

BAB IV
HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Setelah penulis melaksanakan Asuhan keperawatan keada Tn. J dengan gangguan Harga Diri Rendak Kronik yang dilaksanakan dari tanggal 10 April 2023 sampai 19 April 2023 dan bertempat di ruang Merak Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. Hasil studi kasus ini dibuat dan dibahas guna memberikan gambaran nyata terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Harga Diri Rendah Kronik. Maka dari itu penulis menyajikan suatu kasus sebagai berikut :

4.1.1 Hasil Pengkajian

A. Pengumpulan Data

1. IDENTITAS KLIEN

Inisial :	Tn. J (L)	Tanggal Pengkajian :	11 April 2023
Umur :	27 Tahun	No.Medical Record :	097665
Pendidikan :	SD	Agama :	Kristen protestan
Pekerjaan :	Tidak bekerja	Status Martial :	Belum menikah
Alamat :	Jl. Kopo G H. Hamim No.19 Rt01/01 Cirangrang, Babakan Ciparay,	Suku :	Sunda
		Diagnose Medis:	Skizofrenia disorder

	Bandung		
--	---------	--	--

2. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Inisial :	Ny. S	Hub. Dengan klien :	Ibu
Umur :	59 Tahun	Status Martial :	Cerai mati
Pendidikan :	Tidak tahu	Agama :	Kristen protestan
Pekerjaan :	Ibu rumah tangga		
Alamat :	Jl. Kopo G H. Hamim No.19 Rt01/01 Cirangrang, Babakan Ciparay, Bandung		

3. FAKTOR PRESIPITASI DAN ALASAN MASUK RUMAH SAKIT

Presipitasi : keinginannya tidak terpenuhi (**membeli alat musik**)

Alasan Masuk Rs : pasien sering mengurung diri di kamar, malas beraktivitas, tiba-tiba marah, menolak jika diajak untuk bersosialisasi, pasien merasa berbeda dengan adik-adiknya karena hanya ia yang putus sekolah saat kelas 5 SD, pasien tampak gelisah.

Saat Dikaji : pasien mengatakan tidak bisa apa-apa, tidak punya kelebihan apa-apa, saat bicara sering menunduk, tatapan mata kurang, suara lirih, sering diam, dan menyendiri. Jika diajak bergabung atau berkenalan dengan

yang lain pasien mengatakan malas.

4. FAKTOR PREDISPOSISI

4.1 Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

Ya	Tidak
√	

4.2 Pengobatan sebelumnya :

Berhasil	Kurang Berhasil	Tidak Berhasil
	√	

4.3 TABEL

	Pelaku	Usia	Korban	Usia	Saksi	Usia
Aniaya Fisik						
Aniaya Seksual						
Penolakan						
Kekerasan dalam keluarga			√			
Tindakan kriminal						

Jelaskan No. 1, 2, 3 :

4.4 Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya	Tidak
	√

Hubungan keluarga : tidak ada

Gejala : tidak ada

Riwayat pengobatan/perawatan : pasien pernah berobat ke nur ilahi selama 5 hari, lalu di rsj selama 2 minggu yang lalu pada bulan maret

4.5 Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan ayahnya selalu melakukan kekerasan pada pasien saat ia kecil

5. FISIK

5.3 Tanda Vital

TD I : 120/90 mmHg

TD II : 120/80 mmHg

N : 86x/menit

S: 36,5 C

P: 20x/menit

5.4 Ukur :

TB saat ini : 155 cm

BB saat ini : 60 kg

TB sebelum dirawat : 155 cm

BB sebelum dirawat : 55kg

5.5 Keluhan Fisik

Ya	Tidak
√	

Jelaskan : pasien mengalami sindrom ekstrapiramidal dimana kondisi tubuh yang bergerak tidak terkendali akibat efek samping obat.

5.6 Pemeriksaan Sistem tubuh : (fokus pada kebersihan dan efek samping obat psikofarmaka yang diminum klien)

Sistem :

a. Integument

warna kulit sawo matang, tidak terdapat rubor, kalor, dolor, tidak ada oedema, turgor kulit baik dan kembali < 3 detik.

b. Penglihatan dan pendengaran

Penglihatan : bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih keruh, tidak terdapat oedema pada palpebra, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, reflek cahaya (+) pasien dapat melihat papan nama perawat dengan jarak 30cm, kontak mata pasien kurang

Pendengaran : bentuk telinga simetris, pendengaran pasien baik, terbukti pasien dapat menjawab pertanyaan perawat

c. Pencernaan

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir lembab dan berwarna merah muda, tidak dapat stomatitis, tidak tampak pembesaran hepar. Tidak ada distensi abdomen, bising usus 12x/menit. Pasien mengatakan jika BAB terdapat darah.

d. Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran vena jugularis

e. Perkemihan

pasien mengatakan banyak minum dan BAKnya lancar tidak terdapat nyeri saat berkemih

f. Persyarafan

kesadaran composmentis, pasien mengeces, pasien bisa membedakan benda tajam dan halus

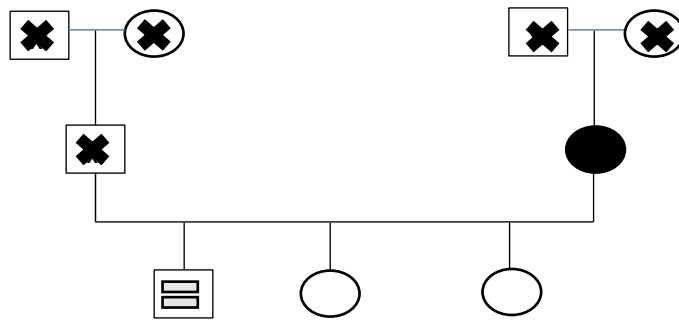
g. Musculoskeletal

Atas : jumlah jari lengkap, pasien dapat fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi, supinasi, pronasi, CRT <3 detik, pasien tampak sering mengepal-
ngepalkan tangannya

Bawah : jumlah jari lengkap, pasien dapat fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi, supinasi, pronasi, CRT <3 detik

6. PSIKOSOSIAL

6.1 Genogram (min. 3 generasi)



Keterangan : :

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| ○ : perempuan | ☐☐☐ : pasien |
| ☐ : laki-laki | ● : orang terdekat |
| ⊗ : perempuan meninggal | |
| ⊗ : laki-laki meninggal | |

Jelaskan : Pasien anak pertama dari tiga bersaudara, pasien tinggal bersama dengan ibu dan adik-adiknya

Jelaskan :

- Keturunan Gangguan jiwa : pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.
- Pola Komunikasi : komunikasi pasien kurang baik, terbukti pasien selalu marah ketika keinginannya tidak terpenuhi.
- Pengambilan Keputusan : pasien mengatakan di dalam keluarga ibu yang mengambil keputusan
- Pola Asuh : pasien kurang kasih sayang pada saat ia kecil

6.2 Konsep Diri

- a. Gambaran diri : pasien mengatakan tubuh yang paling disukai adalah tangan
- b. Identitas : pasien mengatakan bahwa dirinya seorang laki-laki dan bersyukur terlahir sebagai laki-laki
- c. Ideal diri : pasien mengatakan ingin lebih diterima dan dihargai khususnya di dalam keluarga dan orang terdekatnya
- d. Peran : pasien mengatakan dalam keluarganya merupakan seorang anak dan kakak bagi adik-adiknya
- e. Harga diri : pasien mengatakan merasa berbeda dengan adik-adiknya karena hanya ia yang putus sekolah saat kelas 5 SD

6.3 Hubungan Sosial & System Pendukung

6.3.1 Hubungan Sosial :

- a. Orang yang berarti : Pasien mengatakan ibu adalah orang yang berarti bagi pasien
- b. Peran dalam kegiatan kelompok / masyarakat : pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan kelompok seperti karang taruna, dsb.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : pasien mengatakan malas berinteraksi dengan orang lain

6.3.2 System pendukung

- a. Keluarga : pasien mengatakan cukup dekat dengan ibunya
- b. Teman : sekolah dan satu pekerjaan : pasien mengatakan malas untuk berhubungan dengan orang lain

6.4 Spiritual

- a. Nilai / keyakinan terhadap sakitnya : pasien mengatakan sakit yang ia derita ada;ah cobaan dari Tuhan Yesus
- b. Keyakinan akan kesembuhan : pasien mengatakan yakin akan sembuh dari penyakitnya, karena ia berusaha akan memperbaiki diri menjadi lebih baik
- c. Kegiatan ibadah : pasien mengatakan bahwa ia jarang untuk beribadah

7. STATUS MENTAL

7.1 Penampilan

√	Rapuh		Tidak Rapuh
---	-------	--	-------------

Penggunaan Pakaian	√	Sesuai		Tidak sesuai/cara berpakaian tidak seperti biasanya
--------------------	---	--------	--	---

Jelaskan : penampilan rapuh, baju dan celana dipakai sesuai

7.2 Pembicaraan

	Cepat		Keras		Gagap		Inkoheren
	Apatis	√	Lambat	√	Membisu		Lembut dan jelas
√	Tidak mampu memulai pembicaraan						

Jelaskan : pada saat dikaji suara pasien terdengar lirih

7.3 Aktivitas Motorik

	Lesu		Tegang	√	Gelisah		Agitasi
--	------	--	--------	---	---------	--	---------

	TIK		Grimasen		Tremor		Kompulsif
	Tenang						

Jelaskan : pasien tampak gelisah

7.4 Alam Perasaan

	Sedih		Ketakutan		Putus Asa	√	Khawatir
	Senang		Gembira berlebihan				

Jelaskan : pasien khawatir karena takut untuk tidak pulang

7.5 Afek

	Datar		Tumpul		Labil	√	Sesuai
	Tidak sesuai						

Jelaskan : alam perasaan dan afek sesuai dengan apa yang diucapkan oleh pasien

7.6 Interaksi selama wawancara

	Bermusuhan		Tidak Kooperatif		Mudah Tersinggung		Curiga
	Defensif	√	Kontak mata (-)		Kooperatif		

Jelaskan : pasien selalu menunduk ketika saat dikaji

7.7 Persepsi

	Pendengaran		Penglihatan		Perabaan
	Pengecapan		Penghidu	√	Akurat

Jelaskan : panca indera pasien baik

7.8 Proses Pikir

	Sirkumtansial		Tangensial		Kehilangan asosiasi
	Flight of idea		Blocking		Pengulangan pembicaraan/perseverasi
√	Tidak terganggu				

Jelaskan : pasien tidak mengalami gangguan pada proses pikir

7.9 Isi pikir

	Obsesi		Fobia		Hipokondria
	Depersonalisasi		Ide yang terkait		Pikiran magis
√	Tidak terganggu				

Waham

	Agama		Somatik		Kebesaran		Curiga
	Nihilistic		Sisip pikir		Siar pikir		Kontrol pikir

√	Tidak ditemukan
---	-----------------

Jelaskan : tidak ada waham pada pasien

7.10 Tingkat kesadaran

	Bingung		Sedasi		Stupor	√	Tidak terganggu
--	---------	--	--------	--	--------	---	-----------------

Disorientasi

	Waktu		Tempat		Orang	√	Orientasi baik
--	-------	--	--------	--	-------	---	----------------

Jelaskan : pasien dapat menyebutkan waktu, tempat dan orang sekitar

7.11 Memori

	Gangguan daya ingat jangka panjang		Gangguan daya ingat jangka pendek		Gangguan daya ingat saat ini
	Konfabulasi	√	Tidak ada gangguan		

Jelaskan : pasien mampu mengingat tanggal lahirnya yaitu 3 januari 1996

7.12 Tingkat konsentrasi dan berhitung

√	Mudah beralih		Tidak mampu konsentrasi
	Tidak mampu berhitung sederhana	√	Baik dan mampu berhitung sederhana

Jelaskan : pandangan pasien mudah teralihkan oleh orang sekitarnya, pasien

mampu menghitung sederhana dengan penjumlahan dan pengurangan

7.13 Kemampuan penilaian

√	Dapat membuat penialain yang sederhana
	Tidak dapat membuat penilaian yang sederhana

Jelaskan : pasien mengatakan bahwa mencuri itu tidak baik

7.14 Daya tilik diri

	Mengingkari penyakit yang diderita
	Menyalahkan hal-hal diluar dirinya
√	Mengatakan bahwa dirinya sedang sakit / gangguan jiwa

Jelaskan : pasien mengatakan bahwa ia sedang sakit dan di rawat di rsj

8. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

8.1 Makan

√	Mandiri		Bantuan minim		Bantuan total
---	---------	--	---------------	--	---------------

8.2 BAB / BAK

√	Mandiri		Bantuan minim		Bantuan total
---	---------	--	---------------	--	---------------

Jelaskan : pasien masih bisa makan dan ke toilet sendiri

8.3 Mandi

√	Mandiri		Bantuan minim		Bantuan total
---	---------	--	---------------	--	---------------

8.4 Berpakaian / berhias

√	Mandiri		Bantuan minim		Bantuan total
---	---------	--	---------------	--	---------------

8.5 Istirahat dan tidur

√	Tidur siang lama : 13.00 s/d 14.00
√	Tidur malam lama : 20.00 s/d 05.00
	Kegiatan sebelum / sesudah tidur

8.6 Pengetahuan & Penggunaan obat :

8.6.1 Pengetahuan tentang pengobatan

	Mengetahui jenis obat yang diminum
	Mengetahui manfaat obat yang diminum
	Pengetahuan pasien tentang lamanya harus minum obat

8.6.2 Penggunaan obat

√	Bantuan minim		Bantuan total
---	---------------	--	---------------

Keterangan : pasien mengatakan obat dibantu oleh ibunya

8.7 Pemeliharaan Kesehatan

Perawatan lanjutan :

Ya	Tidak
√	

Keterangan : pasien mau melakukan perawatan

Perawatan pendukung :

Ya	Tidak
√	

Keterangan : keluarga selalu mendukung kesembuhan pasien

8.8 Kegiatan di dalam rumah :

Mempersiapkan makanan

Ya	Tidak
√	

Menjaga kerapihan rumah

Ya	Tidak
√	

Mencuci pakaian

Ya	Tidak
√	

Pengaturan keuangan

Ya	Tidak
	√

8.9 Kegiatan di luar rumah :

Belanja

Ya	Tidak
	√

Transportasi

Ya	Tidak
	√

8. MEKANISME KOPING

Adaptif		Maladaptif
Bicara dengan orang lain		Minum alkohol
Mampu menyelesaikan masalah	√	Reaksi lambat / berlebih
Teknik relaksasi		Bekerja berlebihan
Aktivitas konstruktif	√	Menghindar
Olahraga		Mencederai Fisik
Lainnya		

Jelaskan : pasien tidak mau diajak bicara dengan orang lain karena malas, pasien tidak mampu menyelesaikan masalah yang sedang ia hadapi.

9. TERAPI MODALITAS

- a. Terapi gerak : terapi dilakukan pada pagi hari dipandu oleh perawat, pasien

hanya melakukan gerakan mencuci tangan dan senam

- b. Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) : pasien mengikuti salah satu terapi aktivitas kelompok yang bertujuan untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimilikinya
- c. Terapi Aktivitas Kelompok Musik (TAKM) : terapi dilakukan dengan mendengarkan musik dan menyanyikan lagu yang disukai pasien

10. ASPEK MEDIK

a. Diagnose Medik : Skizofrenia Disorder

b. Terapi Medik :

No.	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Diralproex	1 – 0 – 0	Oral
2.	THD	1 – 0 – 1	Oral
3.	Larozepam	0 – 0 – 1	Oral
4.	Clozepam	0 – 0 – 1	Oral
⋮			
⋮			
⋮			

c. Hasil Pemeriksaan Penunjang

Nama pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
Hematologi			
Darah Rutin			
Hemaglobin	16,5	g/dl	13,2 – 17,2
Leukosit	9.400	/uL	3800 – 10.600
Hematokrit	46.0	%	40 – 52
trombosit	262.000	uL	150.000 – 400.000
Eritrosit	5.5	10^6	4.4 - 5.9
MCV	83,1	Fi	80 -100
MCH	29,7	Dg	28 – 33
MCHC	35.8	g/dl	33 – 36
GDS	132	mg/dl	74 – 180
Eosinofil	6.0	%	2 – 4

Basofil	1.0	%	0 – 1
Leutrofil	43.0	%	50 – 70
Limfosit	42.0	%	25 -40
Monosif	8		2 – 8

EKG, Brain Mapping, dll : tidak ada

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

2.1 Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	DS : - Pasien mengatakan merasa berbeda dengan adik-adiknya karena hanya ia yang outus sekolah saat kelas 5 SD - Pasien mengatakan tidka bisa apa-apa - Pasien mengatakan tidak punya kelebihan apa-apa DO : - Pasien tampak sering mununduk saat diajak berbicara - Kontak mata kurang - Suara tampak lirih - Sering diam	Harga diri rendah kronik
2	DS : - Pasien mengatakan malas untuk berinteraksi dengan orang lain DO : Pasien tampak sering menyendiri	Isolasi Sosial

2.2 Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Harga diri rendah kronik
2. Isolasi sosial

4.1.2 Perencanaan, Implementasi dan evaluasi Formatif

Nama Pasien : Tn. J

No. RM : 097665

Ruang Rawat : Ruang Merak

No.	Dx. Keperawatan	Perencanaan		Implementasi & Evaluasi Formatif	
		Tujuan & Kriteria Evaluasi	Intervensi		Rasional
1.	Harga diri rendah kronik	<p>TUM : Pasien dapat meningkatkan rasa kepercayaan dirinya.</p> <p>TUK 1: Setelah 3x pertemuan pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat. Dengan kriteria a. Beri salam dengan senyum dan ramah setiap interaksi.</p> <p>1. Pasien menjawab</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan cara :</p> <p>a. Beri salam dan ramah setiap interaksi.</p>	<p>1. Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya. a. Menunjukkan penghargaan perawat kepada pasien</p>	<p>Implementasi : Selasa, 11 April 2023 jam 10.00 Pertemuan 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberi salam dengan senyum dan ramah setiap interaksi Mengingatnkan nama perawat dan nama panggilan pasien Menanyakan nama pasien dan nama kesukaannya Menjelaskan peran perawat – pasien dan kerahasiaan

No	Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi & Evaluasi Sumatif
		salam.			
	2. Pasien tersenyum		b. Ingatkan nama perawat dan nama panggilan pasien.	b. merupakan modal awal seseorang dapat membuka diri dengan orang lain.	5. Mengatur posisi dan ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dan perawat
	3. Pasien bersedia berkenalan.			c. Membuka diri bagi perawat untuk memudahkan dan membina hubungan saling percaya dengan pasien.	6. Menunjukkan sikap empati, tenang, bersahabat serta menatap pasien
	4. Pasien dapat mengingat nama perawat.		c. Tanyakan nama pasien dan nama kesukaannya.		7. Mengevaluasi perasaan terkait HDRK
	5. Ada kontak mata.			d. Memperkenalkan diri dan menyebutkan nama panggilan yang disukai dapat meningkatkan rasa percaya kepada orang lain.	8. memvalidasi upaya yang dilakukan untuk mengatasi HDRK
	6. Pasien bersedia menceritakan perasaannya		d. Jelaskan peran perawat - pasien dan kerahasiaan.		9. menjelaskan tindakan yang akan dilakukan
	7. Pasien bersedia mengungkapkan masalah				10. menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
					11. menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan
					12. menyepakati bersama pasien tentang tindakan yang akan dilakukan
					13. membuka pembicaraan topik netral seperti tanyakan aktivitas yang telah dilakukan. Perasaan pasien, masalah yang dihadapi, dan berikan respon yang sesuai
					Evaluasi Formatif :
					1. Pasien menjawab selamat pagi
					2. Pasien mengatakan belum tahu nama

dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi & evaluasi keperawatan
	yang sedang di hadapinya. 8. Pasien bersedia menyepakati kontrak.	<ul style="list-style-type: none"> e. Atur posisi dan ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dan perawat f. Tunjukkan sikap empati, tenang, bersahabat, serta menatap pasien g. Evaluasi perasaan terkait HDRK h. Validasi upaya yang dilakukan untuk mengatasi HDRK i. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan j. Jelaskan tujuan tindakan yang 	<ul style="list-style-type: none"> e. Posisi yang nyaman dan lingkungan yang aman bagi pasien dan perawat dapat membuat relaksasi sehingga menjadi tenang f. Membuka diri bagi perawat untuk memudahkan dan membina hubungan saling percaya dengan pasien. g. Perasaan pasien yang stabil dan tenang menunjukkan perkembangan h. Mengetahui apakah upaya 	<p>Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Pasien mengatakan suka dipanggil dengan joshua 4. Pasien mengatakan tidak bisa melakukan apa-apa 5. Pasien mengatakan belum tahu upaya yang dilakukan untuk mengatasi HDRK 6. Pasien mengerti tujuan yang akan dilakukan perawat 7. Pasien mengatakan 10 menit saja 8. Pasien mengatakan tadi pagi sudah mengikuti senam 9. Pasien mengatakan merasa sedikit senang, pasien tampak gelisah dan selalu mengatakan ingin cepat pulang <p>Evaluasi Formatif Rabu 12 April 2023 jam 10.30 Pertemuan II</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien menjawab selamat pagi 2. Pasien mengenal nama perawat 3. Pasien mengatakan suka bermain musik

Dx. Keperawatan	Tujuan	intervensi	Rasional	Implementasi & evaluasi Keperawatan
		Akan dilakukan	yang telah dilakukan apakah	4. Pasien masih belum tahu upaya yang harus dilakukan untuk mengatasi HDRK
	k. Jelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan		ada perubahan atau tidak	5. Pasien menyetujui dengan waktu 10 menit saja dengan mendengarkan musik yang disukainya
	l. Sepakati bersama pasien tindakan yang akan dilakukan		i. Mengetahui apakah upaya yang telah dilakukan berefek atau tidak	6. Pasien mengatakan bahwa tadi sudah mandi, makan, dan mengikuti senam
	m. Buka pembicaraan dengan topik netral, seperti tanyakan aktivitas yang telah dilakukan, perasaan pasien, masalah yang sedang dihadapi, dan		j. Memfokuskan tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi HDRK pasien	Evaluasi formatif : Kamis, 13 April 2023 14.00
			k. Kontrak waktu merupakan cara untuk menjalin hubungan yang terapeutik	1. Pasien menjawab selamat pagi
			l. Dapat mengarahkan pasien terfokus pada tindakan yang akan dilakukan	2. Pasien mengenal nama perawat
				3. Pasien mengatakan suka bermain musik , dan ingin bernyanyi
				4. Pasien mengatakan sudah mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan yaitu dengan mengasah kemampuan yang dimilikinya
				5. Pasien menyepakati dengan waktu 10 menit
				6. Pasien mengatakan tadi siang sudah makan dan tidur

Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi & evaluasi formatif
		Berikan respon yang sesuai	m. Dengan membuka pembicaraan topik netral dapat membuat pasien merasa didengarkan dan di perhatikan	
	TUK 2 : Setelah 3x pertemuan pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. Dengan kriteria hasil : 1. pasien dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimilikinya 2. pasien dapat menyebutkan aspek positif	1. diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien a. Tanyakan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien b. Tanyakan aspek positif yang diberikan keluarga c. Tanyakan aspek positif	1. menggali aspek positif dan kemampuan pasien dapat menyadarkan bahwa pasien memiliki keistimewaan dalam dirinya a. dengan mengetahui aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien dapat menggali potensi yang dimiliki b. dengan mengetahui aspek	Implementasi : Selasa, 11 April 2023 jam 11.00 Pertemuan I : 1. Menanyakan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki 2. Menanyakan aspek positif yang diberikan keluarga 3. Menanyakan aspek positif yang diberikan lingkungan 4. Membantu pasien menuangkan aspek positif dan kemampuan miliknya dalam daftar tulisan 5. Memberi pujian saat pasien dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimilikinya Evaluasi formatif : 1. pasien mengatakan suka mencuci piring,

Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	rasional	Implementasi & evaluasi Formatif
	<p>Keluarga</p> <p>3. pasien dapat menyebutkan aspek positif pendukung (teman, tetangga, lingkungan disekitar pasien)</p> <p>4. pasien dapat membuat daftar aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien bersama perawat</p>	<p>Yang diberikan lingkungan</p> <p>2. Bantu pasien menuangkan aspek positif dan kemampuan miliknya dalam daftar tulisan</p> <p>3. Beri pujian saat pasien menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimilikinya</p>	<p>Positif yang diberikan keluarga maka akan mengetahui bagaimana keluarga memandang pasien c. dengan mengetahui aspek positif yang diberikan lingkungan seperti teman dan tetangga maka akan mengetahui bagaimana lingkungan memandang pasien</p> <p>2. dengan membuat daftar tulisan maka akan lebih mudah untuk pasien menuangkan aspek positif yang dimiliki</p> <p>3. dengan memberikan pujian maka akan membuat</p>	<p>Dan mencuci baju</p> <p>2. Pasien mengatakan keluarga selalu mendukung apa saja yang dilakukan oleh pasien namun dahulu karena ayahnya selalu tidak mendukung jadi ia trauma untuk melakukan kegiatan yang ia sukai</p> <p>3. Pasien mengatakan tidak mempunyai kemampuan apa-apa</p> <p>4. Perawat berusaha untuk menggali lebih dalam mengenai kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>5. Perawat memberi pujian pada saat pasien mengatakan ia suka mencuci piring dan mencuci baju</p> <p>Evaluasi formatif : Rabu, 12 April 2023 jam 11..30</p> <p>1. Pasien mengatakan suka bermain musik</p> <p>2. Pasien mengatakan bisa bermain gitar</p> <p>3. Perawat berusaha kembali untuk menggali kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>Evaluasi formatif : Kamis 13, April 2023 jam 15.00</p> <p>1. Pasien mengatakan suka bermain musik terutama gitar, pasien suka bernyanyi</p>

Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi formatif
			pasien menjadi semangat untuk menggali kemampuannya.	2. Pasien mau bernyanyi dengan lagu kesukaannya yaitu tri suaka dengan judul aku bukan jodohnya 3. Suara pasien sangat bagus dan pasein senang diberikan pujian
	TUK 3: Setelah 2x pertemuan pasien dapat menilai kemampuan yang digunakan. Dengan kriteria hasil: Pasien dapat menentukan kemampuan yang dapat dilakukan di rumah sakit dan di rumah.	Bantu pasien menentukan kegiatan apa yang bisa dia lakukan di rumah ataupun di rumah sakit. Untuk mengembangkan kemampuan/ aspek positif yang dimiliki.	Pasien menyadari apa yang bisa dilakukan baik di rumah dan di rumah sakit, dapat memicu kembalisesangat dan rasa percaya diri atau perasaan bahwa pasien akan mampu melakukan berbagai kegiatan karena memang memiliki kemampuan yang bisa dia lakukan secara mandiri.	Implementasi : Rabu, 12 April 2023 Implementasi peremuan I & II : 1. Membantu pasien menentukan kegiatan apa yang bisa dia dilakukan di rumah ataupun di rumah sakit untuk mengembangkan kemampuan atau aspek positif yang dimiliki Evaluasi formatif : Rabu, 12 April 2023 jam 12.30 1. Pasien mengatakan hanya ingin bernyanyi saja Kamis, 13 April 2023 16.00 1. Pasien mengatakan sangat senang bisa bernyanyi kembali 2. Pasien mengatakan tidak bisa bermain gitar lagi karena ayah telah merusak gitarnya

Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi & evaluasi formatif
	<p>TUK 4 : Setelah 2x pertemuan pasien dapat menyusun rencana kegiatan. Dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Pasien dapat membuat daftar rencana kegiatan harian yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan pasien dengan bantuan perawat.</p> <p>b. Pasien dapat</p>	<p>1. Bersama pasien buat daftar rencana kegiatan dan jadwal kegiatan harian yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan pasien.</p> <p>2. Masukkan daftar rencana ke dalam jadwal kegiatan sehari – hari.</p>	<p>1. Dengan adanya kegiatan yang terjadwal dengan baik akan memudahkan bagi pasiendalam melaksanakan kegiatan sehari-hari secara terpola.</p> <p>2. Rencana yang diinginkan pasien dapat terealisasikan sehingga meningkatkan rasa percaya diri.</p>	<p>Implementasi : Rabu, 12 April 2023 Pertemuan 1 & II :</p> <p>1. Bersama pasien membuat daftar rencana kegiatan dan jadwal kegiatan harian yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan</p> <p>2. Memasukan daftar rencana ke dalam jadwal kegiatan sehari-hari</p> <p>Evaluasi formatif : Rabu, 12 April 2023 jam 13.30</p> <p>1. Pasien mengatakan kegiatan di rs hanya makan, tidur, mandi, dan senam</p> <p>2. Pasien tidak mau menulis sendiri di daftar kegiatan hariannya</p> <p>Kamis, 13 April 2023 jam 17.00</p> <p>1. Pasien mengatakan kegiatannya hanya makan, tidur, mandi, senam, dan bernyanyi jika ada perawat saja. Dan untuk di rumah hanya mencuci piring, mencuci baju, dan mengurus ayam</p>

Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi & evaluasi formatif
	memasukkan daftar rencana ke dalam jadwal sehari-hari.			
	<p>TUK 5 :</p> <p>Setelah 2x pertemuan pasien mampu melakukan kegiatan yang dipilih. Dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Melaksanakan kegiatan yang sesuai rencana.</p> <p>b. Merasa senang dan termotivasi melakukan kegiatan yang dipilih</p>	<ol style="list-style-type: none"> Anjurkan pasien untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilakukan. Pantau kegiatan yang dilaksanakan pasien. Berikan pujian saat pasien melakukan kegiatan sesuai jadwal. 	<ol style="list-style-type: none"> Kegiatan yang terlaksanakan akan meningkatkan rasa percaya diri pasien. Kegiatan yang terawasidapat meminimalkan kesalahan serta untuk mengevaluasi kemampuan pasien melakukan kegiatan yang dipilih. Meningkatkan motivasipasien dalam melaksanakan kegiatan sehari- 	<p>Implementasi :</p> <p>Rabu, 12 April 2023</p> <p>Pertemuan I & II :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan pasien untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilakukan Memantau kegiatan yang dilakukan pasien <p>Evaluasi formatif :</p> <p>Rabu, 12 April 2023 jam 15.00</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien menolak untuk melakukan kegiatan Pasien tampak berbaring saja Perawat mencoba untuk membujuk pasien kembali untuk melakukan kegiatan Pasien mengatakan tidak mau melakukan kemampuan yang ia miliki <p>Kamis, 13 April 2023 jam 17.00</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mau bernyanyi bersama Pasien tampak aktif saat bernyanyi <p>Pasien senang karenan dipuji</p>

Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi & evaluasi formatif
	pasien. c. Menyusun tentang pelaksanaan kegiatan setelah pasien pulang	4. Diskusikan rencana pelaksanaan kegiatan setelah pasien pulang.	hari dan meningkatkan rasa percaya diri pasien. 4. Kegiatan yang direncanakan akan membiasakan pasien melaksanakan kegiatannya secara terarah.	3. Pasien senang karenan dipuji suaranya bagus 4. Pasien mau mencoba kembali untuk bernyanyi, namun untuk bermain gitar pasien masih sedikit trauma
	TUK 6 : Setelah 2x pertemuan pasien dapat mengikuti kegiatan sosial berkelompok (TAK). Dengan kriteria hasil: a. Pasien dapat menjelaskan tujuan TAK. b. Pasien dapat menjelaskan kegunaan	a. Jelaskan pengertian TAK b. Jelaskan kepada pasien tujuan dari kegiatan TAK. c. Jelaskan kepada pasien kegunaan TAK. d. Jelaskan prosedur pelaksanaan TAK	1. Dengan pasien mengetahui TAK akan memudahkan pasien memahami kegiatan TAK. 2. Kegiatan TAK dapat mendorong pasien untuk mau berinteraksi dengan dunia luar dan lebih membuka dirinya.	Implementasi : Kamis, 13 April 2023 17.00 Jumat, 14 April 2023 10.00 Pertemuan 1 & II 1. Menjelaskan pengertian TAK 2. Menjelaskan kepada pasien tujuan dari kegiatan TAK 3. Menjelaskan kepada pasien kegunaan TAK 4. Menjelaskan prosedur pelaksanaan TAK 5. Memotivasi pasien untuk mengikuti TAK 6. Membuat kontrak waktu, tempat, topik dengan pasien untuk melakukan

dx. keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional .	Implementasi & Evaluasi keperawatan
	TAK.	e. Motivasi pasien untuk mengikuti TAK	3. Kegiatan TAK akan membuat pasien lebih membuka dirinya karena dalam TAK tentu melibatkan interaksi yang aktif karena kegiatannya dilakukan secara berkelompok.	kegiatan TAK
	c. Pasien dapat menjelaskan prosedur pelaksanaan TAK.	f. Buat kontrak Intervensi waktu, tempat, topik dengan pasien untuk melakukan kegiatan TAK.	4. Dengan mengetahui prosedur pelaksanaan maka dapat mempermudah jalannya TAK.	7. Memasukan TAK kedalam jadwal harian
	d. Pasien bersedia terlibat dalam kegiatan TAK.	g. Masukan TAK kedalam jadwal harian	5. Dengan memberikan motivasi kepada pasien, dapat memberikan dorongan pasien untuk mengikuti	Evaluasi formatif : 1. Pasien mengerti apa itu pengertian TAK, tujuan kegiatan TAK, kegunaan TAK, prosedur pelaksanaan TAK 2. Pasien mau mengikuti TAK 3. Pasien menyetujui dengan kontrak waktu 10 menit, di ruangan tengah, dengan topik kemampuan yang dimiliki



dx. keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi & Evaluasi Keperawatan
			<p>TAK.</p> <p>6. Kontrak waktu ,tempat, topik merupakan cara agar kegiatan TAK terarah.</p> <p>7. Dengan memasukan TAK dalam jadwal harian dapat membuat kegiatan menjadi terarah dan pasien tidak lupa.</p>	
	<p>TUK 7 : Setelah 1x pertemuan keluarga terlibat dlam perawatan pasien. Dengan kriteria hasil :</p> <p>a. keluarga menyatakan bersedia berdiskusi</p>	<p>1. bina hubungan saling percaya</p> <p>2. diskusikan bersama keluarga tentang hambatan/ masalah yang dirasakan selama merawat pasien di rumah</p> <p>3. jelaskan</p>	<p>1. hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi</p> <p>2. mengetahui hambatan masalah yang dirasakan keluarga di rumah</p> <p>3. keluarga dapat</p>	<p>Implementasi: Senin, 17 April 2023 jam 13.00</p> <p>Pertemuan I :</p> <p>1. Mendiskusikan bersama keluarga tentang hambatan/masalah yang dirasakan di rumah</p> <p>2. Menjelaskan pengertian, tanda gejala, dan proses terjadinya HDRK</p> <p>3. Menjelaskan cara merawat pasien HDRK</p> <p>4. Menerima pasien apa adanya</p>



Dx. Keperawatan	tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi & evaluasi keperawatam
	Dengan perawat	Pengertian, tanda gejala dan proses terjadinya HDRK	Mengenali tanda dan gejala agar dapat melakukan tindakan yang tepat dalam membantu pasien	5. menganjurkan keluarga mengenali aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien
b.	Keluarga menyebutkan masalah yang dirasakan selama merawat pasien di rumah	4. Jelaskan cara merawat pasien HDRK	4. untuk menambah pengetahuan keluarga mengenai cara merawat pasien dengan HDRK	6. menilai kemampuan yang dapat dikembangkan dan ada kemungkinan keberhasilan
c.	Keluarga menyebutkan pengertian, tanda gejala, proses terjadinya serta merawat pasien HDRK	5. Terima pasien apa adanya (kelebihan dan kekurangan)	5. menerima setiap kekurangan dan kelebihan pasien akan membuat pasien lebih percaya diri	7. menganjurkan keluarga agar memberikan kesempatan pasien untuk mengembangkan kemampuan dengan melibatkan pasien dalam kegiatan sehari-hari sesuai kemampuan
d.	Berpartisipasi selama pasien dirawat di rumah sakit	6. Anjurkan keluarga mengenali aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien	6. peran keluarga sangat membantu dalam mengembangkan aspek positif dan kemampuan yang pasien miliki	8. memberikan pujian setiap tindakan yang dilakukan dan tidak mencela
e.	Menjelaskan cara menggunakan obat yang benar	7. Nilai kemampuan yang dapat dikembangkan dan ada kemungkinan keberhasilan	7. dengan memberikan penilaian terhadap	9. memberikan kesempatan pasien untuk berhubungan dengan oarnag lain
		8. Anjurkan		10. menjelaskan kepada keluarga cara minum obat yang benar, cara mempertahankan kontinuitas minum obat dan membuat jadwal minum obat, jelaskan dampak jika tidak minum obat secara benar
				11. menjelaskan kepada keluarga tentang jadwal kontrol ulang pasien dan dampak jika tidak melakukan kontrol ulang
				Evaluasi formatif :
				1. Keluarga mengatakan sulit untuk mengontrol amarah pasien
				2. Keluarga tampak mengerti setelah diberi penjelasan




Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi & evaluasi formatif
		<p>Keluarga memberikan kesempatan pasien untuk mengembangkan kemampuan dengan melibatkan pasien dalam kegiatan sehari-hari sesuai kemampuan</p> <p>9. berikan pujian setiap tindakan yang dilakukan dan tidak mencela</p> <p>10. berikan kesempatan pasien untuk berhubungan dengan orang lain</p> <p>11. jelaskan kepada keluarga cara minum ibat yang benar, cara mempertahankan kontinuitas minum</p>	<p>Kemampuan yang pasien miliki maka akan mempermudah dalam mengembangkan kemampuannya</p> <p>8. Memberikan kesempatan agar pasien dapat mengembangkan aspek dan kemampuan yang dimilikinya</p> <p>9. Menkuatkan dan memberikan apresiasi atas kemajuan pasien</p> <p>10. Memberi kesempatan untuk berhubungan dengan orang lain dapat membantu proses dalam mengembangkan</p>	<p>3. Keluarga akan berusaha untuk mendukung setiap kemampuan yang pasien miliki</p> <p>4. Keluarga mengetahui jadwal kontrol ulang pertama pada tanggal 2 Mei 2023</p>

dx. keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi & evaluasi keperawatan
		obat dan membuat Jadwal minum obat, jelaskan dampak jika tidak minum obat dengan benar 12. jelaskan kepada keluarga tentang jadwal kontrol ulang pasien dan dampak jika tidak melakukan kontrol ulang	Aspek dan kemampuan pasien 5. Pengetahuan keluarga mengenai obat akan membantu proses penyembuhan pasien 6. Dengan kontrol yang teratur akan memonitor kondisi pasien sehingga dapat semakin membaik	

4.1.3 Evaluasi Sumatif

No.	Dx. Keperawatan	TUK No.	Evaluasi	Tanda Tangan & Nama Jelas
1.	Harga diri rendah kronik	1 13 April 2023 14.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan terima kasih karena telah percaya kepadanya - Pasien mengatakan jika ia ada masalah akan menceritakan kepada ibunya - Pasien mengatakan jadi tahu terkait masalah harga diri rendah kronik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sering senang dan senyum <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p>	 Syifa Nurhasanah
		2 13 April 2023 15.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mampu untuk melakukan kegiatan yang ia sukai <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak senang saat diajak untuk bernyanyi bersama <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi oleh perawat dan keluarga</p>	 Syifa Nurhasanah

No	Dx. Keperawatan	Tuk No	Evaluasi	Tanda tangan & Nama jelas
		3 13 April 2023 16.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan bernyanyi ketika ia di rumah dan membantu ibunya untuk mencuci piring, mencuci baju, dan menjaga warung <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak senang <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi oleh perawat dan keluarga</p>	 Syifa Nurhasanah
		4 13 April 2023 17.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan senang bisa membuat daftar rencana kegiatan sehari-hari di rumah sakit dan di rumah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyuruh perawat untuk menuliskannya karena ia tidak mau menulis sendiri <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi oleh perawat dan keluarga</p>	 Syifa Nurhasanah

No	Dx. Keperawatan	Tuk No	Evaluasi	Tanda tangan & Nama jelas
		5 13 April 2023 17.30	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan yang ia sukai <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak senang dan tidak sabar ingin cepat pulang <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi oleh perawat dan keluarga</p>	 Syifa Nurhasanah
		6 14 April 2023 10.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ingin mengikuti terapi aktivitas kelompok <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengikuti dengan senang dan aktif <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi oleh perawat dan keluarga</p>	 Syifa Nurhasanah
		7 17 April 2023 13.30	<p>S : - Keluarga mengatakan sangat berterima kasih banyak kepada perawat karena sudah membantu pasien untuk mengembangkan kembali kemampuan yang pasien miliki</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga tampak terharu karena pasien akan pulang <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi oleh perawat dan keluarga</p>	 Syifa Nurhasanah

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis menguraikan tentang hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dengan pemberian asuhan keperawatan pada pasien Harga Diri Rendah Kronik. Pembahasan menyangkut analisis hasil dari asuhan keperawatan terhadap masalah keperawatan dengan harga diri rendah kronik. Tindakan keperawatan dilakukan pada pengkajian dan diagnosis keperawatan yang terdiri dari tindakan mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien yang dijabarkan sebagai berikut.

4.2.1 Pengkajian

Tahap pengkajian yang dilakukan oleh penulis terhadap pasien harga diri rendah kronik adalah interaksi antara perawat dan pasien melalui komunikasi terapeutik yang dimana perawat mempunyai kesadaran yang tinggi agar dapat mengenal, menerima, dan mengevaluasi perasaan sensitive pasien sehingga perawat dapat memakai dirinya secara terapeutik dalam merawat pasien. Dalam memberikan asuhan keperawatan pasien perawat bersikap jujur, empati, terbuka dan penuh penghargaan, tidak larut dalam harga diri rendah kronik yang dialami pasien dan tidak menyangkal. Untuk mengumpulkan data dan informasi tentang status kesehatan pasien, pada tahap ini terjadi proses interaksi manusia, komunikasi, transaksi dengan peran yang ada pada perawat sebagaimana konsep tentang manusia yang bisa dipengaruhi dengan adanya proses interpersonal.

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber, yaitu dari pasien, tenaga kesehatan di ruangan, dan keluarga pasien.

Adapun upaya yang dilakukan tersebut yaitu :

1. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada pasien agar pasien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
2. Mengadakan pengkajian pasien dengan wawancara
3. Perawat bersikap jujur, empati, terbuka dan penuh penghargaan, tidak larut dalam harga diri rendah kronik yang dialami pasien dan tidak menyangkal.
4. Mengadakan pengkajian dengan cara membaca status pasien dan bertanya kepada perawat di ruang merak.

Dalam pengkajian ini penulis menemukan kasus Tn. J dengan pasien mengatakan tidak bisa apa-apa, tidak mempunyai kelebihan apa-apa, pasien sering menyendiri, malas untuk diajak berinteraksi, pasien merasa berbeda dengan adik-adiknya karena hanya ia yang putus sekolah sejak kelas 5 SD, pasien tampak gelisah, kontak mata kurang, suara lirih, dan sering diam. Gejala gejala yang muncul pada Tn. J tersebut tidak semua mencakup dengan yang ada di teori klinis dari tanda dan gejala harga diri rendah kronik (Nanda 2018-2020). Dari hasil pengkajian tersebut memiliki kesamaan dengan teori Mukhrifah (2012), tentang tanda dan gejala harga diri rendah kronik yaitu muncul perasaan negatif tentang diri sendiri, dan menarik diri secara sosial.

Dalam kasus ini, saat ditelusuri pasien mempunyai pengalaman traumatis akibat kekerasan dalam keluarga dan kehilangan orang yang berarti dan membuat dirinya sangat stress dan mempengaruhi kehidupan sehari-harinya. Hal ini

diperkuat dengan pernyataan pasien yang mengatakan bahwa dahulu ayahnya telah merusak gitar miliknya sehingga pasien sulit untuk menilik aspek positif dalam dirinya dan lebih berfokus pada hal-hal yang ia alami di masa lalu.

Menurut Teori perkembangan dari Erik Erison dalam jurnal ilmiah ilmu pendidikan, pada usia dewasa perkembangan yang terjadi berfokus pada pengembangan hubungan dekat dan penuh kasih sayang dengan orang lain, yang dimana akan mulai mengenal pacaran, pernikahan, membangun keluarga, dan persahabatan. Ketika hubungan cinta dengan orang lain berhasil maka akan dapat mengalami cinta (hubungan yang sangat dekat), namun jika mengalami kegagalan akan merasa terisolasi. Maka dari itu tugas perkembangan saat dewasa awal sangat menentukan bagaimana pasien mampu menghadapi kegagalan serta stressor yang muncul pada usia dewasa awal, sehingga jika tugas perkembangan ini tidak tercapai, individu dapat merasakan perasaan tidak berguna atau menghambat dan kemungkinan besar menjauhkan diri dari lingkungan masyarakat. Hal ini diperkuat dengan ungkapan pasien saat menceritakan perjalanan penyakitnya yang mulai timbul pada saat ia merasa trauma ketika ia menjadi korban kekerasan dalam keluarga, kehilangan orang yang berarti, dan menganggap bahwa dirinya tidak bisa apa-apa, tidak seperti adik-adiknya.

Pada kasus yang ditemukan Tn. J dengan hasil wawancara pasien yang menyebabkan pasien memiliki harga diri rendah adalah sikap pasien yang tertutup, terbiasa menyendiri, dan kurang bersosialisasi.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan dan teori yang telah dijelaskan pada bab tinjauan pustaka, bahwa berdasarkan prioritas masalah keperawatan yaitu Harga diri rendah kronik, isolasi sosial, dan gangguan persepsi sensori. Sehingga pada diagnosa keperawatan yang tidak ada pada Tn. J ini adalah gangguan persepsi sensori : halusinasi. Diagnosa keperawatan utama yaitu harga diri rendah kronik, sedangkan diagnosa keperawatan lainnya adalah isolasi sosial, dan gangguan persepsi sensori : halusinasi. Hal tersebut terjadi kesamaan antara teori dan kasus, namun pada Tn. J tidak mengalami gangguan persepsi sensori : halusinasi.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi ini ditemukan antara teori dengan data yang terjadi tidak ada kesenjangan sehingga penulis dapat melaksanakan tindakan keperawatan seoptimal mungkin dan didukung dengan arah pembimbing. Secara teoritis digunakan cara strategi pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. SP 1 : Membina hubungan saling percaya, SP 2 : Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, SP 3 : Bantu pasien menilai dan memilih aspek positif/kemampuan yang dapat digunakan, serta menentukan kegiatan yang dapat dilakukan di rumah sakit dan di rumah, SP 4 : Bantu pasien menyusun rencana kegiatan dengan memasukan kemampuan yang dipilih ke dalam jadwal kegiatan harian, SP 5 : Memantau kegiatan yang dipilih pasien, SP 6 : Menganjurkan pasien mengikuti

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK), SP 7 : Mengajarkan dan melibatkan keluarga dalam perawatan pasien.

4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi dilakukan selama 6 hari berturut-turut, karena pada hari pertama dan kedua pengkajian penulis kesulitan dalam membina hubungan saling percaya dan dalam mengembangkan kemampuan atau aspek positif yang dimilikinya. Untuk itu penulis mencoba lebih sabar dan penuh perhatian pada kasus Tn. J, setelah dilakukan komunikasi terapeutik selama 6 hari dengan penulis berhasil mendapatkan data bahwa pasien suka bernyayi, dan bermain musik. Proses implementasi pada respon pasien sangat senang dan mengikuti kegiatan sampai selesai dan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Rochman, 2019) dengan 6 kali pertemuan didapatkan hasil pasien mampu melakukan kegiatan positif yang diharapkan. Dan untuk seluruh implementasi telah diberikan kepada Tn. J telah memberikan dampak yang positif kepada pasien yang terbukti setiap harinya pasien mau mengikuti kegiatan yang dilakukan oleh penulis. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. J adalah mengembangkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien dengan cara melatih, menggali kemampuan dan aspek positif dimulai dengan mengidentifikasi kemampuan yang ada pada diri sendiri, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Supriyono, 2016) bahwa mengembangkan kemampuan dan aspek positif dapat meningkatkan dan mempertahankan kemampuan yang dimiliki pasien dan meningkatkan rasa percaya diri pada pasien.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Setelah dilakukan 6 hari, pada hasil studi kasus ini adalah Terbina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat, Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimilikinya, Pasien dapat menilai dan menentukan kemampuan yang dapat dilakukan di rumah dan di rumah sakit, Pasien dapat menyusun rencana kegiatan, Pasien mampu melakukan kegiatan yang dipilih, Pasien dapat mengikuti kegiatan sosial berkelompok (TAKM), Keluarga terlibat dalam perawatan pasien, dan pasien dapat berpartisipasi pada intervensi selanjutnya Selain itu dapat dilihat dari setiap evaluasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan Tn. J dimana terjadi penurunan gejala yang dialami oleh Tn. J dari hari kehari selama proses interaksi.