

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada BAB ini penulis akan menyajikan temuan dan rekomendasi asuhan keperawatan pada Ny. M dengan masalah keperawatan harga diri rendah kronis di Ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan pada 29 Januari 2024 hingga 02 Februari 2024.

#### **V.1 Kesimpulan**

##### **V.1.1 Pengkajian**

Prosedur asesmen dimulai pada tanggal 29 Januari 2024. Dengan menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa yang sudah ada, dimulai dari identitas klien hingga ke komponen aspek medis. Faktor pendukung penulis saat melakukan pengkajian pada klien yaitu lingkungan ruang melati yang memiliki tempat nyaman untuk berkomunikasi sehingga klien merasa lebih bebas dan terbuka untuk menceritakan pengalaman dan masalah yang dihadapi, suasana ruangan yang tenang terutama saat jam tidur karena tidak banyak distraksi dari klien lainnya, teknik komunikasi terapeutik yang digunakan sehingga bisa membina hubungan saling percaya pada klien, susunan format pengkajian yang mempermudah penulis dalam menulis data pengkajian, kepala ruangan serta perawat ruangan melati yang membantu membimbing dan memberikan informasi tentang klien kepada penulis.

Sedangkan faktor penghambat pada proses pengkajian dengan klien adalah adanya mahasiswa lain sehingga penulis sedikit kesulitan untuk menggali data lebih dalam karena klien mudah sekali terdistraksi dengan hal yang muncul di sekitarnya. Solusi yang penulis lakukan adalah menerapkan komunikasi terapeutik dengan menjalin kepercayaan dengan klien dan manajemen waktu dan kondisi di ruangan dengan baik sehingga klien dapat berkonsentrasi penuh pada proses pengkajian. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Arda dan Suprpto (2023) yang menyebutkan bahwa keterampilan komunikasi terapeutik yang baik dan efektif

dapat membantu perawat dalam mencapai tujuan memahami kebutuhan klien, memberi dukungan dan proses penyembuhan dengan terjalinnya hubungan saling percaya dengan klien sehingga klien merasa tenang dan nyaman menyampaikan permasalahan yang dialami lebih dalam lagi.

### **V.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Penulis merumuskan dua diagnosa keperawatan berdasarkan data subjektif dan objektif dari temuan pengkajian. Diagnosa keperawatan yang ditemukan berpedoman dengan buku SDKI tahun 2016. Diagnosa utama dan prioritasnya adalah Harga Diri Rendah Kronis yang termasuk dalam Kategori: Gangguan Psikologis. Subkategori: Integritas Ego. SDKI D.0086. Hal 192. Diagnosa kedua adalah Risiko Perilaku Kekerasan dengan Kategori: Lingkungan. Subkategori: Keamanan dan Perlindungan. SDKI D.0146, Hal 312.

Faktor pendukung yang meliputi data tentang klien, informasi kepala ruangan dan perawat di ruang perawatan, serta berdasarkan referensi buku SDKI 2016 yang memudahkan penulis dalam menentukan diagnosa keperawatan. Dalam menegakkan diagnosa keperawatan prioritas dan utama tentu dibutuhkan pengkajian serta data-data (*here and now*) yang mendalam dan mendukung ditegakkannya diagnosa tersebut, sehingga dapat disimpulkan tidak terdapat faktor penghambat dalam penegakkan diagnosa keperawatan..

### **V.1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang diterapkan pada Ny. M didasarkan pada diagnosa keperawatan prioritas yang telah disiapkan sebelumnya, yang meliputi Harga Diri Rendah Kronis dan Risiko Perilaku Kekerasan. Menurut buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (2018) tentang Diagnosis Harga Diri Rendah Kronis, penulis menerapkan intervensi Promosi Harga Diri dengan Kode I.09308 Halaman 364. Selanjutnya, pada diagnosis kedua, penulis menggunakan intervensi Pencegahan Perilaku Kekerasan dengan Kode I.14544 Halaman 284, dengan tindakan berupa observasi, terapeutik, edukasi, dan intervensi kolaboratif. Selain berpedoman pada buku SIKI, penulis juga menggunakan strategi

pelaksanaan untuk klien dengan masalah keperawatan seperti Harga Diri Rendah Kronis dan Risiko Perilaku Kekerasan.

Faktor pendukung yang meliputi ketersediannya referensi buku SIKI (2018) dan strategi pelaksanaan, sehingga memudahkan penulis dalam memberikan intervensi dalam asuhan keperawatan serta tidak ada hambatan dalam mempersiapkan intervensi keperawatan.

#### **V.1.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang diterapkan menyesuaikan dengan intervensi SIKI dan mengembangkan strategi pelaksanaan. Pelaksanaan keperawatan berlangsung pada hari Selasa, 30 Januari 2024 hingga Jumat, 02 Februari 2024.

Faktor pendukung adalah klien kooperatif mengikuti arahan penulis, sudah tersedianya alat dan bahan seperti pakaian dan bantal sehingga penulis dan klien tidak kesulitan dalam melakukan kegiatan yang sudah dijadwalkan seperti sholat, menggambar, menggambar dan menulis ekspresif, melipat pakaian. Klien ternyata sudah mengetahui teknik relaksasi napas dalam. Klien mengikuti kegiatan kelompok terjadwal dengan perawat ruangan. Kondisi ruangan yang luas, nyaman dan tempat yang memadai untuk melakukan komunikasi. Faktor penghambatnya awal-awal klien juga ragu menyebutkan kegiatan yang dapat dilakukan, konsentrasi klien mudah terganggu oleh hal sekitar, klien sempat ingin menangis karena sedih teringat saat menggambar bersama dengan komunitasnya, lalu keterbatasan sediaan peralatan untuk menggambar di ruangan. Oleh karena itu solusinya penulis perlu menanyakan lebih dalam pengalaman atau hal yang disukai oleh klien, mengondusifkan lingkungan dengan melatih klien ditempat yang lebih tenang agar klien tetap fokus, menyediakan peralatan untuk menggambar agar SPTK 2 dapat dilaksanakan dengan baik dan maksimal oleh klien. Selaras dengan penelitian Belsiyal et al. (2022) bahwa perawat memiliki peran penting dalam pengelolaan lingkungan terapeutik untuk memastikan bahwa kebutuhan dasar klien terpenuhi, memastikan keamanan, membantu klien mengembangkan hubungan saling percaya. Kurangnya lingkungan yang kondusif di lingkungan psikiatri dapat menimbulkan dampak buruk pada klien.

**Mutiara Mujahidah, 2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY. M DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI: HARGA DIRI RENDAH KRONIS DI RUANG MELATI RUMAH SAKIT JIWA Dr. SOEHARTO HEERDJAN JAKARTA.**

UPN "Veteran" Jakarta, Fakultas Ilmu Kesehatan, Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga  
[www.upnvj.ac.id - www.library.upnvj.ac.id - www.repository.upnvj.ac.id]

### **V.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui dan menganalisis tingkat perkembangan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. M. Evaluasi terhadap harga diri Ny. M didapatkan peningkatan, terlihat dari klien senang dan bersemangat selama pelaksanaan keperawatan berlangsung. Tampak wajah Ny. M tenang dan tersenyum, aktif melakukan kegiatan rutin di ruangan seperti terapi aktivitas kelompok, mampu menyebutkan aspek-aspek positif yang ia miliki sehingga perasaan tidak berharga dan tidak memiliki kelebihan sudah berkurang, perilaku setiap hari Ny. M juga asertif dan positif. Dapat disimpulkan bahwa Masalah keperawatan harga diri rendah teratasi.

Evaluasi terhadap perilaku kekerasan, yaitu klien mengetahui memanfaatkan minum obat adalah klien mengetahui manfaat serta cara mengontrol amarah jika perasaan kesal muncul menggunakan relaksasi napas dalam, pukul bantal, serta minum obat secara teratur sesuai arahan yang penulis berikan. Klien mengatakan ia lebih nyaman, rileks dan tidak melukai, menyakiti dan membuat takut orang lain saat marah. Klien tidak lagi menunjukkan tanda atau gejala perilaku kekerasan selama berada di rumah sakit. Dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan pada klien teratasi.

## **V.2 Saran**

### **V.2.1 Bagi Klien**

Bagi klien skizoafektif yang memiliki gangguan harga diri rendah kronis, asuhan keperawatan yang telah diberikan dapat menjadi modal dalam melaksanakan kegiatan yang sudah dilatih di RS secara mandiri dan terlibat dalam kegiatan positif yang bermanfaat seperti biasa di masyarakat.

### **V.2.2 Bagi Keluarga**

Diharapkan bahwa keluarga yang memiliki anggota keluarga gangguan skizoafektif dengan harga diri rendah kronis akan berusaha membina komunikasi positif antara anggota keluarga dan menahan diri untuk tidak memberikan stigma negatif pada klien. Dengan demikian, keluarga akan lebih mampu

mengidentifikasi tanda dan gejala klien, serta proses timbulnya masalah keperawatan, sehingga keluarga dapat berfungsi sebagai sumber coping yang berharga bagi klien. Selain itu, keluarga diharapkan mampu memberikan perawatan yang baik bagi klien di rumah untuk mencapai tujuan yang diinginkan dalam melakukan tugas- tugas asuhan keperawatan.

### **V.2.3 Bagi Pelayanan Kesehatan**

Dengan terus menerapkan asuhan keperawatan komprehensif dan efisien sesuai dengan protokol dan kondisi klien, layanan kesehatan dapat meningkatkan standar perawatan dan mempersiapkan klien untuk beraktivitas secara mandiri, baik di RS maupun di masyarakat.

### **V.2.4 Bagi Instansi Pendidikan**

Diharapkan referensi ini dapat dijadikan sumber tambahan dalam pengembangan pendidikan yang berkaitan dengan stase keperawatan jiwa.

### **V.2.5 Bagi Penulis**

Penulis harus mematuhi standar operasional prosedur peraturan yang berlaku pada saat melakukan penelitian di fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju. Dapat menerapkan teori yang telah dipelajari selama perkuliahan secara tepat, dan menumbuhkan kepercayaan klien dengan memanfaatkan prinsip komunikasi terapeutik, bersikap terbuka dan berempati, tidak menyudutkan klien, sertas secara konsisten memberikan umpan balik yang realistis atas keberhasilan klien agar klien merasa dihargai dan nyaman untuk bercerita terkait permasalahan yang sedang dihadapi.