicara dengan orang lain ketika ia diajak berbicara.

b. Koping maladaptive

klien hanya suka berdiam diri didalam kamarnya dan tidur.

i. Masalah psikososial dan lingkungan

1) Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan didukung oleh teman-teman kelompoknya, hanya saja kelompok memiliki penilaian yang berbeda-beda.

2) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam lingkungannya karena dia tidak pernah berbuat atau melakukan kesalahan atau meresahkan masyarakat dan teman lingkungannya.

3) Masalah dengan pendidikan

Klien menamatkan pendidikan sma

4) Masalah dengan perumahan

Klien tinggal bersama keluarganya

5) Masalah ekonomi

Klien mengatakan ia tidak bekerja

6) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pelayanan kesehatan.

j. Pengetahuan kurang tentang:

1. Pengetahuan

Klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya tetapi dia berharap dapat sembuh dari proses pengobatannya .

2. Aspek Medik

Diagnosa Medik: Skizofrenia

Terapi Medik : Risperidone 2 mg dengan dosis pemberian 2 x 1 hari

Trihexyphenidyl 2 mg dengan dosis pemberian 1
x 1 hari

Diazepam 25 mg dengan dosis pemberian 1 x 1
hari

k. Daftar Masalah

1). Harga diri rendah kronik

l. Daftar diagnosa keperawatan

1). harga diri rendah kronik

2). Defisit perawatan diri

2. Klasifikasi data

DS	DO
<ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan malu dengan penyakitnya- Klien menganggap dirinya tidak berguna- Menolak perawatan diri	<ul style="list-style-type: none">- Selama proses interaksi klien menjawab pertanyaan dengan suara yang pelan serta kontak mata yang kurang- Klien Nampak sering menyendiri- Klien Nampak lesuh tidak bergairah- Klien Nampak sering menunduk di kamar nya- Tidak mampu mandi/menggunakan

	<p>pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri</p> <ul style="list-style-type: none">- Minat melakukan perawatan diri kurang
--	---

3. Analisa Data

Analisa data yang dilakukan dengan cara mengklasifikasikan data pengkajian yaitu data subyektif dan data obyektif kemudian dianalisis data yang mendukung untuk ditegaskan masalah harga diri rendah kronik dan defisit perawatan diri.

NO	Data	Masalah Keperawatan
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan malu dengan penyakitnya- Klien menganggap dirinya tidak berguna <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Selama proses interaksi klien menjawab pertanyaan dengan suara yang pelan serta kontak mata yang kurang- Klien nampak selalu menyendiri dan menganggap dirinya tidak berguna	Harga Diri Rendah kronik

2.	<ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak lesu tidak bergairah - Klien nampak sering menunduk dikamarnya <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menolak perawatan diri <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang 	Defisit perawatan diri
----	---	------------------------

4. Diagnosa Keperawatan

- Diagnosa yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah harga diri rendah kronik dengan Data Subyektif : Klien malu dengan penyakitnya, klien merasa dirinya tidak berguna dan Data Obyektif : nampak klien lesu dan tidak bergairah, nampak klien menyendiri dikamarnya dan nampak klien sering menunduk dikamarnya kemudian diagnosa ke dua defisit perawatan diri dengan Data Subyektif : menolak perawatan diri dan Data Obyektif : Tidak

mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri,
minat melakukan perawatan diri kurang.

5. Intervensi Keperawatan

Nama pasien : Tn.H

Ruang perawatan : Matahari

No.RM : 06.81.95

Diagnosa Medik : Skizofrenia

Tabel 4.2 : intervensi keperawatan

DiagnosaKeperawatan	Luaran	Intervensi
Harga Diri Rendah berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka HargaDiri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Penilaian diri positif dari menurun menjadi meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif dari menurun menjadi meningkat	Promosi HargaDiri Observasi - Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri - Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri

	<p>3. Minat mencoba hal baru dari menurun menjadi meningkat</p> <p>4. perasaan malu dari menurun menjadi meningkat</p>	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi menerima tantangan atau hal baru - Diskusi kan persepsi negatif diri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih cara berfikir dan berperilaku positif
<p>Defisit perawatan diri</p>	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah defisit perawatan diri dapat di atasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi pasien meningkat 2. Kemampuan mengenakan 	<p>Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia

	<p>pakean meningkat</p> <p>3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</p> <p>4. Kemampuan mempertahankan kebersihan meningkat</p> <p>5. Minat melakukan perawatan diri dari menurun menjadi meningkat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berhias,dan makan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks,privasi) - Siapkan keperluan pribadi (mis parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) - Damping dalam melakukan perawatan
--	---	--

		<p>dirisampai</p> <p>mandiri</p> <ul style="list-style-type: none">- Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan- Fasilitas kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
--	--	---

6. Implementasi keperawatan

➤ Hari pertama

Tabel: Implementasi dan Evaluasi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tgl Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Harga diri rendah kronik	Senin/11 juli 2022 10:00	<p>a. mengidentifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri</p> <p>Hasil: Klien mampu menyebutkan agama, jenis kelamin dan usianya</p> <p>b. memonitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</p> <p>Hasil: Klien Nampak terdiam</p> <p>c. memotivasi menerima tantangan atau hal baru</p> <p>Hasil: Klien dapat menerima arahan yang diberikan</p>	<p>S : Klien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan orang lain</p> <p>O : Kontak mata kurang</p> <p>A : Masalah</p>

			<p>d. Diskusikan persepsi negatife diri</p> <p>Hasil: : Klien mengatakan tidak mau berinteraksi karna malu</p> <p>e. Melatih cara berfikir dan berperilaku positif</p> <p>Hasil: Klien sering menunduk dan kontak mata pasien kurang</p>	<p>Belum Teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p>
2	Defisit perawatan diri	Rabu/ 13 juli 2022 10:00	<p>a. mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>b. memonitor tingkat kemandirian</p> <p>c. mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berhias,dan makan</p> <p>d. menyediakan lingkungan</p>	<p>S: klien menolak perawatan diri</p> <p>O: klien tidak mampu membersihkan diri</p>

			<p>yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks,privasi)</p> <p>e. menyiapkan keperluan pribadi (mis parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>f. mendampingi dalam melakukan perawatan dirisampai mandiri</p> <p>g. memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>h. memfasilitasi kemandirian,bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>i. menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	<p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p>
--	--	--	--	--

➤ Hari kedua

No	Diagnosa keperawatan	Hari /tglJam	Implementasi	Evaluasi
2	Harga diri rendah kronik	Selasa/12 juli 2022 11:00	<p>a. mengidentifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri</p> <p>Hasil: Klien mampu menyebutkan agama, jenis kelamin dan usianya</p> <p>b. memonitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</p> <p>Hasil: Klien Nampak terdiam</p> <p>c. memotivasi menerima tantangan atau hal baru</p> <p>Hasil: Klien dapat berinteraksi dengan teman satu ruangan</p>	<p>S : Klien mengatakansudah mauberinteraksi walaupun harus dibimbing oleh perawat</p> <p>O : klien nampak lesu dan kontak mata kurang</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>

			<p>d. Diskusikan persepsi negative diri</p> <p>Hasil: : Klien mulai melakukan interaksi dengan pasien lain</p> <p>e. Melatih cara berfikir dan berperilaku positif</p> <p>Hasil: Klien mulai kooperatif</p>	<p>P : intervensi dil anjutkan</p>
2	Defisit perawatan diri	Kamis /14 juli 2022 11:00	<p>a. mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>b. memonitor tingkat kemandirian</p> <p>c. mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berhias,dan makan</p> <p>d. menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks,privasi)</p>	<p>S: klien masih menolak perawatan diri</p> <p>O: klien masih belum mampu membersihkan diri</p>

			<p>e. menyiapkan keperluan pribadi (mis parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>f. mendampingi dalam melakukan perawatan dirisampai mandiri</p> <p>g. memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>h. memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>i. menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	<p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p>
--	--	--	--	--

➤ Hari ketiga

N	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
o	keperawatan			

1	Harga diri rendah kronik	Rabu / 13 juli 2022 13:00	<p>a. mengidentifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri</p> <p>Hasil: Klien mampu menyebutkan agama, jenis kelamin dan usianya</p> <p>b. memonitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</p> <p>Hasil: Klien mulai bisa menerima bahwa dirinya sedang sakit saat ini</p> <p>c. memotivasi menerima tantangan atau hal baru</p> <p>Hasil: Klien sudah bisa berinteraksi dengan orang lain walaupun perlu bimbingan perawat</p>	<p>S : Klien mengatakansudahmauberinteraksidengan orang lain</p> <p>O : klien nampak sudah bisa berbicara dengan orang lain walaupun masih ragu-ragu</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
---	--------------------------	------------------------------	---	---

			<p>d. Diskusikan persepsi negative diri</p> <p>Hasil: : Klien mulai melakukan interaksi dengan pasien lain walaupun perlu bantuan perawat</p> <p>e. Melatih cara berfikir dan berperilaku positif</p> <p>Hasil: Klien mulai kooperatif</p>	
2	Defisit perawatan diri	Jumat/15 Juli 2022 13:00	<p>a. mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>b. memonitor tingkat kemandirian</p> <p>c. mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berhias,dan makan</p> <p>d. menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat,</p>	<p>S: klien masih menolak perawatan diri</p> <p>O: klien masih belum mampu membersihkan diri</p>

			<p>rileks,privasi)</p> <p>e. menyiapkan keperluan pribadi (mis parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>f. mendampingi dalam melakukan perawatan dirisampai mandiri</p> <p>g. memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>h. memfasilitasi kemandirian,bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>i. menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	<p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p>
--	--	--	--	--

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan pada pasien Tn. H dengan masalah Harga Diri Rendah kronik dan defisit perawatan diri yang dilakukan sejak tanggal 13 juli 2022 s/d 15 juli 2022 di ruangan Matahari Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara.

1. pengkajian keperawatan

a. Keluhan saat di kaji

Penelitian yang dilakukan pada Tn. H data yang ditemukan saat pengkajian klien mengatakan tidak mau berinteraksi dikarenakan malu dan klien mengatakan malu dengan penyakitnya, Klien nampak menyendiri dan menganggap dirinya tidak berguna dan minat perawatan dirinya kurang.

Menurut (fitri wijayati 2020). Harga diri rendah di gambarkan sebagai perasaan negatif terhadap diri sendiri termasuk hilangnya rasa percaya diri dan harga diri. Harga diri rendah dapat terjadi secara situasional atau kronis. Harga diri rendah kronis adalah evaluasi diri atau perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif dan di pertahankan dalam waktu yang lama. Harga diri rendah merupakan perasaan over negatif terhadap diri sendiri, hilangnya kepercayaan diri dan gagal mencapai tujuan yang di ekspresikan secara langsung maupun secara tidak langsung melalui tingkat kecemasan yang sedang sampai berat.

Asumsi peneliti tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek yang di temukan dilapangan. Disini sudah didapatkan kesesuaian antara kasus dengan konsep teori bahwa tanda dan gejala yang muncul atau yang dialami oleh Tn S terdapat dalam teori.

b. Faktor Predisposisi

Penelitian yang dilakukan pada Tn. H didapatkan faktor predisposisi (sosial) yang memperberat terjadinya gangguan jiwa pada klien dimana tidak adanya dukungan keluarga serta lingkungan sekitar.

Hal ini sesuai dengan teori Hastuti dan Rohmat (2018) Mengatakan beberapa factor predisposisi (pendukung) terjadi gangguan skizofrenia yaitu Faktor Perkembangan. Kemampuan membina hubungan yang sehat tergantung dari pengalaman selama proses tumbuh kembang. Setiap tahap tumbuh kembang memiliki tugas yang harus dilalui individu dengan sukses, karena apabila tugas perkembangan ini tidak dapat dipenuhi akan menghambat masaperkembangan selanjutnya. Kurangnya stimulasi, kasih sayang, perhatian, dan kehangatan dari orang tua pengasuh akan memberikan rasa tidak aman yang dapat menghambat terbentuknya rasa tidak percaya

Asumsi peneliti tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus yang di temukan dilapangan . Kedua partisipan sama-sama memiliki faktor predisposisi. Hanya saja peneliti mengemukakan bahwa terdapat perbedaan faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa (Harga Diri Rendah). Penyebab

gangguan jiwa pada Tn. H yaitu faktor Internal(Individu), merupakan faktor yang memperberat gangguan jiwa pada klien terutama tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan Harga Diri rendah.

c. Hubungan sosial

Penelitian yang dilakukan pada Tn. H mengatakan orang terdekat pasien adalah keluarganya. Gangguan pola hubungan social pada Tn. H tersebut tidak sesuai dengan teori syafitri 2019. Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis atau kemampuan berfikir.

Asumsi peneliti menyatakan bahwa Tn. H tidak memiliki gangguan hubungan social dengan keluarganya.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan jiwa yang ditemukan pada Tn. H yaitu Harga Diri Rendah kronik dan defisit perawatan diri. Prioritas pertama diagnosa keperawatan jiwa peneliti yaitu harga diri rendah kronik kemudian diagnosa ke dua defisit perawatan diri pada Tn.H. Data yang memperkuat penulis mengangkat Harga Diri Rendah kronik dan diagnosa perawatan diri yaitu klien mengatakan merasa malu saat berinteraksi, selalu menyendiri, merasa dirinya tidak berguna dan menolak untuk membersihkan diri . Selama proses interaksi klien menjawab pertanyaan

dengan suara yang pelan serta kontak mata yang kurang. Pernyataan dan keadaan pasien sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Syafitri 2019.

Asumsi peneliti adalah tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek tentang tanda dan gejala pasien yang peneliti temukan di lapangan.

3. intervensi keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang di temukan pada Tn. H Yaitu Harga Diri Rendah kronik dan defisit perawatan diri. perawat membuat rencana keperawatan yang terstandar dengan membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap pasien. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk diagnosa prioritas pertama dengan Harga Diri rendah kronik dan yang ke dua defisit perawatan diri pada Tn.H yang di lakukan pada klien terdiri dari tujuh intervensi yaitu Bina hubungan saling percaya, Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri rendah kronik, Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berhias, dan makan. Motivikasi penerimaan tantangan atau hal baru, Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri rendah kronik, Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi. Penyusunan rencana keperawatan pada Tn. H sesuai dengan teoritis menurut menurut Dermawan (2013). Namun tetap disesuaikan kembali dengan kondisi pasien serta dievaluasi secara terus menerus sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai. Peneliti juga

mengikuti langkah-langkah perencanaan yang telah disusun mulai dari menentukan prioritas masalah sampai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam perencanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dalam memprioritaskan masalah dan perencanaan tindakan keperawatan.

Asumsi peneliti bahwa tidak terdapat perbedaan perencanaan tindakan keperawatan menggunakan strategi pelaksanaan sesuai dengan masalah yang dimiliki Tn H. Selalu memantau kondisi pasien serta dievaluasi secara terus menerus dapat mendukung keberhasilan perkembangan pasien sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn. H di sesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan. Hasil penelitian pada Tn. H dengan Harga Diri rendah kronik dan defisit perawatan diri , peneliti melakukan beberapa tindakan keperawatan di antaranya : pada hari senin, 13 juli 2022 dilaksanakan yang pertama yaitu membina hubungan saling percaya. Selanjutnya membuat dukungan yang berempati, pada hari selasa, 14 juli 2022 dilaksanakan yang yaitu indentifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia harga diri rendah, identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia, pada hari rabu 15 juli 2022 dilaksanakan motivasi penerimaan tantangan atau hal baru, monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berhias, dan makan, dan

di lakukan diskusi untuk pengalaman yang meningkatkan harga diri dan melatih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi dan rencana penyusunan keperawatan.

5. evaluasi keperawatan

kasus penulis melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan dilakukan dari tanggal 13 juli 2022 sampai 15 juli 2022. Evaluasi yang peneliti lakukan pada Tn. H adalah meliputi. Penilaian diri positif dari menurun menjadi meningkat, Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif dari menurun menjadi meningkat, Minat mencoba hal baru dari menurun menjadi negative, perasaan malu dari menurun menjadi meningkat, kemampuan mandi pasien dari menurun menjadi meningkat, kemampuan menggunakan pakean dari menurun menjadi meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) dari menurun menjadi meningkat, kemampuan mempertahankan kebersihan dariii menurun menjadi meningkat, minat melakukan perawatan diri dari menurun menjadi meningkat.