

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Hasil Penelitian ini didiskripsikan dalam bentuk proses keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, analisa data, rencana tindakan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi keperawatan.

4.1.1 Pengkajian

1. Pasien Pertama (Ny. E – 34 tahun)

I. Identitas

Pasien pertama dengan inisial Ny. E berumur 34 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama Islam, sudah menikah, pendidikan terakhir S1, tidak bekerja, Ny. E masuk rumah sakit pada tanggal 27 Juni 2016 dan tanggal pengkajian pada 28 Juni 2016, informasi yang didapat melalui Ny. E, keluarga Ny. E, rekam medis dan petugas kesehatan. Sementara, pasien kedua dengan inisial Sdri. R usia 18 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama Islam, belum menikah, pendidikan terakhir SMA. Sdri. R masuk Rumah Sakit Jiwa Menur tanggal 27 Juni 2016 dan pengkajian tanggal 29 Juni 2016. Sumber informasi pasien berasal dari pasien, keluarga pasien, rekam medis, dan petugas kesehatan.

II. Alasan masuk

Sekitar dua hari yang lalu Ny. E berteriak – teriak di depan rumah dan di jalan – jalan kampung sekitar rumahnya, kemudian ibu pasien membawa Ny. E ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Sementara pasien kedua sejak lima bulan yang lalu Sdri. R sering dilaporkan kabur dari pondok pesantren saat malam hari. Kemudian empat bulan yang lalu pasien dibawa ke rumah. Di rumah pasien juga dilaporkan warga sering keluar malam dan kencing sembarang tempat. Parahnya satu bulan yang lalu pasien tidak mau bicara dengan ayahnya, pasien marah – marah, teriak kepada ayahnya dan membanting perabotan yang ada di rumah.

III. Keluhan Utama

Saat pengkajian Ny. E mengatakan malu karena pernah diceraikan suaminya dan ditinggal menikah lagi tanpa sepengetahuannya, Ny. E merasa tidak berguna sebagai perempuan. Sementara, Saat pengkajian Sdri. R mengatakan malu dengan dirinya dan merasa tidak berguna dikeluarga karena Sdri.R disekolahkan di pondok. Sdri. R merasa keluarganya tidak sayang lagi dengannya. Sdri. R juga mengatakan minder mau bergaul dengan temannya yang sering mengolok – oloknya.

IV. Faktor Predisposisi

1. Ny. E pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya dan dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur pada bulan Maret 2016 lalu diakrenakan pengobatan sebelumnya kurang efektif sebab menurut keterangan Ibu pasien, Ny. E tidak teratur dalam mengkonsumsi obat dan tidak mau untuk diajak kontrol ke rumah sakit. Sementara, Sdri. R tidak pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya.
2. Ny. E tidak pernah mengalami aniaya fisik maupun seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga atau tindakan criminal. Sementara, Sdri. R pernah mengalami penolakan saat berusia 17 tahun, saat itu ayahnya menikah lagi dan ibu tirinya tidak suka dengan Sdri. R sehingga Sdri. R merasa tidak diterima oleh keluarganya.

Masalah Keperawatan pada Ny. E : Regimen terapeutik tidak efektif. Sementara pada Sdri. R Koping keluarga inefektif.

3. Baik pada Ny. E dan Sdri. R tidak mempunyai anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan, Ny. E mengatakan yang membuat dirinya murung dan sedih sampai saat ini adalah Ny. E pernah ditinggal menikah lagi oleh suaminya tanpa sepengetahuannya dan membuat dirinya dicerai. Sementara, Sdri. R mengatakan masa lalu yang kurang menyenangkan adalah saat Sdri. R ditinggal ibu kandungnya meninggal sejak kelas 4 SD, Sdri. R merasa sangat

kehilangan dan sejak hal itu membuat Sdri. R sering merenung dan hanya bicara seperlunya.

**Masalah Keperawatan pada Ny. E : Respon pasca trauma.
Sementara pada Sdri. R : Duka cita.**

V. Fisik

Pasien pertama Ny. E

1. Tanda – tanda vital : Tekanan darah : 110/70 mmHg; Nadi : 88 kali per menit; Suhu : 36,5° C; Pernafasan : 18 kali per menit.
2. Ukur : Tinggi badan : 158 cm; Berat badan : 65 kg.
3. Keluhan fisik : Ny. E tidak mengalami keluhan fisik apapun.

Pasien kedua Sdri. R

1. Tanda – tanda vital : Tekanan darah : 110/80 mmHg; Nadi : 86 kali per menit; Suhu : 36,3°C; Pernafasan : 18 kali per menit.
2. Ukur : Tinggi badan : 160 cm; Berat badan : 56 kg.
3. Keluhan fisik : Ny. R tidak mengalami keluhan fisik apapun.

Masalah Keperawatan : Baik pada Ny. E maupun Sdri. E Tidak ada masalah keperawatan.

VI. Psikososial

1. Genogram

Ny. E anak kedua dari tiga bersaudara, Ny. E sudah menikah namun cerai dengan suaminya. Ny. E tinggal serumah dengan ibu kandung dan ayah tirinya, Ny. E belum mempunyai anak. Sementara, Sdri. R tinggal serumah dengan ayah dan ibu tirinya. Sdri. R mempunyai satu kakak perempuan dan satu kakak laki – laki.

Masalah Keperawatan : Baik pada Ny. E maupun Sdri. E Tidak ada masalah keperawatan.

2. Konsep diri

Gambaran diri : Ny. E mengatakan tubuhnya sempurna dan menyukai semua anggota tubuhnya. Sementara, Sdri. R mengatakan tubuhnya utuh dan Sdri. R menyukai semua bagian dari tubuhnya.

Identitas diri : Ny. E mengatakan sebagai perempuan berumur 34 tahun. Sementara, Sdri. R mengatakan dirinya bernama RM, umur 18 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SMA.

Peran : Ny. E sebagai janda, anak kedua di keluarganya, Ny. E tidak bekerja. Sementara pasien kedua, Sdri. R anak ketiga dari tiga bersaudara dan sebagai anak terakhir.

Ideal diri : Ny. E berharap saat sembuh nanti ingin menikah lagi dengan laki – laki yang baik. Sementara pada Sdri. R mengatakan ingin cepat pulang dan melanjutkan sekolah agar menjadi kebanggaan ayah.

Harga diri : Ny. E mengatakan malu dirinya pernah gagal dalam berumah tangga dan merasa tidak berguna sebagai perempuan. Sementara pada Sdri. R mengatakan malu dengan dirinya yang tidak dibutuhkan keluarga sehingga disekolahkan di pondok. Nn R mengatakan tidak berguna menjadi anak yang bisa dibanggakan orang tua.

Masalah Keperawatan baik pada Ny. E dan Sdri. R mengalami Gangguan konsep diri harga diri rendah.

3. Hubungan sosial

- a. Ny. E merasa orang yang berarti adalah ibunya, karena yang merawat Ny. E sejak kecil. Sementara pada Sdri. R orang yang berarti bagi adalah almarhum ibunya.
- b. Ny. E mengatakan peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat Ny. E sering berkumpul dengan teman – teman kuliahnya dulu sebelum sakit. Sementara pada Sdri. R jarang melakukan sosialisasi dengan teman sebaya, Sdri. R lebih senang di rumah, menonton TV dan tidur.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Ny. E mengatakan pribadi yang pendiam, malu berkumpul dengan teman kuliahnya lagi setelah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur. Sementara pada Sdri. R malu bergaul karena pernah dibully oleh teman – teman satu kamarnya saat masih di pondok.

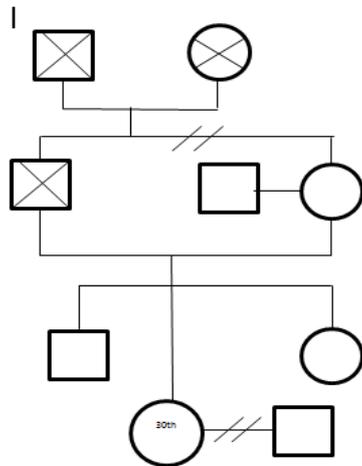
Masalah keperawatan : Baik pada Ny. E dan Sdri. R mengalami masalah keperawatan Isolasi sosial menarik diri.

4. Spiritual

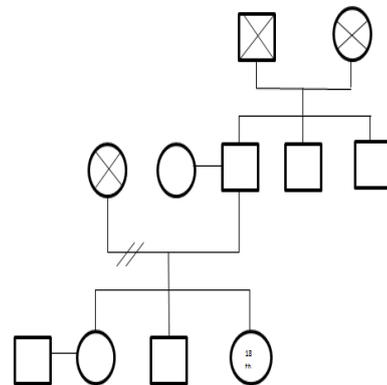
Ny. E beragama Islam, pernah mengikuti kajian, mempunyai guru ngaji yang sering dipanggil ke rumah. Selama di rumah sakit Ny. E tidak melakukan sholat karena merasa kotor. Sementara pada Sdri. R beragama Islam dan meyakini aturan yang ada di agamanya. Selama di rumah sakit Sdri. R mau belajar mengaji dan menghafal bacaan sholat.

Masalah keperawatan pada Ny. E : Distress spiritual. Sementara pada Sdri. R tidak ada masalah keperawatan.

d. Genogram



Gambar 4.1 Genogram Ny. E (30tahun)



Gambar 4.2 Genogram Sdri. R (18 tahun)

Keterangan :

□	Laki - laki
○	Perempuan
⊗	Meninggal
//	Cerai / Mati
○	Pasien
— — — —	Tinggal satu rumah

VII. Status Mental

1. Penampilan

Ny. E memakai baju dari rumah sakit, gigi kotor, rambut kotor dan kuku panjang. Sementara pada Sdri. R berpakaian menggunakan baju dari rumah sakit, rambut kotor, kuku panjang, mata penuh dengan kotoran.

Masalah Keperawatan : Baik pada Ny. E maupun Sdri. R tidak ada masalah keperawatan.

2. Pembicaraan

Ny. E tidak mampu memulai pembicaraan, bersuara lambat dan pelan, lebih sering menundukan kepala, hanya menjawab saat ditanya. Sementara pada Sdri. R tidak begitu menanggapi percakapan dengan perawat.

Masalah keperawatan : Baik pada Ny. E maupun Sdri. R mengalami gangguan komunikasi verbal.

3. Aktivitas motorik

Ny. E tidak bersemangat melakukan apapun, lebih banyak tidur di kamar jika tidak ada aktivitas dari rumah sakit seperti olah raga, makan, atau TAK. Sementara aktivitas motorik pada Sdri. R lesu ditunjukkan dengan Sdri. R tampak tidak bersemangat dan lebih banyak tidur.

Masalah keperawatan : Baik pada Ny. E maupun Sdri. R mengalami penurunan aktivitas motorik.

4. Alam perasaan

Ny. E mengatakan sedih dirinya diceraikan oleh suaminya dan ditinggal menikah lagi tanpa sepengetahuannya. Sementara pada Sdri. R mengatakan sedih dirinya yang tidak dibutuhkan keluarga sehingga disekolahkan di pondok dan tidak mampu menjadi harapan orang tua.

Masalah keperawatan : Baik pada Ny. E maupun Sdri. R mengalami Gangguan alam perasaan.

5. Afek

Afek pada Ny. E dan Sdri. R datar sebab saat diberi stimulus senang maupun sedih Ny. E menunjukkan ekspresi datar.

Masalah keperawatan : Baik pada Ny. E maupun Sdri. R mengalami Gangguan komunikasi verbal.

6. Interaksi selama wawancara

Kontak mata Ny. E kurang, lebih sering menunduk saat diajak bicara.

Sementara pada Sdri. R kontak mata kurang, lebih banyak menunduk dan terlihat mengusap air mata.

Masalah keperawatan : Baik pada Ny. E maupun Sdri. R mengalami Hambatan interaksi sosial.

7. Persepsi

Baik pada Ny. E dan Sdri. R tidak ditemukan halusinasi.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

8. Proses Pikir

Ny. E mengungkapkan apa yang dirasakan dengan jelas, tidak berbelit – belit, dan ada hubungan antar kalimat. Sementara pada Sdri. R tidak mampu menceritakan perasaan dengan jelas hanya mengatakan satu atau dua kata saja.

Masalah keperawatan pada Ny. E : Tidak ada masalah keperawatan. Sementara pada Sdri. R : Gangguan proses pikir.

9. Isi Pikir

Baik pada Ny. E dan Sdri. R tidak ditemukan waham maupun gangguan isi pikir.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

10. Tingkat kesadaran

Baik pada Ny. E dan Sdri. R sadar dengan orientasi baik dibuktikan dengan pasien mampu mengenali perawat serta mengetahui tempat dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

11. Memori

Baik pada Ny. E dan Sdri. R tidak mengalami gangguan daya ingat, mampu mengingat kejadian yang lalu, seperti riwayat masuk rumah sakit dan pengalaman masa lalunya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Baik pada Ny. E dan Sdri. R mampu menjumlahkan beberapa deratan angka yang diulang.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

13. Kemampuan penilaian

Ny. E mengalami gangguan ringan namun Ny. E mau diarahkan untuk menggali hal – hal positif diantaranya membaca buku, merapikan tempat tidur dan mencuci piring. Sementara pada Sdri. R juga mengalami gangguan ringan namun Sdri. R mau diarahkan untuk menggali hal – hal positif diantaranya belajar menggambar, merapikan tempat tidur, dan belajar mengaji.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

14. Daya tilik diri

Baik pada Ny. E dan Sdri. R menyadari bahwa sakitnya adalah ujian dari Tuhan bukan dari hal – hal yang di luar dirinya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

VIII. Kebutuhan pulang

1. Kemampuan Ny. E memenuhi / menyediakan kebutuhan

Selama di rumah sakit baik pada Ny. E maupun Sdri. R mampu memenuhi kebutuhannya seperti makan, ganti pakaian, mandi.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

2. Kegiatan hidup sehari – hari

a. Perawatan diri

Baik pada Ny. E maupun Sdri. R mampu melakukan mandi, BAB/BAK, berhias, makan dan ganti pakaian dengan bantuan minimal.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

b. Nutrisi

Ny. E makan 3 kali sehari dan memakan kudapan dari rumah sakit sebanyak 2 kali. Ny. E memakan habis porsi makan dengan lahap. Ny. E makan secara berkelompok di meja makan. Sementara pada Sdri. R makan 3 kali sehari dan memakan kudapan dari rumah sakit sebanyak 2 kali. Sdri. R memakan habis porsi makan dengan lahap.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

c. Tidur

Ny. E memulai tidur ketika mengantuk. Ny. E tidur malam mulai pukul 21.00 – 05.00 dengan kualitas nyenyak dan tidur siang selama kurang lebih 3 jam. Sementara pada Sdri. R memulai tidur ketika mengantuk. Ny. E tidur malam mulai pukul 21.00 – 05.00 dengan kualitas nyenyak dan tidur siang selama kurang lebih 3 jam.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3. Kemampuan pasien dalam :

Baik pada Ny. E maupun Sdri. R mampu mengantisipasi kebutuhannya sendiri. Membuat keputusan berdasarkan keinginannya. Namun keduanya masih perlu pengawasan dalam penggunaan obat dan kontrol rutin.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

4. Pasien memiliki sistem pendukung

Ny. E memiliki keluarga (ibu) yang selalu mendukung pasien dalam proses penyembuhan Ny. E. Sementara pada Sdri. R memiliki keluarga yang selalu mendukung pasien dalam proses penyembuhan Sdri. R.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

5. Apakah pasien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi.

Ny. E begitu menikmati saat dulu masih bekerja. Sementara pada Sdri. R begitu menikmati saat melakukan hobinya menggambar..

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

IX. Mekanisme coping

Saat ada masalah Ny. E mempunyai mekanisme koping berupa respon adaptif yaitu olah raga dan membaca namun respon maladaptifnya yaitu menyendiri. Sementara pada Sdri. E mempunyai mekanisme koping berupa respon adaptif yaitu dengan olah raga namun respon maladaptifnya yaitu menyendiri.

Masalah keperawatan : Koping individu inefektif.

- X. Masalah Psikososial dan Lingkungan
- a. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : baik pada Ny. E maupun Sdri R tidak memiliki masalah dengan kelompok di Rumah Sakit Jiwa Menur.
 - b. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : baik pada Ny. E maupun Sdri. R tidak memiliki masalah di lingkungan Rumah Sakit Jiwa Menur.
 - c. Masalah dengan pendidikan, spesifik : pendidikan terakhir Ny. E S1. Sementara pendidikan terakhir Sdri. R SMA di pondok pesantren.
 - d. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : baik pada Ny. E maupun Sdri. R tidak bekerja.
 - e. Masalah dengan perumahan, spesifik : Ny. E tinggal di rumah dengan ibu kandung dan ayah tirinya. Sementara pada Sdri. R tinggal di rumah dengan ayah kandungnya dan ibu tirinya.
 - f. Masalah dengan ekonomi, spesifik : Ny. E tidak bekerja sehingga menggantungkan kebutuhan sehari – harinya kepada ibunya. Sementara pada Sdri. R tidak bekerja dan masih dinafkahi oleh ayahnya.

- g. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : baik pada Ny. E maupun Sdri. R memerlukan pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kesehatannya secara rutin.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

XI. Pengetahuan kurang tentang

Baik pada Ny. E maupun Sdri. R kurang mengetahui tentang pengertian penyakit jiwa dan penggunaan obat – obatan.

Masalah keperawatan : Kurang pengetahuan tentang penyakit.

XII. Data Lain – lain

Pemeriksaan darah lengkap tanggal 27 Juni 2016

Nama pasien : Ny. E (34 tahun)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Leukosit	$7,3 * 10^3 / \mu\text{l}$	4,8 – 10,6
Eritrosit	$4,49 * 10^6 / \mu\text{l}$	4,2 – 10,6
Hemoglobin	13,2 g/dl	12 – 16
Hematokrit	38,5 %	37 – 52
Trombosit	$292 * 10^3 / \mu\text{l}$	150 – 450

Tabel 4.1 Pemeriksaan darah lengkap Ny. E

Pemeriksaan darah lengkap tanggal 27 Juni 2016

Nama pasien : Sdri. R (18 tahun)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Leukosit	$9,2 * 10^3 / \mu\text{l}$	4,8 – 10,6
Eritrosit	$4,86 * 10^6 / \mu\text{l}$	4,2 – 10,6
Hemoglobin	8,8 g/dl	12 – 16
Hematokrit	30,7 %	37 – 52
Trombosit	$476 * 10^3 / \mu\text{l}$	150 – 450

Tabel 4.2 Pemeriksaan darah lengkap Sdri. R

Terapi Makanan Tambahan pada pasien kedua : Berdasarkan pemeriksaan darah lengkap pada Sdri. R didapatkan nilai hasil haemoglobin dan hematokrit menurun serta nilai trombosit yang

meningkat, oleh karena itu pasien diberi terapi makanan tambahan antara lain :

Susu sapi segar 1 kali 200 ml

Telur ayam rebus 1 kali 1 butir.

XIII. Aspek Medik

Diagnosa medik Ny. E adalah F 20.3 Skizofrenia Tak Terinci. Sementara pada Sdri R adalah F 20.3 Skizofrenia Tak Terinci.

Terapi medik Ny. E : Clozapine 2 X 25 mg

Risperidone 2 X 3 mg

Trihexyphenidyl 2 X 2 mg

Terapi medik Sdri. R : Trifluoperazine 2 X 5 mg

Chlorpromazine 0 – 0 – 100 mg

Trihexyphenidyl 2 X 2 mg

XIV. Daftar Masalah Keperawatan

Pada Ny. E ditemukan daftar masalah keperawatan :

1. Gangguan konsep diri harga diri rendah.
2. Regimen terapeutik tidak efektif.
3. Distress Spiritual
4. Respon pasca trauma.
5. Gangguan komunikasi verbal.
6. Isolasi sosial menarik diri.
7. Gangguan alam perasaan.
8. Penurunan aktivitas motorik.
9. Koping individu tidak efektif.

Pada Sdri. R ditemukan daftar masalah keperawatan :

1. Gangguan konsep diri harga diri rendah.
2. Koping keluarga inefektif
3. Duka cita.
4. Hambatan komunikasi verbal.
5. Gangguan alam perasaan.
6. Penurunan aktivitas motorik.
7. Isolasi sosial menarik diri.
8. Hambatan interaksi sosial.
9. Koping individu inefektif.

XV. Diagnosis Keperawatan : Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah

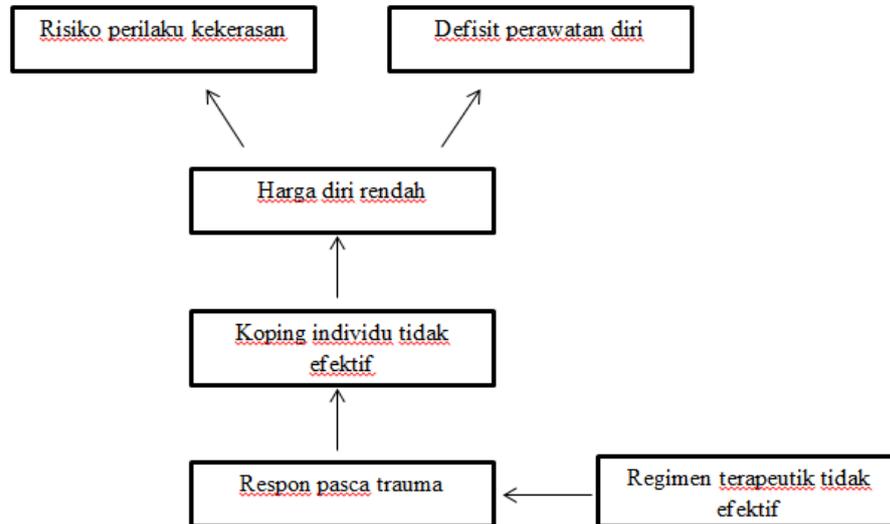
4.1.2 Analisa Data

Tanggal	Pasien Pertama		Pasien Kedua	
	Data	Masalah	Data	Masalah
28 Juni 2016	<p>Data Subjektif : Ny. E mengatakan malu pernah dicerai suaminya, merasa tidak berguna sebagai istri.</p> <p>Data Objektif : Perasaan tidak mampu Lebih banyak menunduk Kontak mata kurang Bicara dengan nada pelan Produktivitas menurun dibuktikan dengan pasien hanya mengikuti jadwal kegiatan yang ada di rumah sakit. Kurang memperhatikan penampilan</p>	<p>Harga Diri Rendah</p>	<p>Data Subjektif : Sdri. R mengatakan malu dengan dirinya yang tidak dibutuhkan keluarganya dan gagal menjadi kebanggaan orang tua.</p> <p>Data objektif : Perasaan tidak mampu Lebih banyak menunduk Tidak mau menatap lawan bicara Kontak mata tidak ada Pasien bicara dengan suara pelan Tidak mampu memulai percakapan Kurang memperhatikan penampilan Produktivitas menurun dibuktikan dengan pasien hanya mengikuti jadwal kegiatan yang ada di rumah sakit.</p>	<p>Harga Diri Rendah</p>

Tabel 4.3 Tabel Analisa Data Pasien

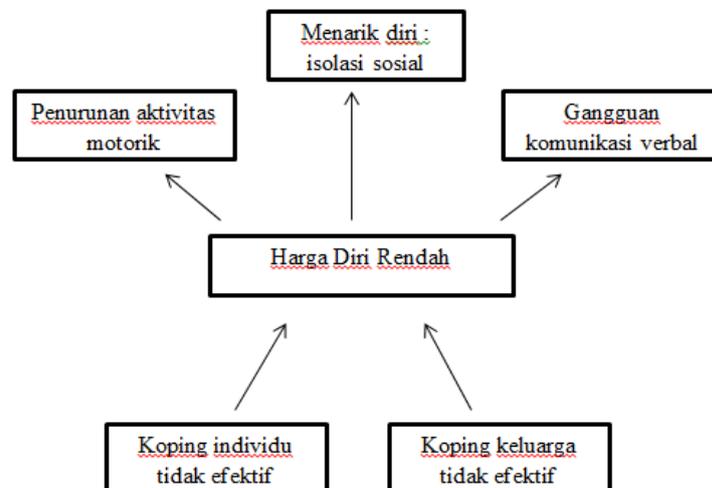
4.1.3 Pohon Masalah

1. Pasien Pertama



Gambar 4.3 Pohon Masalah Ny. E (30 tahun)

2. Pasien Kedua



Gambar 4.4 Pohon Masalah Sdri. R (18 tahun)

Keterangan : Pada kedua pasien dalam studi kasus ini mengalami masalah utama atau *core problem* Harga Diri Rendah namun pada hasil pengkajian didapatkan faktor penyebab yang berbeda. Pada pasien pertama regimen terapeutik yang tidak efektif ditambah pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan membuat koping individu pasien tidak efektif. Sementara pada pasien kedua ketidak tuntasannya memberikan kasih sayang serta komunikasi di keluarga yang tidak efektif membuat koping individu pasien tidak efektif dan merasa tidak berguna.

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Strategi Pelaksanaan Pasien

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
Gangguan konsep diri harga diri rendah	Pasien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau berjabat tangan, mau menceritakan perasaannya, adanya kontak mata dengan perawat.	1.1 Sapa pasien dengan ramah. 1.2 Tanyakan nama lengkap dan panggilan yang disukai. 1.3 Tunjukkan sikap empati dan terima pasien apa adanya. 1.4 Berikan perhatian dan kebutuhan dasar pasien.	Hubungan saling percaya akan memudahkan tindakan keperawatan.
	SP 1P			
	1. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan pasien mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien, mampu mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki pasien	1.1 Diskusikan bahwa pasien masih memiliki kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan rumah. 1.2 Beri pujian yang realistis dan hindari penilaian negatif setiap bertemu pasien.	Aspek positif penting untuk meningkatkan rasa percaya diri dan harga diri.

		.		
	2. Pasien dapat menilai kemampuan yang masih dapat dilakukan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan pasien dapat menilai kemampuan yang masih dapat dilakukan.	2.1 Diskusi kan dengan pasien kemampuan yang masih dapat dilakukan saat ini. 2.2 Bantu pasien menyebutkan dan beri penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.	Menunjukkan potensi yang dimiliki pasien agar mengubah dirinya lebih berharga dengan cara konstruktif.
	3. Pasien dapat menentukan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan pasien mampu menentukan kemampuan yang akan dilatih.	3.1 Diskusikan dengan pasien beberapa aktivitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan dilakukan sehari – hari. 3.2 Bantu pasien menetapkan kegiatan yang bisa dilakukan secara mandiri, yang butuh bantuan minimal dan bantuan penuh. 3.3 Beri contoh pelaksanaan yang dapat dilakukan pasien.	Menghindari adanya perubahan peran serta mencari alternative koping untuk meningkatkan harga diri.
	4. Pasien dapat melatih kemampuan yang dipilih.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari pasien dapat melatih diri sesuai	4.1 Diskusikan dengan pasien urutan kegiatan yang akan dilatih.	Menghargai kemampuan pasien serta menunjukkan kemampuan yang

		kemampuan yang dipilih.	4.2 Bersama pasien meperagakan kegiatan yang akan dilatih.	dimiliki.
	5. Pasien mendapat pujian yang wajar dari perawat atas kegiatan yang dapat dilakukan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan pasien mendapat pujian yang wajar dari perawat atas kegiatan yang dapat dilakukan.	5.1 Berikan pujian yang wajar dari perawat untuk kegiatan yang dapat dilakukan.	Pujian akan meningkatkan harga diri pasien.
	6. Pasien memasukkan kegiatan yang dilatih dalam jadwal harian.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan pasien dapat memasukkan kegiatan yang dilatih ke dalam jadwal harian.	6.1 Bersama pasien susun daftar aktivitas atau kegiatan sehari – hari pasien.	Jadwal harian merupakan proses membiasakan pasien melakukan aktivitas rutin dapat meningkatkan harga diri.
SP 2P				
	1. Jadwal harian pasien terevaluasi oleh perawat.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan pasien dapat mengevaluasi kegiatan hariannya.	1.1 Bersama pasien Evaluasi jadwal harian pasien.	Jadwal harian merupakan proses membiasakn pasien melakukan aktivitas rutin yang dapat meningkatkan harga diri.
	2. Pasien dapat melatih kemampuan kedua yang dapat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan pasien dapat	2.1 Latih kemampuan kedua pasien yang dapat dilakukan.	Menghargai kemampuan pasien serta menunjukkan kemampuan yang pasien

	dilakukan.	melatih kemampuan kedua yang dapat dilakukan.		memiliki selain kemampuan sebelumnya.
	3. Pasien dapat memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan pasien dapat memasukkan dalam jadwal harian.	3.1 Anjurkan pasien memasukkan kemampuan kedua ke dalam jadwal kegiatan harian.	Jadwal harian merupakan proses membiasakan diri pasien melakukan aktivitas rutin yang dapat meningkatkan harga diri.

Tabel 4.4 Strategi Pelaksanaan Pasien dengan Harga Diri Rendah.

Strategi Pelaksanaan Keluarga

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
Gangguan konsep diri harga diri rendah	SP 1K : Keluarga mengerti cara merawat pasien dengan harga diri rendah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali pertemuan hari diharapkan keluarga mengerti tanda gejala harga diri rendah, keluarga mengerti cara merawat pasien di rumah.	1.1 Mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien di rumah. 1.2 Menjelaskan tentang pengertian, tanda gejala harga diri rendah 1.3 Menjelaskan cara merawat pasien harga diri rendah. 1.4 Mendemonstrasikan	Dukungan keluarga dapat meningkatkan perasaan harga diri pasien.

			<p>cara merawat pasien dengan harga diri rendah.</p> <p>1.5 Memberi kesempatan keluarga untuk mempraktikkan cara merawat pasien.</p>	
	<p>SP 2K : Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien harga diri rendah.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali pertemuan hari diharapkan keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien harga diri rendah.</p>	<p>2.1 Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien harga diri rendah.</p> <p>2.2 Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien harga diri rendah langsung pada pasien.</p>	<p>Dukungan keluarga dapat meningkatkan perasaan harga diri pasien.</p>
	<p>SP 3K : Keluarga mampu membantu pasien membuat jadwal kegiatan di rumah.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali pertemuan hari diharapkan keluarga mampu membantu pasien membuat jadwal kegiatan di rumah.</p>	<p>3.1 Membantu keluarga membuat perencanaan pulang pasien harga diri rendah.</p> <p>3.2 Membantu keluarga menyusun rencana kegiatan pasien di rumah.</p> <p>3.3 Membantu keluarga menyusun jadwal minum obat.</p>	<p>Jadwal harian merupakan proses membiasakn pasien melakukan aktivitas rutin yang dapat meningkatkan harga diri.</p>

Tabel 4.5 Strategi Pelaksanaan Keluarga dengan Harga Diri Rendah.

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan dan ketrampilan berdasarkan ilmu keperawatan serta ilmu lain yang ada kaitannya. Berdasarkan perencanaan diatas maka pelaksanaan keperawatan pada diagnosa keperawatan harga diri rendah dilaksanakan antara tanggal 27 Juni – 02 Juli 2016 beserta evaluasi.

Strategi Pelaksanaan pada Pasien

1. Pasien Pertama

Pertemuan ke - 1 SP 1 Pasien

Tanggal : 27 Juni 2016

Pukul : 10.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Assalamualaikum Mbak, Saya perawat Arum Mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya yang akan merawat Mbak di sini selama kurang lebih 6 hari ke depan.”

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak hari ini?”

Kontrak :

Topik : “Apakah kita bisa berkenalan Mbak? Supaya kita bisa jadi teman yang menemani Mbak selama di sini.”

Waktu : “Bagaimana kalau kita berbincan – bincang selama 20 menit?”

Tempat : “Di mana? Oo di depan TV saja ya?”

Fase Kerja

“Mbak nama lengkapnya siapa? Mbak ES, suka dipanggil apa Mbak? Oo baik Mbak E. Bagaimana perasaan Mbak E? Apakah yang membuat Mbak

E dibawa ke sini? Bagaimana kalau Mbak E menceritakannya supaya melegakan dan saya siap mendengarkannya. Jadi Mbak E marah – marah dan mengira ibu Mbak E salah paham. Apa yang membuat Mbak E tampak sedih. Cerita saja Mbak, saya siap mendengarkan.”

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak E setelah berbincang – bincang tadi? “

Tindak lanjut : “Baiklah bagaimana kalau kita berbincang – bincang lagi besok ya Mbak? Kita akan membicarakan hal – hal positif yang masih dimiliki Mbak E.”

Tempat : “Tempat yang sama ya Mbak?”

Waktu : “Bagaimana kalau jam 10.00 ?” Sampai ketemu besok Mbak.

Pertemuan ke – 2 SP 1 Pasien

Tanggal : 28 Juni 2016

Pukul : 10.00 WIB

Fase Orientasi

Salam Terapeutik : “Selamat Pagi Mbak E?”

Evaluasi / Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak E hari ini? Masih ingat nama saya Mbak?”

Kontrak :

Topik : “Bagaimana kalau kita berbincang – bincang sebentar tentang hal positif yang bisa Mbak E lakukan?”

Waktu : “Berapa lama mau berbincang – bincang? Bagaimana kalau 15 menit saja?”

Tempat : “Mbak R mau berbincang – bincang di mana? Di depan TV?”

Fase Kerja

“Jadi Mbak E kangen suaminya, memangnya ada di mana Mbak? Oo jadi suaminya Mbak sudah menikah lagi. Yauda Mbak E gak perlu sedih, Mbak E masih cantik, masih bisa cari yang lain hehe. Mbak E biasanya di rumah ngapain? Hobinya apa? Coba sebutkan! Wah Mbak E suka baca buku yaa, lalu apa lagi? Pekerjaan apa yang bisa dilakukan di rumah? Memasak, menjahit, menulis cerita, menyapu, membersihkan tempat tidur. Baik saya catat yaa. Dari kegiatan ini mana yang sekiranya bisa kita lakukan di rumah sakit? Apa menyapu bisa? Bisa. Oke kita centang. Apa mencuci piring bisa? Bisa, setelah Mbak E makan bisa langsung Mbak E cuci, di situ wastafelnya. Wah Mbak E memiliki banyak kemampuan yang pastinya kalau diterapkan Mbak E bisa membantu pekerjaan di rumah dan itu sangat berguna ya Mbak. Kira – kira dari kegiatan ini yang mau kita lakukan dulu yang mana Mbak? Ooo begitu kalau Mbak E mengantuk kita jadwalkan lanjutkan besok saja.”

Terminasi

Evaluasi Subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak R setelah berbincang – bincang tadi? Mbak E harus bersemangat yak arena Mbak E ternyata juga bisa mengerjakan pekerjaan rumah untuk membantu ibunya Mbak E.”

Tindak lanjut : “Berhubung tadi Mbak E mengantuk bagaimana kalau besok pagi kita mulai untuk latihan merapikan tempat tidurnya?”

Tempat : “Di kamar ya Mbak”

Waktu : “Jam berapa? Oke jam 08.00 ya?”

Pertemuan ke – 3 SP 1 Pasien

Tanggal : 29 Juni 2016

Pukul : 08.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Selamat Pagi Mbak E !

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak hari ini? Masih ingat nama saya kan?”

Kontrak :

Topik : “Sesuai kesepakatan kita kemarin hari ini jadwal kita adalah merapikan tempat tidur yaa Mbak.”

Waktu : “Berapa lama Mbak? Bagaimana kalau 15 menit saja”

Tempat : “Oke di kamar ya?”

Fase Kerja

“Jadi Mbak E di rumah ada pembantu yaa, meskipun ada pembantu Mbak E kalau merapikan barangnya sendiri lebih puas apa gak? Iyaa gitu Mbak ini bisa membantu Mbak E kalau di sini kan gak ada pembantu. Kalau mau merapikan kasurnya pindah dulu selimutnya Mbak. Mbak E turun di sini. Balik kasurnya, pasang spreï yang bagian atas Mbak. Bagus. Selanjutnya tarik dan masukkan yang bawah Mbak. Sekarang Mbak E lipat selimutnya. Lebih rapi ya Mbak? Nyaman dibuat untuk tidur ya Mbak? Bagaimana kalau merapikan tempat tidur ini dimasukkan ke dalam jadwal? Mbak E

mau merapikan tempat tidurnya berapa kali? Bagaimana kalau pagi dan sore?”

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak R setelah merapikan tempat tidur tadi? Nyaman ya. Mbak E jadi bisa mengerjakannya tanpa pembantu, hebat Mbak.”

Tindak lanjut : “Kalau begitu saya nanti akan kembali sore ya Mbak? Kita ulang lagi merapikan tempat tidurnya.”

Tempat : “Tempatnya di kamar berarti yaa?”

Waktu : “Bagaimana kalau jam 16.00 ?”

Pertemuan ke – 4 SP 1 Pasien

Tanggal : 29 Juni 2016

Pukul : 16.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Selamat Sore Mbak E !”

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak hari ini? Kenapa kok belum mandi Mbak?”

Kontrak :

Topik : “Sore ini kita ulang merapikan tempat tidurnya ya Mbak? Supaya Mbak terbiasa mengerjakannya secara mandiri.”

Waktu : “Bagaimana kalau waktunya 10 menit saja?”

Tempat : “Di kamar ya?”

Fase Kerja

“Sebelum kita mengulangi merapikan tempat tidur, seharian tadi Mbak R ngapain saja? Semua kegiatan dari rumah sakit diikuti yaa biar tidak bosan di sini. Mbak habis ini mandi yaa setelah itu ada jadwal makan sore Mbak kemudian malamnya minum obat. Baiklah behubung tadi pagi kita sudah latihan merapikan tempat tidur. Sekarang coba kita praktikan lagi. Bagus setelah itu? Yaa masukkan bagian bawahnya, bagus. Sekarang lipat selimutnya. Bagus Mbak E melakukan dengan baik.”

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak E setelah berbincang – bincang dan merapikan tempat tidur tadi? Jangan lupa dilakukan setiap pagi dan sore ya Mbak”

Tindak lanjut : “Bagaimana jika besok latih kemampuan lainnya yaitu mencuci piring”

Tempat : “Tempatnya di ruang makan Mbak.”

Waktu : “Bagaimana kalau setelah makan sore Mbak. Pukul 17.00 yaa?

Sampai jumpa besok sore Mbak”

Pertemuan ke – 5 SP 2 Pasien

Tanggal : 30 Juni 2016

Pukul : 17.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Selamat sore Mbak E ! ”

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak E?”

Kontrak :

Topik : “Mbak E sebentar lagi jadwal makan, nanti habis makan kita cuci piringnya ya sesuai jadwal kita kemarin.”

Waktu : “Butuh berapa lama Mbak mencuci piring? 10 menit cukup ya?”

Tempat : “Iya tempatnya di sini saja, di ruang makan?”

Fase Kerja

“Sambil menunggu makanan datang, coba Mbak E ceritakan hari ini mengerjakan apa saja? Mbak E ikut senam, mandi, makan, minum obat. Bagus. Tempat tidur sudah dirapikan? Bagus Mbak dipertahankan lho. Nah Mbak E sekarang makan dulu. Jika selesai nanti kita cuci. Sekarang sudah habis Mbak makannya, kalau mau mencuci piring, kotorannya dibuang di tempat sampah dulu ya Mbak. Kemudian basahi piringnya, gunakan sabun ini untuk membersihkan Mbak, kemudian bilas sampai bersih. Coba Mbak E praktikkan. Bagus Mbak E mencuci piringnya sudah bersih. Bagaimana kalau Mbak E lakukan kegiatan ini setiap habis makan? Untuk membiasakan diri Mbak E dalam bertanggungjawab setelah makan. Oke Mbak saya masukkan ke jadwal ya.”

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak E setelah berbincang – bincang dan berlatih mencuci piring tadi? Dilakukan setiap hari setelah makan ya Mbak.”

Tindak lanjut : “Besok saya akan kesini mengulang kegiatan mencuci piring kita ya Mbak.”

Tempat : “Iya di ruang makan.”

Waktu : “Selesai sarapan pagi Mbak jam 8”

Pertemuan ke – 6 SP 2 Pasien**Tanggal : 01 Juli 2016****Pukul : 08.00 WIB****Fase Orientasi**

Salam terapeutik : “Selamat pagi Mbak E ! ”

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak E hari ini? Mbak E sudah merapikan tempat tidurnya tadi?”

Kontrak :

Topik : “Setelah ini kita latihan cuci piring lagi ya Mbak E, sambil menunggu makanannya bagaimana kalau kita berbincang – bincang?”

Waktu : “Waktunya 10 menit ya”

Tempat : “Iya di ruang makan saja Mbak.”

Fase Kerja

“Coba Mbak E ceritakan kegiatan yang Mbak E lakukan selama di sini? Bagus jadwalnya dilaksanakan ya. Coba Mbak E jelaskan sama saya merapikan tempat tidur seperti apa? Manfaatnya apa merapikan tempat tidur Mbak? Bagus Mbak E masih ingat semua. Nahh Mbak sekarang makanannya sudah datang. Silakan pilih tempat duduknya Mbak saya bantu antarkan nanti. Makannya enak Mbak? Sekarang coba Mbak E ulangi bagaimana mencuci piring. Oke Mbak sudah bersih.”

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak E setelah berbincang – bincang dengan saya tadi?”

Tindak lanjut : “Besok pagi saya datang lagi ya Mbak, untuk mengevaluasi kegiatan yang kita lakukan bersama sambil besok saya mohon ijin pamit. Hehe Iya Mbak besok terakhir dinas di sini.”

Tempat : “Tempatnya di kamar ya Mbak.”

Waktu : “Jam 10.00 ya Mbak jangan lupa. Sampai jumpa Assalamualaikum.”

Pertemuan ke – 7 SP 2 Pasien

Tanggal : 02 Juli 2016

Pukul : 10.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Selamat Mbak E !”

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak E hari ini?”

Kontrak :

Topik : “Hari ini kita akan berbincang – bincang tentang kegiatan yang sudah MbakE lakukan di sini ya?”

Waktu : “Berapa lama? 10 menit cukup ya?”

Tempat : “Oke Mbak di kamar saja.”

Fase Kerja

“Jadi selama di sini Mbak E melakukan apa saja? Ikut senam ya? lalu apalagi? Merapikan tempat tidur sendiri ya? Mencuci piring sendiri? Wahh hebat Mbak. Kegiatan ini harus dipertahankan Mbak, supaya Mbak terbiasa di rumah. Oh iya berhubung kemarin Mbak E katanya suka membaca, ini Mbak ada buku bisa dibaca kalau jenuh di sini. Jangan lupa

melaksanakan jadwal kegiatannya ya Mbak. Obatnya juga rajin diminum supaya Mbak E bisa pulang dan gak balik ke sini lagi. AmiSdri.

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak E setelah berbincang – bincang dengan saya tadi?”

Tindak lanjut : “Mbak E berhubung hari ini sudah hari terakhir saya di sini saya mohon ijin pamit yaa. Wahh saya juga pengen sebenarnya masih di sini nemenin Mbak. Iya, Insyaallah Mbak habis lebaran nanti saya jenguk Mbak E di sini. Terimakasih ya Mbak E. iya sama – sama. Assalamualaikum. ”

2. Pasien kedua

Pertemuan ke – 1 SP 1 Pasien

Tanggal : 27 Juni 2016

Pukul : 09.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Assalamualaikum Mbak, Saya perawat Arum Mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya yang akan merawat Mbak di sini selama kurang lebih 6 hari ke depan.”

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak hari ini?”

Kontrak :

Topik : “Apakah kita bisa berkenalan Mbak? Supaya kita bisa jadi teman yang menemani Mbak selama di sini.”

Waktu : “Bagaimana kalau kita berbincan – bincang selama 20 menit?”

Tempat : “Di mana? Oo di depan TV saja ya?”

Fase Kerja

“Mbak nama lengkapnya siapa? Mbak RM, dipanggil Mbak R saja ya? Bagaimana perasaan Mbak R? Apakah yang membuat Mbak R dibawa ke sini? Bagaimana kalau Mbak R menceritakannya supaya melegakan dan saya siap mendengarkannya.

Jadi Mbak dibawa ke sini karena merasa keluarga Mbak tidak sayang lagi sama Mbak. Sebenarnya Mbak juga masuk pondok bukan keinginan Mbak, makanya Mbak suka kabur pas malam ya?”

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak R setelah berbincang – bincang tadi? “

Tindak lanjut : “Baiklah bagaimana kalau kita berbincang – bincang lagi besok ya Mbak? Kita akan membicarakan hal – hal positif yang masih dimiliki Mbak R.”

Tempat : “Tempat yang sama ya Mbak?”

Waktu : “Bagaimana kalau jam 09.00 ?” Sampai ketemu besok Mbak.

Pertemuan ke – 2 SP 1 Pasien

Tanggal : 28 Juni 2016

Pukul : 09.00 WIB

Fase Orientasi

Salam Terapeutik : “Selamat Pagi Mbak R?”

Evaluasi / Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak R hari ini?”

Kontrak :

Topik : “Bagaimana kalau kita berbincang – bincang sebentar tentang hal positif yang bisa Mbak R lakukan?”

Waktu : “Berapa lama mau berbincang – bincang? Bagaimana kalau 20 menit saja?”

Tempat : “Mbak R mau berbincang – bincang di mana? Di depan TV?”

Fase Kerja

“Bagaimana perasaan Mbak R saat ini? Oh jadi Mbak R merasa sedih, Mbak R merasa tidak ada gunanya, semua orang yang Mbak sayangi meninggalkan Mbak sendirian. Teman – teman dan tetangga Mbak juga suka mengolok – olok Mbak.”

“Mbak R biasanya di rumah ngapain? Hobinya apa? Coba sebutkan! Mbak R senangnya nonton TV, makan, lalu apa lagi? Menggambar, menyapu, mencuci piring, bagus Mbak. Mbak R suka merapikan tempat tidur? Bagus. Kegiatannya saya catat yaa, mana yang mau dilakukan di rumah sakit Mbak? Oke menggambar dan merapikan tempat tidur. Katanya Mbak R dulu di pondok kan yaa, bagaimana kalau kita belajar mengaji di sini.

Sekarang Mbak R lihat kegiatan mana yang bisa dilakukan dahulu di rumah sakit ini. Bagaimana kalau menggambar? Sebentar saya siapkan peralatannya yaa. Ini ada buku dan pensil, kira – kira Mbak R mau menggambar apa? Saya beri contoh yaa, ini ada gambar rumah mobil, sekarang giliran Mbak R mau gambar apa? Wahh menggambar pohon dan gunung yaa, bagus gambarnya Mbak R. mbak R mau menggambar berapa

kali? Dua kali yaa? Besok kita menggambar lagi mau Mbak? Saya masukkan ke dalam jadwal yaa.”

Terminasi

Evaluasi Subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak R setelah menggambar? Senang ya ada kegiatan. Ternyata menggambar bisa dijadikan kegiatan di rumah sakit dan gambar hasil Mbak R bagus pula.”

Tindak lanjut : “Bagaimana kalau besok kita latihan menggambar lagi?

Tempat : “Di tempat yang sama ya Mbak.”

Waktu : “Jam berapa? Oke jam 09.00 lagi ya?”

Pertemuan ke – 3 SP 1 Pasien

Tanggal : 29 Juni 2016

Pukul : 09.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Selamat Pagi Mbak R ! ”

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak hari ini? Tampak segar yaa sudah mandi”

Kontrak :

Topik : “Bagaimana kalau kita berbincang – bincang sebentar mengulang kegiatan yang kita lakukan kemarin.”

Waktu : “Berapa lama kita akan berbincang - bincang? Bagaimana kalau 10 menit saja”

Tempat : “Di depan TV saja ya?”

Fase Kerja

“Masih ingat kemarin Mbak R menggambar apa saja? Hari ini tidak usah diberi contoh lagi ya? Apa alat yang dibutuhkan untuk menggambar, buku? Iya betul, lalu apa lagi ? Pensil, penghapus. Bagus Mbak R pintar bisa ingat. Sekarang coba Mbak R gambar lagi terserah Mbak R, ini masih ada lembar kosong. Wah kali ini gambar rumah, bagus gambarnya Mbak R. Ini Mbak R saya kasih buku dan pensil bisa digunakan untuk menggambar dan menulis saat Mbak R ada waktu luang. Mau ya kegiatannya dimasukkan jadwal?”

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak R setelah menggambar tadi? “

Tindak lanjut : “Mbak masih ingat kita harus latihan merapikan tempat tidur? Bagaimana jika lakukan kegiatan itu besok?”

Tempat : “Tempatnya di kamar berarti yaa?”

Waktu : “Bagaimana kalau jam 08.00 ?” Sampai ketemu besok Mbak”

Pertemuan ke – 4 SP 2 Pasien

Tanggal : 30 Juni 2016

Pukul : 08.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Selamat Pagi Mbak R ! ”

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak hari ini? Tampak segar yaa sudah mandi. Bagaimana bukunya sudah dipakai untuk menggambar? Boleh saya lihat. Bagus Mbak.”

Kontrak :

Topik : “Sesuai janji saya yang kemarin. Pagi ini kita akan latihan merapikan tempat tidur.”

Waktu : “Bagaimana kalau waktunya 10 menit saja?”

Tempat : “Di kamar ya?”

Fase Kerja

“Kalau kita mau merapikan tempat tidur, Mbak R harus pindahkan selimutnya ini dulu. Tidak ada bantalnya yaa? Sekarang angkat spreid dan kasurnya kita balik. Selanjutnya pasang spreinya, kita ulai dari arah atas, ayo coba kamu. Iya bagus Mbak. Sekarang sebelah kaki, tarik dan masukkan sama kayak yang atasnya. Mbak R sudah bisa memasang spreinya dengan baik sekali. Coba perhatikan lebih rapi kan dibuat tidur jadi nyaman. Bagaimana kalau kegiatan merapikan tempat tidur ini kita masukkan ke jadwal nya Mbak R, biar Mbak R tetap ingat.”

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak R setelah berbincang – bincang dan merapikan tempat tidur tadi?”

Tindak lanjut : “Mbak R mau merapikan tempat tidur berapa kali sehari? Dua kali? Baik. Kalau begitu nanti sore saya kesini lagi saya temani Mbak R merapikan tempat tidur yaa.”

Tempat : “Tempatnya di kamar kan?”

Waktu : “Bagaimana kalau jam 16.00? Baik Mbak R sampai jumpa nanti sore”

Pertemuan ke – 5 SP 2 Pasien**Tanggal : 30 Juni 2016****Pukul : 16.00 WIB****Fase Orientasi**

Salam terapeutik : “Selamat sore Mbak R ! ”

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak R?.”

Kontrak :

Topik : “Sesuai jadwal yang kita sepakati tadi, kita sore ini akan mengulang merapikan tempat tidur.”

Waktu : “Bagaimana kalau waktunya 10 menit saja?”

Tempat : “Di kamar ya?”

Fase Kerja

“Sebelum kita mengulangi merapikan tempat tidur, seharian tadi Mbak R ngapain saja? Semua kegiatan dari rumah sakit diikuti yaa biar tidak bosan di sini. Itu semua kan untuk kebaikan Mbak R, kalau Mbak R sudah sembuh nanti bisa pulang bisa main lagi di rumah. Baiklah behubung tadi pagi kita sudah latihan merapikan tempat tidur. Sekarang coba kita praktikan lagi. Bagus setelah itu? Yaa masukkan bagian bawahnya, bagus. Sekarang lipat selimutnya. Bagus Mbak R melakukan dengan baik.”

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak R setelah berbincang – bincang dan merapikan tempat tidur tadi? Dilakukan setiap hari yaa, pagi dan sore kan kata Mbak R.”

Tindak lanjut : “Besok bagaimana kita belajar mengaji seperti yang Mbak lakukan di pondok.”

Tempat : “Tempatnya di mana? Baik di depan TV.”

Waktu : “Bagaimana kalau jam 09.00? Baik Mbak R besok saya akan kesini lagi pagi yaa. Sampai jumpa Assalamualaikum.”

Pertemuan ke – 6 SP 2 Pasien

Tanggal : 01 Juli 2016

Pukul : 09.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Selamat pagi Mbak R ! ”

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak R hari ini? Mbak R sudah menggambar apa saja di buku kemarin? Boleh saya lihat? Bagus yaa. Mbak R sudah merapikan tempat tidurnya pagi tadi? Yaa tidak apa – apa meskipun dibantu perawatnya Mbak R harus latihan sendiri yaa.”

Kontrak :

Topik : “Oh iya Mbak R dulu di pondok suka mengaji yaa? Bagaimana hari ini jika kita belajar mengaji lagi?”

Waktu : “Kita belajar mengaji berapa lama? 15 menit?”

Tempat : “Mau di mana tempatnya? Baik di depan TV saja”

Fase Kerja

“Mbak R di pondok belajar mengaji apa saja? Coba Mbak R tuliskan lafadz bismillah di buku ini? Wah pintar Mbak R masih ingat. Coba ditambahkan harokatnya Mbak supaya bisa dibaca. Wah Mbak R mau

membaca surat tidak. Coba ini dibaca surat apa? Yaa yang agak keras Mbak. Mbak R membacanya lancar. Mbak R tentu hafal surat – surat pendek yaa? Mbak R bisa membacanya di sini Mbak supaya kegiatan ibadah Mbak R tetap terlaksana, kalau perlu Mbak R bisa mengajarkan teman – teman satu kamar Mbak R. kegiatan mengaji nya dimasukkan ke dalam jadwal juga ya Mbak?”

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak R setelah berbincang – bincang dengan saya tadi?”

Tindak lanjut : “Besok pagi saya datang lagi ya Mbak, untuk mengevaluasi kegiatan yang kita lakukan bersama, sekalian besok saya mohon ijin pamit.”

Tempat : “Tempatnya di kamar ya Mbak.”

Waktu : “Jam 09.00 ya Mbak jangan lupa. Sampai jumpa Assalamualaikum.”

Pertemuan ke – 7 SP 2 Pasien

Tanggal : 02 Juli 2016

Pukul : 09.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Selamat Mbak R ! ”

Validasi : “Bagaimana perasaan Mbak R hari ini?”

Kontrak :

Topik : “Hari ini kita akan berbincang – bincang tentang kegiatan yang sudah Mbak R lakukan di sini ya?”

Waktu : “Berapa lama? 10 menit cukup ya?”

Tempat : “Mau di mana tempatnya? Baik di depan TV saja”

Fase Kerja

“Jadi selama di sini Mbak R melakukan apa saja? Ikut senam ya? Lalu apa lagi? Oke belajar menggambar, mengaji, kemudian merapikan tempat tidur sendiri. Wah hebat Mbak R. Mbak R juga rajin minum obat yaa? Iyaa bagus diminum yaa supaya cepat sembuh dan pulang. Oo Mbak R juga ingin lebaran di rumah ya pakai baju baru.”

Terminasi

“Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Mbak R setelah berbincang – bincang dengan saya tadi?”

Tindak lanjut : “Mbak R berhubung hari ini sudah hari terakhir saya di sini saya mohon ijin pamit yaa. Mbak R harus rajin minum obatnya yaa. Mbak R harus mau ngobrol sama teman – temannya di sini. Besok kalau sudah pulang juga kalau ada apa – apa Mbak R harus cerita ke keluarga yang Mbak R percayai yaa. Terimakasih Mbak R, cepat sembuh ya. Assalamualaikum”

Strategi Pelaksanaan pada Keluarga

1. Keluarga Pasien pertama (Ny. E)

Tanggal : 2 Juli 2016

Pukul : 19.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Assalamualaikum Ibu, Saya perawat Arum Mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya yang merawat anak Ibu bernama Mbak E selama dirumah sakit kurang lebih 6 hari lalu.”

Validasi : “Ibu namanya siapa? Senang dipanggil apa? Bagaimana perasaan Ibu berhubungan dengan kondisi Mbak E saat ini?”

Kontrak :

Topik : “Baiklah Ibu, bagaimana kalau kita bercakap – cakap mengenai kondisi kesehatan Mbak E ?”

Waktu : “Bagaimana kalau kita berbincan – bincang selama 30 menit?”

Tempat : “Di mana Bu, baik di sini di ruang tamu nggeh?”

Fase Kerja

“Apa yang Ibu rasakan dengan kondisi kesehatan saat ini? Bagaimana setelah melihat kondisi Mbak E saat ini? Kesulitan seperti apa yang Ibu rasakan dalam merawat Mbak E? Ibu tentu tahu apa yang menyebabkan Mbak E keadaannya menjadi seperti sekarang ini? Ya Mbak E merasakan pernah gagal dalam rumah tangganya. Mbak E pernah diceraikan dan merasa tidak berguna sebagai perempuan Bu. Oleh karena itu Mbak E sering diam, melamun, terkadang marah – marah dengan Ibu.”

“Tentunya Ibu sangat menyayangi Mbak E bukan dan tidak menginginkan hal tersebut terjadi? Nah, menurut Ibu bagaimana cara yang tepat dalam merawat Mbak E? Iya Bu, Mbak E harus sering – sering kita semangati, kita motivasi lagi untuk mau bergaul dengan teman – temannya dulu. Barangkali Mbak E mau bekerja lagi dan bisa mendapatkan imam sesuai dengan kemauan Mbak E dan tentunya yang terbaik.”

“Selain itu apa lagi yang dapat dilakukan Ibu jika nanti Mbak E menjalani perawatan di rumah? Iya, benar sekali Bu. Kita harus mendukung kegiatan-kegiatan yang dapat Mbak E lakukan tapi tetap tidak dengan paksaan. Jadi kemarin Mbak E mengatakan kalau suka memasak dan membaca buku, mungkin Mbak E bisa diarahkan untuk membantu Ibu di rumah dalam hal memasak. Meskipun Ibu sekeluarga sudah ada pembantu namun ada baiknya Mbak E uga dilatih untuk tetap berkegiatan untuk mengisi hari – harinya di rumah. Dan untuk meningkatkan semangatnya jangan lupa beri Mbak E pujian yang realistis setelah melakukan kegiatan apaun.”

“Oh iya Bu saya sudah membuatkan Mbak E jadwal harian. Nanti diperhatiakn juga ya Bu jadwal harian tersebut agar dapat dilaksanakan oleh Mbak E tapi tidak dengan paksaan cukup ingatkan saja jika Mbak E terlupa.”

Fase Terminasi

Evaluasi subjektif : “Bagimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap mengenai kondisi kesehatan Mbak E dan apa saja yang perlu dilakukan oleh keluarga untuk mendukung proses penyembuhan Mbak E? Apakah

Bapak dan Ibu bisa menyebutkan kembali apa saja yang perlu dan dapat dilakukan untuk mendukung kesembuhan Mbak E? Ya, bagus sekali Ibu dapat menyebutkannya kembali. Ada lagi yang ingin ditambahkan Bu? Ya, benar jangan pernah memaksakan kegiatan – kegiatan tersebut, tetapi mengingatkan itu penting.”

Tindak lanjut : “Baiklah Bu, terimakasih atas waktunya. Semoga ini bukan jadi pertemuan terakhir, kalau boleh mungkin saya sesekali juga menanyakan kabar Mbak E jika sudah di rumah nanti. Mohon ijin Bu Assalamualaikum.”

2. Keluarga Pasien Kedua (Sdri. R)

Tanggal : 28 Juni 2016

Pukul : 11.00 WIB

Fase Orientasi

Salam terapeutik : “Assalamualaikum Ibu, Saya perawat Arum Mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya yang merawat anak Ibu bernama Mbak R selama dirumah sakit kurang lebih 6 hari lalu.”

Validasi : “Bagaimana perasaan Ibu berhubungan dengan kondisi Mbak R saat ini?”

Kontrak :

Topik : “Baiklah Ibu, bagaimana kalau kita bercakap – cakap mengenai kondisi kesehatan Mbak R ?”

Waktu : “Bagaimana kalau kita berbincang – bincang selama 30 menit?”

Tempat : “Di mana Bu, iya di ruang makan pasien saja.”

Fase Kerja

“Ibu namanya siapa? Senang dipanggil apa? Apa yang Ibu rasakan dengan kondisi kesehatan Mbak R sekarang? Bagaimana setelah melihat kondisi Mbak R saat ini? Kesulitan seperti apa yang Ibu rasakan dalam merawat Mbak R? Apakah Ibu tahu penyebab Mbak R menjadi seperti ini? Jadi Mbak R merasa kurang disayangi Bu. Ayahnya sibuk bekerja, Ibu sebagai kakaknya juga sudah menikah dan bekerja, sementara dia harus dikirimkan ke pondok pesantren yang bukan menjadi keinginannya. R jadi merasa tidak berguna Bu. Apalagi di pesantren merasa tidak nyaman sering dibully teman – teman sehingga takut tidak bisa menjadi kebanggaan orang tua.”

“Tentunya Ibu sangat menyayangi Mbak R bukan dan tidak menginginkan hal tersebut terjadi? Nah, menurut Ibu bagaimana cara yang tepat dalam merawat Mbak R? Iya Bu, Mbak R harus sering – sering kita semangat, kita motivasi lagi untuk mau bergaul dan tidak perlu takut untuk dibully. Sementara di keluarga Ibu sendiri Mbak R harus lebih diperhatikan, sering diajak bicara. Siapa yang kira – kira dipercaya Mbak R untuk di curhati ya orang tersebut yang harus ada pendekatan ekstra agar Mbak R juga tetap berkomunikasi dan harapan Mbak R bisa tersampaikan.”

“Selain itu apa lagi yang dapat dilakukan Ibu jika nanti Mbak R menjalani perawatan di rumah? Oo jadi Mbak R mau Ibu bawa tinggal bersama di rumah Ibu, takutnya saat ayahnya kerja tidak ada temannya ya. Selain itu kita harus mendukung kegiatan-kegiatan yang dapat Mbak R lakukan tapi tetap tidak dengan paksaan. Jadi kemarin Mbak R mengatakan kalau suka

menggambar mungkin di rumah nanti dapat difasilitasi alat untuk menggambar. Disini Mbak R juga dilatih merapikan tempat tidur, jadi di rumah juga bisa didorong untuk membantu kegiatan rumah, namun tidak dengan paksaan hanya diingatkan. Dan untuk meningkatkan semangatnya jangan lupa beri Mbak R pujian yang realistis setelah melakukan kegiatan apapun yang dirasa positif Bu.”

“Oh iya Bu saya sudah membuatkan Mbak R jadwal harian. Nanti diperhatikan juga ya Bu jadwal harian tersebut agar dapat dilaksanakan oleh Mbak R tapi tidak dengan paksaan cukup ingatkan saja jika Mbak R terlupa.”

Fase Terminasi

Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap mengenai kondisi kesehatan Mbak R dan apa saja yang perlu dilakukan oleh keluarga untuk mendukung proses penyembuhan Mbak R? Apakah Bapak dan Ibu bisa menyebutkan kembali apa saja yang perlu dan dapat dilakukan untuk mendukung kesembuhan Mbak R? Ya, bagus sekali Ibu dapat menyebutkannya kembali. Ada lagi yang ingin ditambahkan Bu? Ya, benar jangan pernah memaksakan kegiatan – kegiatan tersebut, tetapi mengingatkan itu penting.”

Tindak lanjut : “Baiklah Bu, terimakasih atas waktunya. Semoga ini bukan jadi pertemuan terakhir, kalau boleh mungkin saya sesekali juga menanyakan kabar Mbak R jika sudah di rumah nanti. Mohon ijin Bu Assalamualaikum.”

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Pasien pertama

Evaluasi Ny. E tanggal 27 Juni 2016

S = pasien mengatakan malu karena pernah dicerai suami dan merasa tidak berguna sebagai perempuan / istri.

O = Kontak mata kurang, pasien menunduk, penurunan produktivitas, pasien banyak tidur, aspek positif belum terkaji

A = SP1 belum terlaksana

P = Lanjutkan SP1

Evaluasi Ny. E tanggal 28 Juni 2016

S = Pasien mengatakan ingin ada kegiatan di rumah sakit.

O = kontak mata kurang, produktifitas menurun, pasien menunduk, aspek positif sudah terkaji, kegiatan latihan belum dimulai.

A = SP1 terlaksana sebagian

P = Lanjutkan SP1

Evaluasi Ny. E tanggal 29 Juni 2016

S = Pasien mengatakan mau merapikan tempat tidurnya.

O = Pasien mampu melakukan kegiatan pertama, pasien menerima pujian, pasien mau memasukkan ke jadwal, kontak mata sesekali ada, pasien mau duduk di samping perawat

A = SP 1 terlaksana

P = Pertahankan SP1, lanjutkan SP2

Evaluasi Ny. E tanggal 30 Juni 2016

S = Pasien mengatakan sudah merapikan tempat tidur.

O = Pasien mengingat kemampuan pertama (merapikan tempat tidur) dan mampu menjelaskan, pasien mampu melakukan kemampuan kedua (cuci piring) yang dilatih, kontak mata sesekali ada, pasien mau melakukan jadwal kegiatan yang telah dibuat,

A = SP2 terlaksana sebagian

P = Pertahankan SP1, lanjutkan SP2

Evaluasi Ny. E tanggal 01 Juli 2016

S = Pasien mengatakan sudah merapikan tempat tidur, mengungkapkan perasaannya lebih baik

O = Kontakmata sesekali ada, mau duduk di samping perawat, interaksi dengan teman satun kamar ada, mau melaksanakan jadwal jika disuruh, mampu mendiskripsikan kemampuan kedua (cuci piring) yang dilatih.

A = SP2 terlaksana

P = Pertahankan SP2

Evaluasi Ny. E tanggal 02 Juli 2016

S = Pasien mengatakan kabar baik, menerapkan jadwal yang telah dibuat.

O = Kontak mata ada, pasien relatif tenang, pasien mampu memulai pembicaraan, pasien mampu mempraktikkan kemampuan yang dipilih, pasien melaksanakan jadwal yang dipilih

A = SP2 terlaksana

P = Pertahankan SP2

Pasien Kedua

Evaluasi Sdri. R tanggal 27 Juni 2016

S = Pasien mengatakan malu dengan dirinya yang tidak dibutuhkan keluarga sehingga disekolahkan di pondok dan tidak bisa menjadi kebanggaan orangtua

O = pasien banyak diam, tidak mampu memulai pembicaraan, menyendiri, pasien menunduk tampak mengusap air mata, aspek positif belum terkaji

A = SP1 belum terlaksana

P = Lanjutkan SP1

Evaluasi Sdri. R tanggal 28 Juni 2016

S = Pasien mengatakan minder mau berteman. Pasien mengatakan ingin menggambar saja.

O = Aspek positif terkaji, pasien mampu memilih kegiatan yang akan dilakukan, pasien tidak mau membuat jadwal harian, pasien mau duduk disamping perawat, pasien menjabat tangan perawat.

A = SP1 terlaksana sebagian

P = Lanjutkan SP1

Evaluasi Sdri. R tanggal 29 Juni 2016

S = Pasien mengatakan kabarnya baik, pasien juga mengatakan bersedia menggambar lagi.

O = Pasien mampu melakukan kegiatan pertama (menggambar), pasien menerima pujian, kontak mata sesekali ada, pasien mau duduk di samping perawat.

A = SP1 terlaksana

P = Pertahankan SP1. Lanjutkan SP2

Evaluasi Sdri. R tanggal 30 Juni 2016

S = Pasien mengatakan kabar baik, pasien mengatakan mau melakukan kegiatan selanjutnya (merapikan tempat tidur).

O = Pasien mampu melakukan kemampuan kedua (merapikan tempat tidur), pasien mampu mendiskripsikan ulang kemampuan kedua, kontak mata sesekali ada, pasien suka melihat ke sekeliling arah, pasien mau memasukkannya dalam jadwal, pasien mau duduk disamping perawat.

A = SP2 terlaksana sebagian

P = Pertahankan SP1. Lanjutkan SP2

Evaluasi Sdri. R tanggal 01 Juli 2016

S = Pasien mengatakan lupa melakukan jadwal yang sudah dibuat.

O = Pasien tidak mau melaksanakan jadwal harian, pasien lebih banyak dikamar, kontak mata sesekali ada saat diajak bicara, tidak mampu memulai pembicaraan.

A = SP2 terlaksana sebagian.

P = Lanjutkan SP2

Evaluasi Sdri. R tanggal 02 Juli 2016

S = Pasien mengatakan mau melakukan jadwal jika ditemani.

O = Pasien mau duduk disamping perawat, pasien mau menerima pujian, pasien mau melaksanakan jadwal jika ditemani, pasien mampu mengaji, kontak mata sesekali ada, pasien tersenyum menjabat tangan.

A = SP2 terlaksana sebagian

P = Pertahankan SP1 dan SP2

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini akan dibahas mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. E dan Sdri. R dimana akan membahas antara teori dan hasil pengkajian serta opini peneliti dengan kasus gangguan konsep diri harga diri rendah di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian tanggal 27 Juni 2016 didapatkan data objektif maupun subjektif yang menunjang penegakan diagnosa gangguan konsep diri harga diri rendah. Pada data subjektif Ny.E mengatakan bahwa dirinya malu malu karena pernah diceraiakan suaminya dan ditinggal menikah lagi tanpa sepengetahuannya, Ny. E merasa tidak berguna sebagai perempuan. Sedangkan pada data subjektif Sdri. R mengatakan malu dengan dirinya dan merasa tidak berguna dikeluarga karena Sdri.R disekolahkan di pondok. Sdri. R merasa keluarganya tidak sayang lagi dengannya. Sdri. R juga mengatakan minder mau bergaul dengan temannya yang sering mengolok – oloknya.

Pada pengkajian psikososial konsep diri Ny. E saat ditanya mengenai gambaran dirinya Ny. E mengakatakan tubuhnya sempurna namun merasa tubuhnya sedikit gemuk. Pada aspek identitas diri Ny. E mengatakan pasien sebagai perempuan usia 34 tahun pernah menikah dan belum bekerja. Pada aspek peran Ny. E mengatakan pasien sebagai janda dan anak perempuan terakhir dikeluarganya. Pada aspek ideal diri pasien mengatakan setelah sembuh pasien bisa mencari kerja dan mudah – mudahan diberi pasangan lelaki yang baik. Pada aspek harga diri Ny. E mengatakan malu dengan dirinya yang pernah dicerikan suaminya dan ditinggal menikah lagi tanpa sepengetahuannya. Ny. E merasa

gagal sebagai perempuan. Sedangkan pada pengkajian psikososial konsep Sdri. R saat ditanya mengenai gambaran dirinya Sdri. R mengatakan tubuhnya sempurna dan menyukai semua bagian tubuhnya. Pada aspek identitas diri Sdri. R mengatakan seorang perempuan bernama RM umur 18 tahun. Pada aspek peran Sdri. R mengatakan sebagai santriwati di pondok pesantren Kota Gresik. Pada aspek ideal diri Sdri. R mengatakan ingin pulang melanjutkan sekolah lagi dan ingin diperhatikan oleh ayahnya. Pada aspek harga diri Sdri. R mengatakan tidak berguna di keluarganya karena disekolahkan di pondok pesantren, Sdri. R merasa keluarganya tidak ada yang memperhatikannya. Sdri. R juga mengatakan minder ingin bergaul dengan teman karena dulu sering diolok – olok.

Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya harga diri rendah yaitu faktor predisposisi yang meliputi kegagalan berulang atau kesenjangan antara harapan hidup dan realistis. Faktpr lain yaitu penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, pengalaman masa kanak – kanak dapat merupakan faktor kontribusi pada gangguan atau masa masalah konsep diri. Anak sangat peka terhadap perlakuan dan respon orang tua. Hal tersebut bisa menyebabkan individu yang kurang tanggung jawab terhadap diri sendiri. Ia akan tergantung pada orang lain dan gagal mengembangkan kemampuan sendiri, kurang mempunyai tanggungjawab personal dan ketergantungan pada orang lain. Faktor predisposisi lainnya yakni faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi ketidakpercayaan orang tua dari kelompok sebaya dan perubahan struktur sosial. Orang tua yang selalu curiga pada anak akan menyebabkan kurang percaya diri pada anak. Anak akan ragu apakah yang ia pilih tepat, tidak sesuai dengan keinginan orang tua maka timbul rasa bersalah Sedangkan faktor presipitasi yang

menyebabkan terjadinya harga diri rendah biasanya kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan atau bentuk tubuh, kegagalan produktifitas yang menurun, dan perasaan negatif mengenai dirinya. (Yosep, 2013).

Faktor predisposisi pada Ny. E adalah perasaan tidak mampu dimana Ny. E pernah mengalami kegagalan dalam menjalin rumah tangga. Ny. E merasa tidak mampu dan tidak berguna sebagai perempuan karena suami Ny. E menikah lagi dengan perempuan lain tanpa sepengetahuan Ny. E. Faktor tersebut yang kemudian memunculkan perasaan tidak mampu dan munculnya harga diri rendah pada Ny. E. Selain itu Ny. E yang sebelumnya juga pernah mengalami gangguan jiwa ini dinilai pengobatannya kurang berhasil. Menurut keluarga Ny. E, Ny. E tidak mau meminum obat secara teratur dan menolak untuk diajak kontrol ke rumah sakit. Sedangkan faktor predisposisi pada Sdri. R adalah perasaan kurang diperhatikan oleh keluarganya. Sehingga individu merasa tidak berguna dalam keluarga apalagi setelah Sdri. R dipaksa masuk ke pondok pesantren yang bukan keinginannya sendiri. Sdri. R juga merupakan individu yang kurang bersosialisasi karena pengalaman di pondok dulu Sdri. R sering diolok – olok teman sekamarnya.

Faktor presipitasi pada Ny. E adalah perasaan negatif yang dimunculkan oleh diri pasien sendiri di mana pasien merasa tidak mampu dan berguna karena sempat gagal dalam rumah tangganya. Sedangkan faktor presipitasi pada Sdri. R juga perasaan negative yang sebenarnya dimunculkan oleh diri pasien sendiri di mana pasien merasa tidak berguna di keluarga, tidak mendapat kasih sayang dan perhatian selayaknya yang harus di dapatkan karena ayah dan kakanya sedang

sibuk mengurus urusan masing – masing. Hal – hal tersebut berlangsung lama dirasakan oleh pasien sebelum masuk rumah sakit.

Menurut peneliti, jika menghubungkan antara teori penyebab munculnya harga diri rendah dengan kondisi Ny. E dan Sdri. R maka tidak ditemukan perbedaan. Mekanisme koping yang tidak efektif pada individu akan memberburuk kondisi seseorang dengan harga diri rendah dan memunculkan perasaan negatif yang berlangsung lama.

Menurut Fitria, 2013 tanda gejala pada harga diri rendah adalah mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimistis, tidak menerima pujian, penurunan produktivitas, penolakan terhadap kemampuan diri, kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan berkurang tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk dan bicara lembut dengan nada suara lemah.

Berdasarkan pengkajian tanda gejala yang muncul pada Ny. E berdasarkan data subjektif pasien mengatakan tidak berguna karena pernah gagal dalam berumah tangga, data objektif pasien terlihat produktivitas yang menurun, lebih banyak menunduk dan selera makan pasien berkurang. Sedangkan pada Sdri. R berdasarkan data subjektif pasien mengatakan tidak berguna dikeluarkannya karena kurang diperhatikan, data objektif pasien terlihat produktivitas yang menurun, kurang memperhatikan penampilan, suara yang pelan dan lemut dan tidak berani menatap lawan bicara. Berdasarkan data tersebut peneliti beropini bahwa tanda dan gejala yang muncul pada kondisi Ny. E dan Sdri. R sesuai dengan teori yang ada.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang digunakan ialah diagnose tunggal yang mengacu pada *North American Diagnosis (NANDA)* 2015 yaitu diagnosa gangguan konsep diri harga diri rendah sebagai masalah utama atau *core problem*. Masalah utama atau *core problem* adalah masalah yang ditemukan pada saat pengkajian dan merupakan suatu keluhan utama yang diprioritas oleh pasien (Direja, 2011). Syarat menjadi *core problem* adalah aktual (yang sekarang dialami pasien), frekuensi (paling sering dikeluhkan pasien), dan berisiko menciderai orang lain serta lingkungan (Sulistiawati, 2010). Pada saat pengkajian Ny. E mengeluh merasa malu pada dirinya dan tidak berguna karena diceraikan oleh suaminya dan ditinggal menikah lagi tanpa sepengetahuan dirinya. Sedangkan pada Sdri. R merasa dirinya tidak berguna di keluarganya, kurang diperhatikan dan tidak bisa menjadi kebanggaan orang tua. Dari data tersebut maka peneliti menjadikan harga diri rendah menjadi masalah utama atau *core problem*.

Harga diri rendah adalah keadaan ketika individu mengalami evaluasi diri negatif mengenai diri atau kemampuan diri. (Lynda Jull, 2007). Seseorang yang mengalami harga diri rendah akan menilai dirinya negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain. Individu yang mengalami kegagalan akan berusaha menyelesaikan krisis tetapi tidak tuntas sehingga timbul pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan peran. Pengalaman masa kanak – kanak juga merupakan faktor kontribusi pada gangguan atau masalah konsep diri. Anak sangat peka terhadap perlakuan dan respon orang tua. Orangtua yang kasar, tidak menerima dan tidak membangun komunikasi yang demokratis dalam keluarga membuat anak tidak menerimadan mempunyai keraguan. Anak yang tidak

mendapat kasih sayang maka anak tersebut akan gagal mencintai dirinya sendiri dan menggapai cinta orang lain.

Jika membandingkan antara teori dan kasus, Ny. E merasa dirinya tidak mampu menjalankan fungsi dan perannya sebagai perempuan. Ny. E yang ditinggal menikah lagi tanpa sepengetahuannya kemudian dicerikan oleh suaminya. Pengalaman masa lalu ini membuat Ny. E berusaha menyelesaikan krisis namun tidak tuntas sehingga mengakibatkan Ny. E merasa tertekan dan mengalami pengalaman traumatik yang berulang sebagai pencetus Ny. E mengalami harga diri rendah. Sedangkan pada Sdri. R yang gagal mencintai dirinya sendiri ini diakibatkan karena faktor orang tua yang belum tuntas dalam memberikan kasih sayangnya kepada anak, diperkuat dengan komunikasi yang tidak efektif antara orang tua dan anak sehingga harapan orang tua terhadap anak menjadi tidak realistis. Hal ini mengakibatkan pasien menjadi tidak berharga dalam memandang dirinya sehingga menjadi pencetus Sdri. R mengalami harga diri rendah. Untuk menegakkan diagnosa harga diri rendah pada kasus ini juga didukung dengan data objektif pasien. Pada Ny. E tampak adanya penurunan aktivitas, selera makan menurun, bicara dengan suara pelan dan tidak adanya kontak mata. Sedangkan pada Sdri. R tampak adanya penurunan aktivitas, bicara dengan suara pelan, kurang memperhatikan perawatan diri dan lebih sering menunduk.

Pada kasus Ny. E ditemukan adanya masalah keperawatan antara lain regimen terapeutik tidak efektif, respon pasca trauma, gangguan komunikasi verbal, isolasi sosial menarik diri, penurunan aktivitas motorik, gangguan alam perasaan, distress spiritual dan koping individu tidak efektif. Sedangkan pada

kasus Sdri. R ditemukan masalah keperawatan antara lain koping keluarga tidak efektif, duka cita, defisit perawatan diri, hambatan komunikasi verbal, gangguan alam perasaan, penurunan aktivitas motorik, isolasi sosial menarik diri, hambatan interaksi sosial, koping individu tidak efektif.

Menurut Yosep, 2013 masalah keperawatan yang mungkin muncul pada harga diri rendah adalah harga diri rendah kronis, koping individu tidak efektif, isolasi sosial, perubahan sensori persepsi : halusinasi, dan risiko tinggi perilaku kekerasan. Berdasarkan hasil perumusan diagnosa peneliti beropini antara teori dan yang terjadi pada kasus tidak adanya perbedaan yang berarti, kecuali pada masalah keperawatan perubahan sensori halusinasi dan risiko tinggi perilaku kekerasan tidak ditemukan pada kedua pasien tetapi tidak menutup kemungkinan apabila masalah utama tidak segera mendapat intervensi maka efek tersebut akan muncul. Beberapa masalah keperawatan diluar teori pun muncul pada kedua pasien sesuai dengan kondisi pasien seperti penurunan aktivitas motorik, gangguan alam perasaan, dan hambatan komunikasi verbal.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Dari masalah utama yang ditemukan, maka peneliti membuat sebuah rencana tindakan keperawatan berupa strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang terdiri dari SP 1 Pasien, SP 2 Pasien, SP 1 Keluarga, SP 2 Keluarga, SP 3 Keluarga (Keliat, 2010). Hal ini dikarenakan dengan melaksanakan SP pasien, peneliti berusaha mencari cara yang konstruktif dan menunjukkan potensi yang dimiliki pasien untuk mengubah dirinya lebih baik dan berharga, sedangkan SP keluarga akan memanfaatkan sistem pendukung utama yang mempunyai peran

dan potensi besar dalam menciptakan keikutsertaan menciptakan harga diri pasien.

SP pasien terdiri SP 1P yaitu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif pasien, membantu pasien dalam menilai kemampuan yang masih bisa dikerjakan, membantu pasien memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien, memberikan pujian yang realistis, terhadap keberhasilan pasien, dan menganjurkan pasien memasukkan kegiatan tersebut ke dalam jadwal harian pasien. SP 2P yaitu mengevaluasi jadwal harian kegiatan pasien, melatih pasien melakukan kegiatan lainnya sesuai dengan kemampuan, dan menganjurkan kembali pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien. Sedangkan SP pada keluarga terdiri dari mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, memberi kesempatan keluarga mempraktikkan cara merawat pasien harga diri rendah. Tidak kalah penting adalah menjelaskan pentingnya minum obat bagi pasien, keluarga akan diberi pengertian mengenai jadwal minum obat dan menganjurkan keluarga untuk segera kontrol ke rumah sakit jiwa jika obat akan habis. Membandingkan antara teori dan kasus, intervensi yang dilakukan oleh peneliti memiliki kesamaan, hal ini dikarenakan rencana keperawatan tersebut dibuat telah sesuai dengan Standard Operasional Prosedur (SOP).

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan yang sudah dibuat dilaksanakan dalam bentuk fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi yang kemudian didokumentasikan sesuai dengan tanggal pelaksanaan dan disertai tanda tangan petugas (Towsend, 2005). Peneliti telah melakukan urutan implementasi keperawatan pada kedua pasien.

Pada tanggal 27 Juni 2016 pukul 09.00 WIB peneliti melaksanakan bina hubungan saling percaya baik pada kasus Ny. E maupun Sdr. R. Kemudian pelaksanaan SP 1P pada Ny. E dilaksanakan pada tanggal 28 Juni 2016 pukul 10.00 WIB yaitu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien dalam menilai kemampuan yang masih bisa dikerjakan, dan membantu pasien memilih / menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai kemampuan pasien. Peneliti dan pasien menyepakati kegiatan yang dapat dilatih di rumah sakit yaitu merapikan tempat tidur dan mencuci piring. Sedangkan pelaksanaan SP 1P pada Sdri. R dilaksanakan dihari yang sama pukul 09.00 WIB dengan tindakan keperawatan yang sama namun menghasilkan kegiatan yang telah disepakati untuk dilakukan di rumah sakit antara lain menggambar, merapikan tempat tidur dan belajar mengaji. Selain mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki, Sdri. R juga memilih untuk memulai latihan menggambar di hari itu.

Tanggal 29 Juni 2016, pada kasus Ny. E peneliti masih melaksanakan SP 1P dengan memulai melatih kegiatan yang dipilih yaitu merapikan tempat tidur. Setelah pasien berhasil melaksanakan kegiatan yang dilatih, peneliti akan memberikan pujian yang realistis, kemudian peneliti menyarankan untuk

memasukkan kegiatan yang dipilih sebagai kegiatan harian. Sedangkan pada kasus Sdri. R peneliti juga masih melaksanakan SP 1P dengan melatih kegiatan yang sama yaitu menggambar, guna mengevaluasi perasaan pasien setelah menggambar.

Tanggal 30 Juni 2016, pada kasus Ny. E peneliti memulai untuk melaksanakan tindakan SP 2P (melatih kemampuan kedua) yaitu mencuci piring. Sedangkan pada kasus Sdri. R peneliti juga memulai melaksanakan tindakan SP 2P (melatih kemampuan kedua) yaitu merapikan tempat tidur di pagi hari dan sore hari. Tak lupa setelah peneliti melatih pasien, peneliti memberikan pujian yang realistis karena dengan pujian mampu meningkatkan harga diri pasien.

Tanggal 01 Juli 2016, pada kasus Ny. E peneliti mengulang kegiatan mencuci piring agar pasien lebih dan mahir dan mengevaluasi perasaan pasien setelah latihan bersama peneliti. Sedangkan pada kasus Sdri. R peneliti melatih kemampuan selanjutnya itu belajar mengaji bersama pasien, supaya kegiatan ibadah pasien selama di rumah sakit juga tetap terlaksana. Pada tanggal 02 Juli 2016 baik pada kasus Ny. E dan Sdri. R peneliti menjelaskan pentingnya meminum obat secara teratur dan jenis obat yang harus dikonsumsi supaya pasien mempunyai pengetahuan yang cukup tentang obat dan muncul kesadaran untuk melanjutkan pengobatan ketika sudah diperbolehkan pulang.

Strategi pelaksanaan pada kedua keluarga pasien dilaksanakan masing – masing satu kali pertemuan. Pada keluarga Ny. E pertemuan pertama dilakukan tanggal 02 Juli 2016 sedangkan pada keluarga Sdri. R pada tanggal 27 Juli 2016 dengan melaksanakan SP Keluarga yaitu mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala

diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, menjelaskan pentingnya minum obat bagi pasien, menjelaskan jadwal minum obat dan menganjurkan keluarga untuk segera kontrol ke rumah sakit jiwa jika obat akan habis. Berhubung kesempatan untuk bertemu keluarga pasien hanya satu kali maka strategi pelaksanaan dilakukan satu kali pertemuan saja.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, peneliti mengevaluasi implementasi yang telah dilakukan. Pada Ny. E SP 1P sampai SP 2P dilakukan selama 6 hari. Evaluasi yang didapatkan Ny. E mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki (memasak, menulis cerita, menyapu, merapikan tempat tidur dan mencuci piring), pasien mampu menilai kemampuan yang masih dapat dilakukan (merapikan tempat tidur dan mencuci piring), pasien mampu menentukan kemampuan yang akan dilatih, pasien mampu memasukkan kegiatan ke dalam jadwal harian, pasien tampak segar, terdapat kontak mata saat diajak berbicara, pasien mampu melakukan aktivitas yang terjadwal, pasien dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri. Sedangkan evaluasi yang didapatkan pada Sdri. R mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki (mencuci piring, menyapu, menggambar, merapikan tempat tidur, dan mengaji) pasien mampu menilai kemampuan yang masih dapat dilakukan (menggambar, merapikan tempat tidur, dan mengaji), pasien mampu menentukan kemampuan yang akan dilatih, pasien mampu memasukkan kegiatan ke dalam jadwal harian, pasien tampak segar, terdapat

kontak mata saat diajak berbicara, mau tersenyum dengan peneliti, pasien mampu melakukan aktivitas yang terjadwal, pasien dapat memenuhi kebutuhannya dengan masih diingatkan.

Untuk mengetahui keberhasilan dari implementasi yang telah dilakukan maka perlu dilakukan evaluasi. Kriteria evaluasi keberhasilan implementasi yang dilakukan pada pasien harga diri rendah antara lain dapat menyebutkan minimal dua aspek positif intelektualnya, menyebutkan minimal dua kegiatan yang bisa dilakukan di rumah sakit, menjelaskan masalah yang dihadapi, mampu mendemonstrasikan kembali kegiatan yang telah dilatih, dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia (Suliswati, 2010).

Jika membandingkan antara teori dan kasus pasien mampu menyebutkan aspek positif yang dimiliki (pada Ny. E memasak dan menulis cerita sedangkan pada Sdri. R mencuci piring dan menyapu), memilih kegiatan yang dilakukan di rumah sakit (pada Ny. E merapikan tempat tidur dan mencuci piring sedangkan pada Sdri. R menggambar dan merapikan tempat tidur), menjelaskan masalah yang dihadapi (pada Ny. E kegagalan dalam berumah tangga sedangkan pada Sdri. R kurangnya perhatian dari orangtua), mampu mendemonstrasikan kembali kegiatan yang dipilih, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia (baik Ny. E maupun Sdri. R mempunyai inisiatif minum obat secara teratur dan kontrol rutin setelah pulang).

Dari ulasan yang dijelaskan oleh peneliti menyimpulkan pada kasus Ny. E setelah diterapkan SP 1P dan SP 2P masalah harga diri rendah sudah teratasi ditunjukkan pasien terlihat bersemangat, mau melihat lawan bicara dan mau menerapkan jadwal yang telah dibuat. Sedangkan pada kasus Sdri. R setelah

diterapkan SP 1P dan SP 2P masalah harga diri rendah dikatakan kurang berhasil karena evaluasi yang ditunjukkan pasien tidak mau menerapkan jadwal kegiatan yang telah dibuat sebelumnya, pasien masih perlu untuk diingatkan dalam melakukan aktivitasnya.