

## BAB 2

### GAMBARAN KASUS

Penulisan pada bab ini akan membahas tentang analisis asuhan keperawatan Ny. K dan Tn. H mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi dengan maksud untuk memuat keseluruhan hasil yang telah dilaksanakan.

#### 2.1 Hasil.

##### 1.1.1. Gambaran lokasi pengambilan.

Penelitian ini dilaksanakan di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Mojokerto yang beralamat di Jl. Taman Siswa No 10 Kota Mojokerto. Lembaga Pemasyarakatan Mojokerto yang berdiri tahun 1918 diatas tanah seluas 7.372 m<sup>2</sup>, dengan luas bangunan 2.128 m<sup>2</sup>, terdiri dari 4 blok yaitu blok tahanan, blok narapidana, blok anak-anak dan blok wanita, 2 pemandian umum, 1 bengkel kerja, 1 masjid, 1 aula, 1 dapur, 1 toilet untuk pegawai dan 8 ruang kantor. Lembaga Pemasyarakatan Mojokerto berada di bawah pengawasan Kementerian Hukum dan HAM RI dengan jumlah karyawan 84 orang dan jumlah penghuni Lapas Mojokerto total 964 orang, yang terdiri dari 440 orang tahanan dan 524 orang narapidana. 395 orang tahanan laki-laki menempati 13 kamar, 500 orang narapidana yang menempati 22 kamar, 24 orang perempuan yang menempati 2 kamar, dan 24 orang di sell khusus.

##### 2.1.3 Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 14 Juni 2023 Jam 13.00

Tempat : Lapas kelas IIB Mojokerto

## I. Identitas klien

Nama : Ny. K  
Jenis kelamin : Perempuan  
Umur : 53 tahun  
Agama : Islam  
Alamat : Mojokerto  
Suku/bangsa : Jawa/Indonesia  
Bahasa yang dipakai : Bahasa Jawa  
Status perkawinan : Menikah  
Pekerjaan : perangkat desa  
Pendidikan : SMA

## I. ALASAN MASUK

### 1. Data Primer

Klien mengatakan malu kepada saudara dan lingkungan sekitar atas masalah yang sedang dihadapinya.

### 2. Data Sekunder

Berdasarkan data dari rekam medis, pasien menderita darah tinggi, sudah lama mengkonsumsi obat hipertensi, klien mengatakan hampir setiap malam tidak bisa tidur, banyak diam dan jarang bicara dengan teman sekamarnya, perut sering mual, nafsu makan menurun dan mengurung diri, terdapat scabies dipergelangan tangan dan disela-sela jari. Riwayat bunuh diri tidak diketahui, faktor herediter tidak diketahui.

### 3. Keluhan utama saat pengkajian

Klien mengatakan merasa malu pada keluarga, teman dan lingkungan sekitar rumah atas masalah yang sedang dijalani.

## II. Riwayat Penyakit Sekarang (Faktor Presipitasi)

Klien mengatakan semenjak masuk lembaga pemasyarakatan, sering tidak bisa tidur, nafsu makan tidak ada, sering melamun, merasa malu kepada keluarga, teman dan warga lingkungan sekitar rumah dikarenakan Masalah yang sedang ia jalani begitu berat, tekanan darah 225/132mmg

## III. Riwayat Penyakit Dahulu (Faktor Predisposisi)

### 1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

*Jawaban* : Tidak. Klien mengatakan dirinya tidak pernah mempunyai riwayat gangguan jiwa.

### 2. Factor Penyebab / Pendukung :

#### a) Riwayat trauma

No	Jenis	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
1	Aniaya fisik	-	-	-	-
2	Aniaya sexual	-	-	-	-
3	Penolakan	-	-	-	-
4	Kekerasan dalam rumah tangga	-	-	-	-
5	Tindakan kriminal	-	-	-	-

Diagnosa Keperawatan : -

- b) Pernah melakukan upaya percobaan/bunuh diri.

*Jawaban* : klien mengatakan pernah ada perasaan ingin mencoba untuk bunuh diri tetapi tidak jadi dikarenakan ingat anaknya yang masih kuliah. Scala resiko 1.

Diagnosa Keperawatan : Resiko bunuh diri.

- c) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan (peristiwa kegagalan, kematian dan perpisahan )

*Jawaban* : Klien mengatakan merasa dirinya tidak berharga lagi karena masalah yang sedang di alaminya membikin nama baik keluarga menjadi buruk di hadapan masyarakat, klien sering menyendiri dan menangis.

Diagnosa Keperawatan : Harga Diri Rendah.

- d) Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang)

*Jawaban* : Tidak, klien mengatakan tidak ada.

Diagnosa Keperawatan : -

- e) Riwayat Penggunaan NAPZA

*Jawaban* : Tidak klien mengatakan tidak memiliki riwayat penggunaan NAPZA.

Diagnosa keperawatan :-

3. Upaya yang telah dilakukan terkait kondisi diatas dan hasilnya :

*Jawaban* : Klien mengatakan menjalani kesehariannya di lembaga pemasyarakatan dengan sangat berat, jauh dari keluarga, perasaan ingin cepat pulang. .

Diagnosa Keperawatan : -

#### 4. Riwayat penyakit keluarga.

Adakah keluarga yang mempunyai riwayat gangguan jiwa ? Tidak.

Hubungan keluarga : -

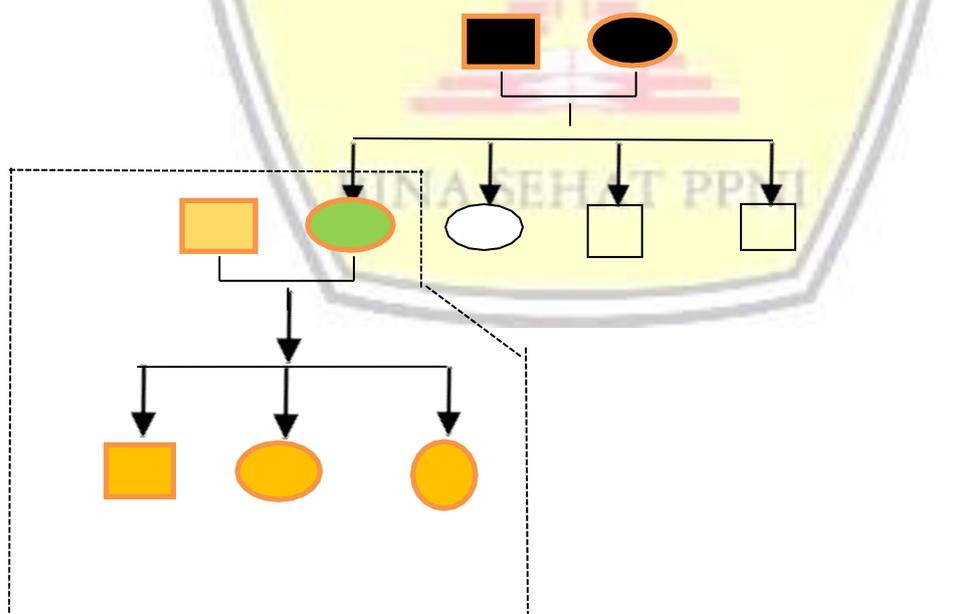
Gejala : Tidak ada masalah

Riwayat pengobatan : -

Diagnosa keperawatan : -

#### IV. Pengkajian Psikososial

##### 1. Genogram :



Keteranga :

	: Suami		: ayah kandung Alm.
	: Ny. K		: Ibu kandung Alm.
	: Putra		: Saudara laki laki
	: Putri		: Saudara perempuan

Penjelasan :

Klien adalah anak pertama dari empat bersaudara, ketiga suadaranya sudah berumah tangga dan masing masing tinggal di rumahnya sendiri bersama suami/istri dan anak anak nya. Kedua orang tua klien sudah meninggal. Saat ini klien tinggal bersama suami dan ketiga anaknya.

## 2. Konsep Diri

### a) Harga diri

Klien mengatakan malu kepada keluarga, teman dan lingkungan sekitar rumah atas masalah yang sedang dijalani. Serta dirinya sudah menganggap sudah tidak berguna lagi.

### b) Identitas

Klien mengatakan namanya Ny.K berusia 53 tahun berjenis kelamin perempuan anak terakhir dari 4 bersaudara, klien mengatakan lulusan SMA. Klien sudah menikah dan di karuniai tiga orang anak, satu anak laki laki dan dua orang anak perempuan.

c) Peran.

Pasien mengatakan selain menjadi ibu rumah tangga yang mengurus anak dan bekerja untuk membantu perkonomian keluarga.

d) Ideal diri

Klien ingin cepat pulang dan perkumpul lagi dengan keluarga untuk membuka lembaran hudup baru.

e) Citra tubuh

Klien mengatakan merasa malu karena saat ini sedang menjalani pidana di lembaga pemasyarakatan.

Diagnosa keperawatan : harga diri rendah.

3. Hubungan social.

a) Orang yang berarti atau orang terdekat.

Pasien mengatakan mempunyai orang terdekat yaitu suaminya.

b) Berperan serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat.

Pasien mengatakan mau berinteraksi dengan temannya dan mau mengikuti kegiatan di lembaga pemasyarakatan. Saat di lembaga pemasyarakatan klien mau berinteraksi dengan temannya meskipun sering tiba-tiba menangis.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan selama berada di lembaga pemasyarakatan.hanya saja terbatas waktu dan jarak yang memisahkan dirinya dengan keluarga.

#### 4. Spiritual

##### a) Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya beragama islam, dan berusaha untuk bisa sholat lima waktu.

##### b) Pandangan terhadap gangguan jiwa.

Pasien mengatakan bahwa gangguan jiwa adalah hal yang dialami oleh orang-orang yang tidak waras atau orang gila.

#### V. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum : Klien kooperatif saat diajak bicara, meskipun sering tiba

– tiba menunduk, ada kontak mata, kulit terlihat kotor dan gatal – gatal.

2. Kesadaran : kesadaran klien composmentis (sadar penuh)

3. Tanda tanda vital :

Tekanan darah : 220 / 125 mmhg.

Nadi : 108 x/mnt

suhu : 36,3 °C

Pernafasam : 18x/mnt

4. Ukur.

Berat badan : 60 kg.

Tinggi badan : 158 cm.

5. Keluhan fisik.

Jelaskan : Saat pengkajian pasien mengatakan bahwa badannya gatal –

gatal seluruh tubuh dan banyak bekas garukan.

Diagnosa keperawatan : -

## VI. Status mental

### 1. Penampilan (penampilan, usia, pakaian )

Jelaskan :

Pasien berpenampilan kurang rapi, tampak kurang bersih, baju agak kusut, klien kurang peduli terhadap kebersihannya. Klien sering menggaruk kaki, terdapat scabies di tangannya.

Diagnosa Keperawatan: Defisit perawatan diri berhias.

### 2. Pembicaraan (frekuensi, volume, jumlah, karakter)

Jelaskan:

Klien mampu berbicara dengan kooperatif dan mudah dimengerti volume suara sedang namun ketika klien diajak bicara klien tampak malu dan sering diam namun terkadang mengeluarkan air mata.

### 3. Aktivitas motorik/psikomotorik

Kelambatan:

- Hipokinesia, Hipoaktivitas
- Katalepsi
- Sub stupor katatonik
- Fleksibilitas sere

Jelaskan:

Tidak ada kelambatan aktivitas motoric/psikomotor yang dialami pasien baik hipokinesa, hipoaktivitas, katalepsi, stupor katatonik,

Peningkatan : -

- Hiperkinesia, hiperaktivitas.

- Stereotipi
- Gaduh, gelisa katetonik
- Mannarism
- Katapleksi
- TIK
- Ekhopraxia
- Command automatism
- Grimace
- Otomatisma
- Negativisme
- Reaksi konversi
- Tremor
- Verbigrasi
- Gejala kaku/rigid
- Kompulsif : sebutkan

*Jelaskan* : Pasien tampak mondar mandir.

Diagnosa keperawatan : -

#### 4. Mood and Afek.

##### a) Mood

- Depresi
- Ketakutan
- Anhedonia
- Kesepian
- Euforia
- Khawatir

Lain-lain

Jelaskan : Pasien merasa sedih dan merasa tidak berguna, berdosa terhadapkesalahan yang pernah dilakukan.

b) Afek.

Sesuai

Tidak sesuai

Labil

Tumpul/datar

Jelaskan:

Pada saat klien kita ajak berinteraksi / bercerita tentang menyenangkan seperti membahas bermain dengan temannya klien tampak gembira. Pada saat kita bercerita tentang hal – hal yang sedih seperti menanyakan tentang keluarga klien tampak sedih dan menangis.

Diagosa Keperawaan : -

5. Interaksi selama wawancara.

Defensif

Bermusuhan.

Tidak kooperatif

Mudah tersinggung

Kontak mata kurang.

Curiga

Jelasan: Pasien tampak kooperatif saat diwawancarai namun kontak mata kurang,banyak menundukan kepala dan mudah tersinggung.

6. Persepsi sensori

a) Halusinasi

- Pengucapan
- Penciuman
- Pendengaran
- Perabaan
- Penglihatan

a) Ilusi.

- Ada
- Tidak ada

Jekaskan : Pasien mengatakan tidak pernah mendengar bisikan atau melihat bayangan yang orang orang lain tidak bisa dengar atau lihat.

Klien tidak mengalami gangguan persepsi sensori.

7. Proses pikir

a) Arus pikir

- koheren
- Sirkumtansial
- Tangensial
- Blocking
- Logorhoe
- Clang association
- Afasia
- Inkoheren
- Asosiasi longgar
- Flight of idea
- Perseferasi
- Neologisme

- Main kata-kata
- Lain-lain.

Jelaskan :klien tidak ada gangguan arus pikir, dibuktikan dengan ketika klien melakukan kegiatan seperti mencuci piring itu sesuai dengan yang dikerjakan klien.

b) Isi Pikir.

- Obsesif
- Ekstasi
- Fantasi
- Alienasi
- Pikiran bunuh diri
- Pre okupasi
- Pikiran isolasi sosial
- Pesimisme
- Pikiran rendah diri
- Ide yang terkait
- Pikiran logis
- Pikiran curiga.
- Phobia, sebutkan : -
- Waham, sebutkan : -
- Lain-lain: -

Jelaskan :

Pikiran rendah diri : Pasien merasa bersalah pada dirinya dan membuat malu seluruh keluarganya karena masalah yang sedang dihadapi berujung pidana hukuman penjara.

Rasa bersalah : klien mengatakan klien bukan wanita baik – baik

Pikiran isolasi sosial : klien jarang berinteraksi dengan temannya tampak murung dan suka menyendiri.

c) Bentuk pikir

- Realistik.
- Non realistik.
- Dereistik
- Otistik
- Autistic (cara berfikir berdasarkan lamunan / fantasi / halusinasi / wahamnya sendiri).

Jelaskan : klien saat ditanya klien berada dimana ? klien menjawab dengan benar yaitu berada dilembaga pemsayarakatan.

Diagnosa keperawatan: -

8. Kesadaran

Orientasi (waktu, tempat, orang )

Jelaskan :

b) Waktu. BINA SEHAT PPNI

Orientasi waktu klien baik dan sesuai dibuktikan dengan saat ditanya sekarang jam berapa pasien menjawab jam 13:00 WIB pada kenyataannya memang jam 13;00 WIB.

c) Orang.

Orientasi klien baik dan sesuai, dibuktikan dengan saat ditanya kamu siapa? klien menjawab sesuai dengan nama yakni Ny. K dan klien mampu menyebutkan nama teman satu kamar dengan benar.

d) Tempat.

Orientasi tempat baik dan sesuai, dibuktikan dengan sekarang saat ditanya dirinya dimana pasien menjawab dirinya di lembaga pemasyarakatan dengan nada rendah.

- Meninggi
- Menurun
- Kesadaran berubah
- Hipokinesia
- Confusion
- Sedasi
- Stupor

Jelaskan : klien terkadang masih tiba – tiba menangis kangen dengan keluarga dirumah.

Diagnosa keperawatan : -

9. Memori

- Gangguandaya ingat jangka panjang( >1bulan)
- Gangguandaya ingat jangka pendek( 24jam-≤1 bulan)
- Gangguan daya ingat saat ini ( kurun waktu 10 detik sampai 15 menit)

Jelaskan :

e) Klien tidak ada masalah dalam memori ingatan jangka panjang dibuktikan dengan klien mampu mengingat bahwa klien lulusan SMA dan mwempunyai tiga orang anak.

f)Klien mampu mengingat kegiatan setiap harinya dibuktikan dengan klien memahami kapan waktu makan maupun mandi.

g) Klien mampu mengingat kegiatan yang dilakukan yaitu senam yang dilakukan 15 menit yang lalu.

Diagnosa Keperawatan : -

#### 10. Tingkat konsentrasi dan berhitung

h) Kosentrasi

Mudah baeralih.

Tidak mampu berkonsentrasi.

Jelaskan : -

Pasien mampu berkonsentrasi dengan baik.

b) Berhitung

Jelaskan : kemampuan Pasien dalam berhitung baik dan benar, dibuktikan dengan ditanya 2+3 berapa hasilnya buk? Dijawab oleh Ny. K dengan menyebutkan angka 5.

Diagnosa Keperawatan :-

#### 11. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan.

Gangguan bermakna.

Jelaskan : -

Klien mengatakan klien bisa mengambil keputusan dengan baik dibuktikan dengan klien ditanyakan menyapu terlebih dahulu atau ngepel terlebih dahulu, klien menjawab nyapu terlebih dahulu jika ngepel dahulu lantai akan basah dan kotor ketika kemudian disapu.

Diagnosa Keperawatan:-

#### 12. Daya tilik diri

- Mengingkari penyakit yang diderita.
- Menyalahkan hal hal diluar dirinya

Jelaskan : -

Diagnosa Keperawatan : -

## VII. KEBUTUHANPERSIAPANPULANG

### 1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan :

- Perawatankesehatan
- Transportasi
- Tempat tinggal
- Keuangan dan kebutuhan lain.

Jelaskan : -

- a) Diharapkan klien patuh untuk kontrol poliklinik dan patuh minum obat hipertensi secara teratur.
- b) Setelah pulang dari Lembaga pemyarakatan, ingin fokus merawat anak anak.

### 2. Kegiatan hidup sehari-hari.

#### a) Perawatan diri

##### 1) Mandi.

Pasien mampu mandi secara mandiri tanpa bantuan dari perawat, pasien mandi 2 x sehari, namun klien tidak tampak menggunakan sabun secara menyeluruh ke badannya, dan menggunakan pasta gigi untuk sikat gigi.

##### 2) Berpakaian, berhias dan berdandan.

Klien mampu mengenakan pakaian sendiri tanpa terbalik,  
menyisirdan memotong kuku tanpa bantuan

3) Makan

Klien makan 3x sehari, 1 porsi tidak habis , memakai sendok secara  
mandiritanpa bantuan.

4) Toileting (BAK,BAB)

Klien BAB/BAK sendiri tanpa bantuan di kamar mandi.

DiagnosaKeperawatan: -

b) Nutrisi

1) Berapa frekuensi makan dan frekuensi asupan dalam sehari

Klien mangatakan makan 3x sehari tidak habis 1 porsi dan 1x  
makanan ringan

2) Bagaimana napsu makannya.

Nafsu makan klien baik

3) Bagaimana berat badannya.

Klien obesitas dengan BB 60 kg.

Diagnosa keperawatan : -

c) Tidur

1) Istirahat dan tidur siang serta lama tidur malam yaitu jam 22.00  
sampai dengan jam 02.00 wib.

Aktivitas sebelum/sesudah tidur : minum obat hipertensi dan mandi.

Jelaskan : klien mengatakan sulit tidur karena banyak pikiran,  
sebelum tidur klien minum obat, setelah bangun tidur klien mandi.

2) Gangguan tidur.

Insomnia

- Hypersomnia
- Parasomnia
- Lain-lain.

Jelaskan : klien mengalami gangguan tidur klien mengatakan banyak pikiran.

Diagnosa keperawatan : -

3. Kemampuan lain-lain :

- Mengantisipasi kebutuhan hidup.

Klien tidak dapat Mengantisipasi kebutuhan hidupnya dibuktikan saat sedang sakit kebutuhannya dipenuhi oleh perawat.

- Membuat keputusan berdasarkan keinginannya.

Klien dapat membuat keputusan berdasarkan keinginannya dibuktikan dengan mandi, makan, BAK, BAB, dengan mandiri tanpa bantuan orang lain.

- Mengatur penggunaan oabat dan melakukan pemeriksaan kesehatan sendiri. Klien tidak dapat menggunakan obat sendiri dibuktikan dengan obat klien masih disiapkan oleh temannya.

Diagnosa keperawatan :

4. Sistem pendukung

	Ya.	Tidak
Keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teman sejawat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelompok social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan :

System pendukung klien selama di lembaga pemasyarakatan yaitu teman sekamar dan petugas kesehatan.

Diagnosa Keperawatan : -

#### VIII. MEKANISME KOPING

Jelaskan : klien mengatakan jika klien mempunyai masalah, pasien cenderung diam dan mengurung diri dan marah – marah.

Diagnosa Keperawatan : koping individu inefektif

#### IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok.

Jelaskan :

Klien mengatakan sering diberi motifasi hidup oleh teman sekamarnya.

- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifikasinya

Jelaskan :

Klien jarang berinteraksi dengan teman – temannya karena malu dengan kondisinya saat ini karena badannya yang banyak bekas garukan, klien merasa malu, dan mengurung diri.

- Masalah berhubungan dengan pendidikan, spesifiknya

Jelaskan :

Klien mengatakan bahwa dirinya lulusan SMA namun tidak melanjutkan kuliah.

- Masalah berhubungan dengan pekerjaan, spesifiknya

Jelaskan: -

- Masalah berhubungan dengan perumahan, spesifiknya

Jelaskan :

Klien mengatakan sering dibully tetangganya.

- Masalah berhubungan dengan ekonomi, spesifiknya

Jelaskan :

Klien mengatakan tidak dapat memenuhi kebutuhan karena tidak bekerja.

- Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya

Jelaskan:

Klien mengatakan puas dengan pelayanan di klinik Lapas.

- Masalah lainnya, spesifiknya

Jelaskan:

Klien selalu mengatakan ingin pulang kerumah, cukup satu kali saja menjalani hukuman pidana.

Diagnosa Keperawatan:-

#### X. Aspek pengetahuan.

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang suatu hal?

Bagaimana pengetahuan Px/ keluarga saat ini tentang penyakit/ gangguan jiwa, perawatan, dan penatalaksanaannya faktor yang memperberat masalah (presipitasi), obat-obatan atau lainnya.

Apakah perlu diberikan tambahan pengetahuan yang berkaitan dengan

spesifiknya masalah tersebut.

- Penyakit/gangguan jiwa

- Sistem pendukung
- Faktor presipitasi
- Penatalaksanaan
- Lain-lain

Jelaskan :

Kurangnya pengetahuan klien terhadap penyakitnya / gangguan jiwa sehingga menganggap dirinya baik – baik saja.

Diagnosa Keperawatan :-

## I. ASPEK MEDIS

### 1. Diagnosis Multi Axis

- a) Axis I : f 06.7
- b) Axis II :
- c) Axis III :
- d) Axis IV :
- e) Axis V :

### 2. Terapimedis :

Tablet Oral

- |              |       |       |
|--------------|-------|-------|
| a) Amlodipin | 10 mg | 0-0-1 |
| b) Captopril | 25 mg | 1-1-0 |

### 2.1.4 Analisa Data

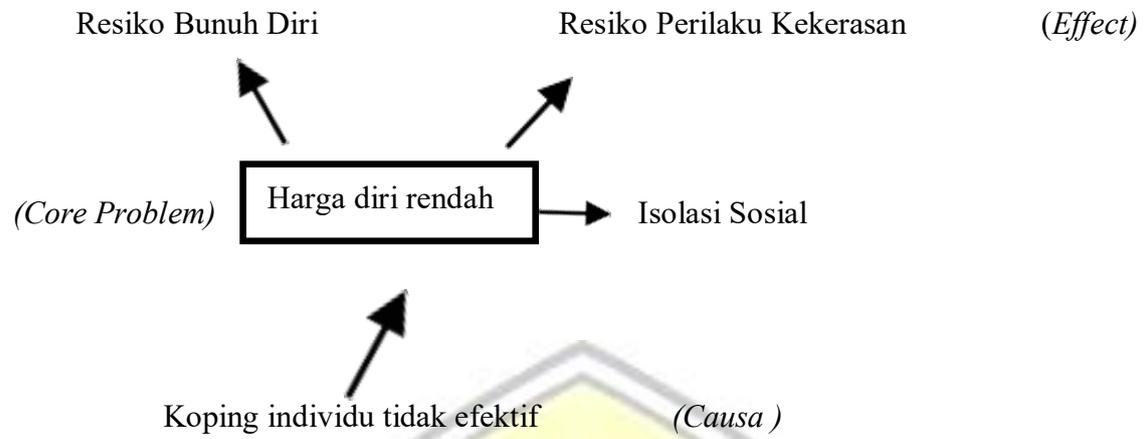
No	Data	Diagnosa keperawatan
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan merasa sedih, malu terhadap keluarga,teman dan masyarakat sekitar rumah, merasa dirinya tidakberharga lagi.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak jarang berinteraksi dengan temannya</li> <li>- Kontak mata kurang</li> <li>- Sering menangis</li> <li>- Lebih banyak menundukkan kepala</li> </ul>	<p>Harga Diri Rendah</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan, gatal gatal, merasa malu, banyak bekasluka disekitar kaki dan tangannya.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak jarang berinteraksi dengan temannya</li> <li>- Klien tampak kurang rapi</li> <li>- Kulit tampak banyak luka bekas garukan</li> </ul>	<p>Defisit Perawatan Diri</p>
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pernah mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidupnya karena merasa tidak berguna lagi.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat ini klien tampak tidak mempunyai keinginan bunuh diri</li> </ul>	<p>Resiko Bunuh Diri</p>

4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan malu kepada teman atas masalah yang sedang dihadapi.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat ini klien tampak jarang berinteraksi dengan temannya, klien tampak mengurung diri</li> </ul>	Isolasi Sosial
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jika mempunyai masalah klien cenderung diam, mengurung diri, dan marah – marah.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sedih.</li> <li>- Klien tampak diam dan menyendiri</li> </ul>	Koping Individu Tidak Efektif

#### 2.1.5 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan konsep diri harga diri rendah.
2. Defisit perawatan diri.
3. Resiko bunuh diri
4. Isolasi sosial.
5. Koping individu tidak efektif

## POHON MASALAH



## PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Harga Diri Rendah Situasional.



## 2.1.6 Rencana Tindakan Keperawatan

### Klien Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

tgl	Diagnosa kepeawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
	Kerusakan interaksi sosial: menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah.	<u>Tujuan umum:</u> Klien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap.			
		<u>Tujuan khusus I :</u> Klien dapat membina hubungan saling percaya.	<u>Kriteria hasil:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien dapat mengungkapkan perasaannya.</li> <li>• Ekspresi wajah bersahabat.</li> <li>• Ada kontak mata.</li> <li>• Menunjukkan rasa senang.</li> <li>• Mau berjabat Tangan dengan perawat.</li> </ul>	1.1 Bina hubungan saling percaya. a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. memperkenalkan diri dengan sopan. c. Menanyakan nama panggilan yang disukai klien	Hubungan saling percaya akan menimbulkan kepercayaan klien kepada perawat sehingga memudahkan pelaksanaan tindakan selanjutnya.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mau menjawab salam.</li> <li>• Klien mau duduk berdampingan.</li> <li>• Klien mau mengutarakan masalah yang sedang dihadapinya.</li> </ul>	<p>d. Jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji.</p> <p>e. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya.</p> <p>f. Beri perhatian pada klien.</p> <p>1.2 Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya saat ini.</p> <p>1.3 Sediakan waktu untuk mendengarkan klien .</p> <p>1.4 Katakan pada klien bahwa ia adalah seorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri keluar dari permasalahan saat ini.</p>	
--	--	--	---	--	--

		<p><b><u>Tujuan Khusus 2</u></b></p> <p>Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.</p>	<p><b><u>Kriteria hasil:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu mempertahankan aspek positif.</li> </ul>	<p>2.1 Diskusikan dengan klien kemampuan dan aspek positif yang dimiliki serta berikan pujian atas kemampuan mengungkapkan perasaannya.</p> <p>2.2 Saat bertemu dengan klien, hindarkan memberi penilaian negatif. Utamakan memberi pujian yang realistis kepada klien.</p>	<p>Pujian akan meningkatkan harga diri pasien.</p>
		<p><b><u>Tujuan khusus 3 :</u></b></p> <p>Klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.</p>	<p><b><u>Kriteria hasil:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kebutuhan klien terpenuhi.</li> <li>• Klien dapat melakukan aktifitas yang terarah</li> </ul>	<p>3.1 Diskusikan kemampuan klien yang masih dapat digunakan untuk saat ini.</p> <p>3.2 Diskusikan juga kemampuan yang dapat dilanjutkan pasien saat berada di rumah.</p>	<p>Peningkatan kemampuan klien saat ini dapat mendorong klien mandiri.</p>
		<p><b><u>Tujuan khusus 4 :</u></b></p> <p>Klien dapat menetapkan dan merencanakan</p>	<p><b><u>Kriteria hasil:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu beraktifitas sesuai kemampuan.</li> </ul>	<p>4.1 Rencanakan bersama klien aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan:</p>	<p>Pelaksanaan kegiatan secara mandiri merupakan modal awal untuk meningkatkan harga diri.</p>

		<p>Kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh klien..</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengikuti terapi aktifitas kelompok.</li> </ul>	<p>Kegiatan mandiri, kegiatan dengan bantuan minimal dan kegiatan dengan bantuan total..</p> <p>4.2 Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi klien.</p> <p>4.3 Berikan contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh dilakukan ( Klien sering tampak takut saat mau meaksanakan)</p>	
		<p><b><u>Tujuan khusus 5 :</u></b></p> <p>Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya.</p>	<p><b><u>Kriteria hasil :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu beraktifitas sesuai kemampuan</li> </ul>	<p>5.1 Beri kesempatan klien untuk mencoba kegiatan yang direncanakan.</p> <p>5.2 Beri pujian atas keberhasilan klien saat melakukan kegiatan.</p> <p>5.3 Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan di blok hunian.</p>	<p>Dengan aktifitas klien akan mengetahui kemampuannya.</p>

		<p><b><u>Tujuan Khusus :</u></b></p> <p>Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.</p>	<p><b><u>Kriteria hasil :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mampu melakukan apa yang sudah di ajarkan perawat. Klien mau memberikan dukungan yang telah diberikan.</li> </ul>	<p>6.1 Berikan pendidikan kesehatan kepada keluarga/teman sekamar tentang cara merawat klien harga diri rendah.</p> <p>6.2 Bantu keluarga dan teman sekamar pasien untuk memberi dukungan selama pasien berada di lembaga pemasyarakatan.</p> <p>6.3 Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah</p>	<p>Perhatian orang dekat bisa keluarga atau teman sekamar akan dapat membantu meningkatkan harga diri.</p>
--	--	---	--	--	--



### 2.1.7 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PADA Ny.K

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
Sabtu, 17 Juni 2022	Harga Diri Rendah	<p>SP 1 (BHSP)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya, dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengucapkan salam kepada klien</li> <li>- Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan</li> <li>- Menanyakan kegiatan klien saat di RS</li> <li>- Kontrak waktu dengan klien</li> </ul> </li> <li>2. Menyapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal</li> <li>3. Memperkenalkan diri dengan sopan</li> <li>4. Menanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien</li> <li>5. Menjelaskan tujuan dari pertemuan</li> <li>6. Jujur dan menepati janji</li> <li>7. Menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya Memberi perhatian kepada klien dan memperhatikan kebutuhan dasar klien.</li> </ol>	<p>S : - Klien mengatakan ‘walaikumsalam’ saat perawat mengucapkan salam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ‘K’ saat ditanya perawat nama lengkap dan nama panggilan yang disukai.</li> <li>- Klien mengatakan saat dilapas melakukan kegiatan senam, mencuci piring, dan merapikan tempat tidur.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menunduk, namun mampu menjawab pertanyaan dari perawat</li> <li>- Klien tampak tersenyum sekali, meskipun kontak mata masih kurang</li> <li>- Klien tampak mau berjabat tangan, menyebutkan nama, menjawab salam, mau berdampingan duduk, dan mau mengatakan masalah yang dihadapinya.</li> </ul> <p>A : Mampu melakukan BHSP</p> <p>P : Lanjutkan intervensi SP 1 HDR</p>	
Senin, 19 Juni 2022	Harga Diri Rendah	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan di rumah</li> <li>2. Memberi pujian yang realistis, atau nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien yang memiliki penilaian yang negatif.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan cuci piring masih bisa dan merapikan tempat tidur masih bisa.</li> <li>- Klien mengatakan : ‘saat di lapas klien banyak diam dan sering terlihat meneteskan air mata tanpa sebab.</li> </ul>	

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mendiskusikan dengan klien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini, setelah mengalami masalah</li> <li>4. Membantu klien menyebutkannya dan beri penguat terhadap kemampuan diri yang diungkapkan</li> <li>5. Memperlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif</li> <li>6. Mendiskusikan dengan klien beberapa aktivitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan klien yang akan klien lakukan sehari hari.</li> <li>7. Membantu klien menetapkan aktivitas mana yang dapat klien lakukan secara mandiri mana aktivitas yang memerlukan bantuan dari orang lain dan kegiatanapa saja yang perlu bantuan penuh dari orang lain atau lingkungan terdekat klien.</li> <li>8. Memberikan contoh cara pelaksanaa aktivitas yang dapat dilakukan klien.</li> <li>9. Menyusun bersama klien dan buat daftar aktivitas atau kegiatan sehari – hari klien</li> <li>10. Mendiskusikan dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih klien) yang akan dilatih.</li> <li>11. Memberi dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang diperlihatkan klien.</li> </ol>	<p>tidur karena malas bergaul’</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan : ‘mau merapikan tempat tidur dan mencuci piring setelah makan’</li> <li>- Klien mengatakan : ‘mengikuti kegiatan kajian islami dan melakikan sholat meski seringkali masih dingatkan teman sekamar’</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak mau dan kooperatif dalam kegiatan merapikan tempat tidur meskipun lambat.</li> <li>- Klien dapat menyebutkan kemampuan yang biasanya dapat dilakukan dilapas</li> <li>- Klien dapat menyebutkan kebutuhan religi yang masih dapat dilakukannya</li> <li>- Klien memilih kegiatan mencuci piring sebagai kegiatan yang pertama yang akan dilakukan.</li> <li>- Klien tampak bahagia saat diberi pujian</li> <li>- Klien membuat jadwal merapikan tempat tidur setelah setiap bangun tidur dan mencuci piring setelah makan.</li> <li>- Klien tampak tersenyum sekali meskipun kontak mata masih kurang</li> <li>- Klien tampak mau berjabat tangan, menyebutkan nama, menjawab salam, mau duduk berdampingan, mau mengatakan masalah yang dihadapi.</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu memilih dan melatih kemampuan kedua yang dipilih</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi SP 2 HDR</li> </ul>	
--	--	--	--	--

<p>Rabu, 21 Juli 2022</p>	<p>Harga Rendah</p> <p>Diri</p>	<p>SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2)</li> <li>- Menanyakan apa yang telah kita ajarkan sebelumnya kepada klien.</li> <li>- Memilih kemampuan yang ketiga yang dapat dilakukan</li> <li>- Masukan dalam jadwal kegiatan klien</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan telah memahami apa yang telah diajarkan tentang kegiatan apa saja yang dilakukan setiap harinya yaitu sholat lima waktu, bila selesai makan langsung mencuci piring dan saat bangun tidur merapikan tempat tidurnya.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak kooperatif dalam kegiatan yang akan dilakukan seperti sholat lima waktu dan mengikuti kajian islami, mencuci piring dan merapikan tempat tidur</li> <li>- Klien tampak bersemangat saat diajak bicara perawat</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu memilih dan melatih kemampuan ketiga yang akan dipilih.</li> </ul> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi SP 4</p>	
-------------------------------	-------------------------------------	---	---	--



## FORMAT

### ANALISA PROSES INTERAKSI

Status interaksi perawat-klien : Pertemuan pertama

Deskripsi Px : Klien malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah pada diri sendiri, ekspresi malu

Tujuan (berorientasi pada Px) : Bina hubungan saling percaya dengan Ny.K

Nama Mahasiswa : Udin Agus S.

Tanggal : 17 juni 2023

Jam : 13.00 Wib

Ruang : Klinik Lapas

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA PX	RASIONAL
<p>P: Selamat pagi bu, perkenalkan nama saya Udin mahasiswi Universitas Bina sehat PPNI Mojokerto yang praktek di lembaga pemasyarakatan</p> <p>K: Selamat pagi pak, nama saya K</p>	<p>P: memandang pasien tersenyum sambil menunduk.</p> <p>K: kontak mata kurang</p>	<p>Membuka percakapan dengan pasien dan berharap dengan sapaan sederhana perawat bisa diterima oleh pasien.</p>	<p>Pasien sedikit ragu dalam memulai komunikasi</p>	<p>Salam untuk memulai hubungan saling percaya dengan pasien</p>
<p>P: “bagaimana perasaan ibu hari ini?”</p> <p>K: “Baik”</p>	<p>P: memandang pasien dan berusaha meyakinkan pasien</p> <p>K: pasien kooperatif, kontak mata kurang</p>	<p>Menanyakan kabar pasien, menjalin kontrak dengan pasien</p>	<p>Menerima kontrak dengan perawat</p>	<p>Menentukan kontrak dengan pasien supaya pasien tidak bosan</p>

<p>P : “Pagi ini kita akan ngobrol sebentar tentang kondisi ibu selama sekitar 20 menit, apakah ibu A bersedia?” “ibu A maunya ngobrol dimana?”</p> <p>K : “Ya, di sini saja”</p>	<p>P : melakukan kontak mata dengan klien. K : klien mengangguk dan sedikit sedikit melakukan kontak mata, namun lebih banyak menundukkan kepalanya</p>	<p>Perawat menjelaskan tujuan dan topik yang akan dibicarakan dengan klien untuk mengarahkan pembicaraan agar lebih fokus lagi.</p>	<p>Klien kooperatif dan bersedia berbicara dengan perawat.</p>	<p>Kontak awal berupa topik, waktu dan tempat sangat penting dalam saat interaksi untuk menunjang hubungan saling percaya dengan perawat.</p>
<p>P : “Bagaimana perasaan ibu A hari ini?”</p> <p>K : malu, pingin pulang</p>	<p>P : perawat tersenyum K: klien menunduk</p>	<p>Eksplorasi perasaan Klien dapat mendengarkan respon dengan sentuhan caring.</p>	<p>Klien merasa dihargai Karena permasalahan saat ini mendapatkan perhatian lebih oleh perawat.</p>	<p>Dengan menanyakan bagaimana perasaan klien sebelum adanya perbincangan, perawat dapat mengeksplorasi masalah yang sedang dihadapi klien dan perlu ditangani.</p>
<p>P : “ibu, kalau boleh tahu kenapa ibu K bisa berada di sini?”</p> <p>K : “saya tersangkut masalah”</p>	<p>P: tersenyum dan memperhatikan klien K : klien sambil menundukkan kepala.</p>	<p>Mengidentifikasi penyebab masalah yang dihadapi klien.</p>	<p>Klien merasa tidak tahu sampai kapan berada di lembaga pemsayarakatan.</p>	<p>Mengidentifikasi penyebab harga diri rendah sangat penting untuk mengetahui akar permasalahan dan dapat digunakan untuk mendapatkan solusi yang terbaik sesuai kondisi klien.</p>
<p>P: “ibu, Tadi saya lihat ibu K tampak menyendiri itu kenapa?”</p>	<p>P : perawat tersenyum dan mengarah ke klien K : klien menunduk, menjawab dengan suara pelan dan jawaban singkat.</p>	<p>Perawat ingin menggali informasi tentang kondisi klien yang suka menyendiri</p>	<p>Klien ingin berinteraksi dengan orang lain karena merasa tidak sepemikiran.</p>	<p>Penggalian informasi dapat digunakan untuk menambah informasi mengenai kondisi klien.</p>

<p>K: "Saya malas dan malu"</p>				
<p>P: "Ibu K kenapa kok tidak mau ngomong sama oranglain?"</p> <p>K: -</p>	<p>P : perawat menatap klien dengan senyuman.</p> <p>K : klien menghindari tatapan, menunduk dan diam tidak mau menjawab.</p>	<p>Perawat mengidentifikasi alasan klien tidak ingin berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain.</p>	<p>Klien tidak mau menjawab dan diam, menunjukkan bahwa dia masih belum terbuka dengan perawat.</p>	<p>Alasan klien tidak mau berinteraksi dengan orang lain harus dicari agar masalah yang sedang klien hadapi dapat teratasi melalui beberapa sokusi yang di sediakan</p>
<p>P: "Ibu K, tahu apa kemampuan positif yang ibu bisa, apakah ibu bisa mencuci piring?"</p> <p>K: "Bisa"</p>	<p>P : perawat memperhatikan dan mengarahkan klien serta memuji klien.</p> <p>K: klien mengusap mukanya lagi, tampak bingung.</p>	<p>Perawat mengkaji kemampuan klien dalam menyebutkan kegiatan yang bisa dilakukan oleh klien.</p>	<p>Klien bisa menjawab namun dengan jawabanklien sangat singkat.</p>	<p>Keuntungan memiliki kegiatan yang bermanfaat agar klien tidak merasa bosan.</p>
<p>P: "Kemudian Ibu K bisa melakukan kegiatan apa lagi ? ibu bisa merapikan tempat tidur setelah ibu bangun tidur"</p> <p>K: "bisa"</p>	<p>P : perawat menatap klien, sambil bertanya dengan suara yang jelas dan mendengarkan jawaban klien dan Mengakhiri pembicaraan.</p> <p>K: Menjawab dengan bibir bergetar dan suara pelan.</p>	<p>Perawat mengidentifikasi kegiatan yang lain yang bisa dilakukan oleh klien</p>	<p>Klien menjawab pertanyaan perawat dengan tepat dan mengatakan bahwa dia bisa melakukan kegiatan tersebut.</p>	<p>Mempunyai kegiatan yang bermanfaat lebih dari satu kegiatan maka akan mengurangi rasa bosan pada klien.</p>

<p>P:  “Baiklah, ibu kita akhiri pertemuan kali ini karena ibu K sudah mengantuk”  “Bagaimana perasaan ibu K setelah berbincang dengan kami?”</p> <p>K: “Biasa saja”</p>	<p>P ; Mengakhiri pembicaraan dan memperhatikan jawaban klien dengan berjabat tangan.</p> <p>K : tampak datar, sedikit tersenyum dan berjalan menuju ke kamar.</p>	<p>Perawat mengakhiri pembicaraan dengan klien dan melakukan evaluasi validasi perasaan klien setelah berbincang dengan perawat.</p>	<p>Klien mengungkapkan bahwa perasaannya biasa saja setelah bercakap – cakap dengan perawat.</p>	<p>Pengakhiran pembicaraan dilakukan sesuai dengan kondisi klien saat ini. Selanjutnya dilakukan evaluasi/validasi perasaan klien setelah pembicaraan untuk melihat perubahan yang ada pada klien.</p>
--	--	--	--	--



### 2.2.1 Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 14 Juni 2023 Jam 13.30

Tempat : Lapas kelas IIB Mojokerto

#### I. Identitas klien

Nama : Tn H

Jenis kelamin : Laki-laki

Umur : 58 tahun

Agama : Islam

Alamat : Mojokerto

Suku/bangsa : Jawa/Indonesia

Bahasa yang dipakai : Bahas jawa

Status perkawinan : Menikah

Pekerjaan : Guru

Pendidikan : Sarjana.



## II ALASAN MASUK

### 1. Data Primer

Klien mengatakan malu kepada keluarga dan merasa tidak melakukan tindak kejahatan, kenapa sampai terjerat tindak pidana.

### 2. Data Sekunder

Berdasarkan data dari rekam medis, pasien menderita gangguan asam lambung, klien mengatakan hampir setiap malam tidak bisa tidur, banyak diam dan jarang bicara dengan teman sekamarnya, perut sering mual, nafsu makan menurun dan mengurung diri, terdapat scabies dipergelangan tangan dan disela-sela jari. Riwayat bunuh diri tidak diketahui, faktor herediter tidak diketahui.

### 3. Keluhan utama saat pengkajian

Klien mengatakan merasa malu pada keluarga, teman dan lingkungan sekitar rumah atas masalah yang sedang terjadi padanya. Kontak mata kurang, tampak murung, sering melamun dan menyendiri, serta ingin pulang. Tekanan darah 118/75mmhg. Berat badan 52 kg turun 3 kg dalam kurun satu bulan.

## III. Riwayat Penyakit Sekarang (Faktor Presipitasi)

Klien mengatakan semenjak masuk lembaga pemasyarakatan, sering tidak bisa tidur, nafsu makan tidak ada, sering melamun, merasa malu kepada keluarga, teman dan warga lingkungan sekitar rumah dikarenakan Masalah yang sedang ia jalani begitu berat.

#### IV Riwayat Penyakit Dahulu (Faktor Predisposisi)

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

*Jawaban* : Tidak. Klien mengatakan dirinya tidak pernah mempunyai riwayat gangguan jiwa.

2. Factor Penyebab / Pendukung :

a) Riwayat Trauma

No	Jenis	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
1	Aniaya fisik	-	-	-	-
2	Aniaya seksual	-	-	-	-
3	Penolakan	-	-	-	-
4	Kekerasan dalam rumah tangga	-	-	-	-
5	Tindakan kriminal	-	-	-	-

Diagnosa Keperawatan : -

b) Pernah melakukan upaya / percobaan / bunuh diri

*Jawaban* : klien mengatakan tidak pernah ada perasaan ingin bunuh diri karena tindakan tersebut tidak menyelesaikan masalah.

Diagnosa Keperawatan : -

c) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan (peristiwa, kegagalan, kematian, perpisahan)

*Jawaban* : klien mengatakan merasa karirnya hancur, dirinya tidak berharga lagi karena masalah yang sedang di alaminya membikin nama baik keluarga menjadi buruk di hadapan masyarakat, klien sering menyendiri dan menangis.

Diagnosa Keperawatan : Harga Diri Rendah,

d) Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang)

*Jawaban* : Tidak, klien mengatakan tidak ada.

Diagnosa Keperawatan : -

e) Riwayat Penggunaan NAPZA

*Jawaban* : Tidak klien mengatakan tidak memiliki riwayat penggunaan NAPZA.

Diagnosa Keperawatan : -

3. Upaya yang telah dilakukan terkait kondisi di atas dan hasilnya :

*Jawaban* : klien mengatakan menjalani kesehariannya di lembaga pemasyarakatan dengan sangat berat, berusaha sabar dan mencoba mendekatkan diri kepada Tuhan yang maha punya segalaanya.

Diagnosa Keperawatan : -

#### 4. Riwayat Penyakit Keluarga

Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

Tidak.Hubungan keluarga : -

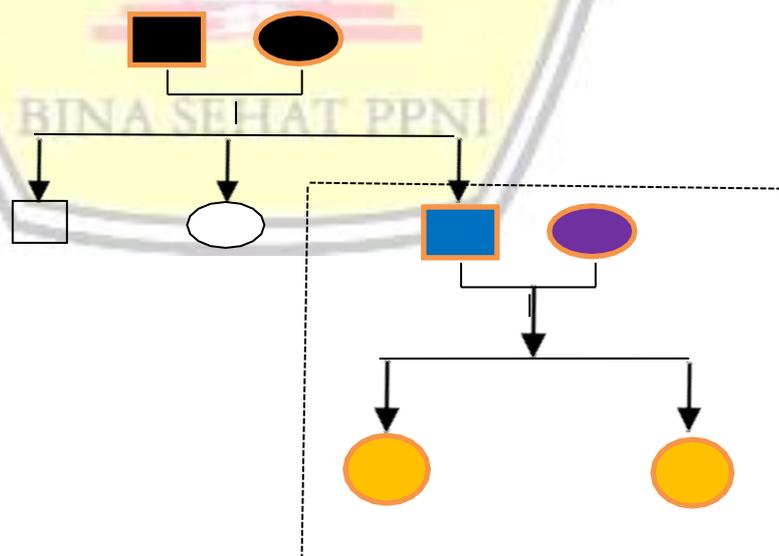
Gejala : Tidak ada masalah

Riwayat pengobatan : -

Diagnosa Keperawatan : -

### V.PENGAJIAN PSIKOSOSIAL

#### 5. Genogram :



Keterangan :

	: Tn.H		: ayah kandung Alm.
	: Istri		: Ibu kandung Alm.
	: Putri		: Saudara laki laki
	: Saudara perempuan		

Penjelasan :

Klien adalah seorang ayah yang memiliki dua orang putri, dan seorang istri yang setia menemani, Keluarga tersebut tinggal dalam satu rumah. kedua orang tua klien sudah meninggal dunia. Klien adalah anak ke tiga dari tiga bersaudara, di dalam keluarga besar klien tidak ada yang menderita gangguan jiwa.

## 6. Konsep Diri

### a) Harga diri

Klien mengatakan merasa sangat terpukul dengan permasalahan yang sedang dijalani, merasa malu kepada keluarga,teman dan masyarakat lingkungan sekitar rumah.

### b) Identitas

Klien mengatakan namanya Tn H berusia 58 tahun berjenis kelamin Laaki laki anak terakhir dari 3 bersaudara, klien mengatakan lulusan Sarjana. Klien sudah menikah dan di karuniai dua orang anak, satu anak laki laki dan satu orang anak perempuan

## c) Peran

Klien mengatakan berperan sebagai kepala rumah tangga dan bekerja untuk mencukupi kebutuhan keluarga.

## d) Ideal diri

Klien merasa tidak bersalah atas permasalahan hukum saat ini, ingin cepat pulang dan berkumpul lagi dengan keluarga untuk membuka lembaran hidup baru.

## e) Citra Tubuh

Klien mengatakan malu kepada keluarga, teman dan lingkungan sekitar rumah atas masalah yang sedang dijalani. Serta dirinya sudah menganggap sudah tidak berguna lagi

## 7. Hubungan sosial

## a) Orang yang berarti / terdekat

Klien mengatakan mempunyai orang terdekat yaitu istri dan kedua anaknya.

## b) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Klien mengatakan mau berinteraksi dengan temannya dan mau mengikuti kegiatan di lembaga pemasyarakatan. Saat di lembaga pemasyarakatan klien mau berinteraksi dengan temannya meskipun sering terdiam dan melamun.

## c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan selama berada di lembaga pemasyarakatan merasa dirinya sudah tidak berguna lagi, karirnya hancur, malu karena sudah pernah masuk penjara.

Diagnosa Keperawatan : Harga Diri Rendah

## 8. Spiritual

### a) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan beragama Islam, dan berusaha untuk bisa sholat lima waktu.

### b) Pandangan terhadap gangguan jiwa

Klien mengatakan bahwa gangguan jiwa adalah kegagalan seseorang dalam menghadapi suatu masalah yang berat dan tidak mendapatkan solusi sehingga tekanan pikirannya begitu berat.

## VI. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum : Klien kooperatif saat diajak bicara, meskipun sering tiba – tiba menunduk, ada kontak mata..

2. Kesadaran : kesadaran klien composmentis (sadar penuh)

3. Tanda vital

Tekanan darah : 118 / 75 mmHg

Nadi : 92 x/mnt

Suhu : 36,3<sup>0</sup>C

Pernafasam : 18 x/mnt

4. Ukur

Berat Badan : 52 kg

Tinggi Badan : 162 c

5. Keluhan Fisik

Jelaskan : Saat pengkajian klien mengatakan mengantuk karena semalam tidak bisa tidur.

Diagnosa Keperawatan : -

## VII. STATUS MENTAL

### 1. Penampilan (penampilan usia, saya berpakaian, kebersihan)

Jelaskan :

Klien berpenampilan kurang rapi, tampak kurang bersih, baju agak kusut, klien kurang peduli terhadap kebersihannya. Klien sering menggaruk kaki.

Diagnosa Keperawatan: Defisit perawatan diri

### 3. Pembicaraan (frekuensi, volume, jumlah, karakter)

Jelaskan:

Klien mampu berbicara dengan kooperatif dan mudah dimengerti volume suara sedang namun ketika klien diajak bicara klien tampak malu dan sering diam dan menundukan kepala.

### 3. Aktivitas motorik/psikomotorik

Kelambatan:

- Hipokinesia, Hipoaktivitas
- Katalepsi
- Sub stupor katatonik
- Fleksibilitassere

Jelaskan:

Tidak ada kelambatan aktivitas motoric/psikomotor yang dialami pasien baik hipokinesia, hipoaktivitas, katalepsi, sub stupor katattonik, fleksibilitasserea.

Peningkatan: -

- Hiperkinesia, hiperaktivitas

- Stereotipi
- Gaduh gelisah katetonik
- Mannarism
- Katapleksi
- Tik
- Ekhopraxia
- Command automatism
- Grimace
- Otomatisma
- Negativisme
- Reaksi konversi
- Tremor
- Verbigrasi
- Gejala kaku / rigid
- Kompulsif: sebutkan -  
*Jelaskan* : Klien tampak mondar - mandir
- Diagnosa Keperawatan* : -

#### 4. Mood and Afek

- Mood
- Depresi
- Ketakutan
- Anhedonia
- Kesepian
- Euforia
- Khawatir

- Lain – lain

Jelaskan: klien merasa sedih dan merasa tidak berguna, berdosa terhadap kesalahan yang pernah dilakukan

- Sesuai
- Tidak sesuai
- Labil
- Tumpul/datar

Jelaskan:

Pada saat klien kita ajak berinteraksi / bercerita tentang menyenangkan seperti membahas bermain dengan temannya klien tampak gembira. Pada saat kita bercerita tentang hal – hal yang sedih seperti menanyakan tentang keluarga klien tampak sedih dan menangis.

Diagnosa Keperawatan : -

5. Interaksi selama wawancara

- Bermusuhan
- Tidak kooperatif
- Mudah tersinggung
- Kontak mata kurang
- Defensif
- Curiga

Jelasan:

klien kooperatif saat diwawancarai namun kontak mata kurang, banyak menunduk dan nada bicara pelan.

6. Persepsi sensori

- a) Halusinas

Pengucapan

Penciuman

b) Ilusi

Ada

Tidak ada

Jelaskan: klien mengatakan tidak pernah mendengar bisikan atau melihat bayangan yang orang-orang lain tidak bisa dengar atau lihat. Klien tidak mengalami gangguan persepsi sensori.

7. Proses pikir

d) Arus pikir

koheren

Sirkumtansial

Tangensial

Blocking

Logorhoe

Clang association

Afasia

Inkoheren

Asosiasi longgar

Flight of idea

Perseferasi

Neologisme

Main kata-kata

Lain-lain.

Jelaskan :klien tidak ada gangguan arus pikir, dibuktikan dengan ketika klien melakukan kegiatan seperti mencuci piring itu sesuai dengan yang dikerjakan klien.

e) Isi pikir

- Obsesif
- Ekstasi
- Fantasi
- Alienasi
- Pikiran bunuh diri
- Pre okupasi
- Pikiran isolasi sosial
- Ide yang terkait
- Pikiran rendah diri
- Pesimisme
- Pikiran logis
- Pikiran curiga
- Phobia, sebutkan: -
- Waham, sebutkan: waham kejar / curiga
- Lain –

lain: -Jelaskan :

Pikiran rendah diri : klien merasa bersalah pada dirinya dan klien merasa dikucilkan oleh keluarganya, sehingga klien merasa tidak berguna

Rasa bersalah : klien mengatakan klien bukan wanita baik – baik

Pikiran isolasi sosial : klien jarang berinteraksi dengan temannya tampak murung dan suka menyendiri.

f) Bentuk pikir

- Realistik
- Non realistik
- Dereistik
- Otistik
- Autistic (cara berfikir berdasarkan lamunan / fantasi /halusinasi / wahamnya sendiri).

Jelaskan : klien saat ditanya klien berada dimana ? klien menjawab dengan benar yaitu berada dilembaga pemasyarakatan.

Diagnosa keperawatan: -

#### 8. Kesadaran

Orientasi (waktu, tempat, oran)

Jelaskan :

- a) Waktu : orientasi waktu klien baik dan sesuai dibuktikan dengan saat ditanya sekarang jam berapa pasien menjawab jam 13;00 WIB pada kenyataannya memang jam 13;00 WIB.
- b) Orang : orientasi klien baik dan sesuai, dibuktikan dengan saat ditanya kamu siapa? klien menjawab sesuai dengan nama yakni Tn.H dan klien mampu menyebutkan nama teman satu kamar dengan benar.
- c) Tempat : orientasi tempat baik dan sesuai, dibuktikan dengan sekarang saat ditanya dirinya dimana pasien menjawab dirinya di lembaga pemasyarakatan dengan nada rendah.

- Meninggi
- Menurun
- Kesadaran berubah
- Hipokinesia

- Confusion
- Sedasi
- Stupor

Jelaskan : klien terkadang masih tiba – tiba merasa sedih kangen dengan keluarga dirumah.

Diagnosa Keperawatan : -

#### 9. Memori

- Gangguandaya ingat jangka panjang( >1bulan)
- Gangguandaya ingat jangka pendek( 24jam-≤1 bulan)
- Gangguan daya ingat saat ini ( kurun waktu 10 detik sampai 15 menit)

Jelaskan:

- a) Klien tidak ada masalah dalam memori ingatan jangka panjang dibuktikan dengan klien mampu mengingat bahwa klien lulusan Sarjana dan mempunyai dua orang anak.
- b) Klien mampu mengingat kegiatan setiap harinya dibuktikan dengan klien memahami kapan waktu makan maupun mandi.
- c) Klien mampu mengingat kegiatan yang dilakukan yaitu Sholat Dzuhur yang dilakukan 1 jam yang lalu.

Diagnosa Keperawatan : -

#### 10. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

##### a) Konsentrasi

- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi

Jelaskan:

Klien mampu berkonsentrasi dengan baik.

b) Berhitung

Jelaskan : kemampuan klien dalam berhitung baik dan benar, dibuktikan dengan ditanya  $2+3$  berapa hasilnya buk? Dijawab 5

Diagnosa Keperawatan :-

11. Kemampuan Penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan:

Klien mengatakan klien bisa mengambil keputusan dengan baik dibuktikan dengan klien ditanyakan menyapu terlebih dahulu atau ngepel terlebih dahulu, klien menjawab nyapu terlebih dahulu jika ngepel dahulu lantai akan basah dan kotor ketika kemudian disapu.

Diagnosa Keperawatan:-

12. Daya Tilik Diri

- Mengingkari penyakit yang diderita
- Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan:  
Diagnosa Keperawatan : -

## VIII. KEBUTUHANPERSIAPANPULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

- Perawatankesehatan
- Transportasi
- Tempattinggal

Keuangan dan kebutuhan lain.

Jelaskan:

- a) Diharapkan klien patuh untuk kontrol poliklinik dan patuh minum obat Gerd secara teratur.
- b) Setelah pulang dari Lembaga pemasyarakatan, ingin fokus merawat anak-anak.

## 2. Kegiatan hidup sehari-hari

### a) Perawat mandiri

#### 1) Mandi

Klien mampu mandi secara mandiri tanpa bantuan dari perawat, klien mandi 3 x sehari, namun klien tidak tampak menggunakan sabun secara menyeluruh ke badannya, dan menggunakan pasta gigi untuk sikat gigi.

#### 2) Berpakaian, berhias dan berdandan

Klien mampu mengenakan pakaian sendiri tanpa terbalik, menyisir dan memotong kuku tanpa bantuan

#### 3) Makan

Klien makan 3x sehari, 1 porsi tidak habis, memakai sendok secara mandiri tanpa bantuan.

#### 4) Toileting (BAK, BAB)

Klien BAB/BAK sendiri tanpa bantuan di kamar mandi.

Diagnosa Keperawatan:-

### b) Nutrisi

Berapa frekuensi makan dan asupan dalam sehari Klien mengatakan makan 3x sehari tidak habis 1 porsi dan 1x makanan ringan

1) Bagaimana nafsu makannya.

Nafsu makan klien baik

2) Bagaimana berat badannya.

Klien tampak kurus dengan BB 52 kg

Diagnosa keperawatan : -

c) Tidur

1) Istirahat dan tidur siang, lama: - s/d - tidur malam, lama: 23.00 s/d 02.00 WIB.

Aktivitas sebelum/sesudah tidur : sikat gigi dan mandi

Jelaskan : klien mengatakan sulit tidur karena banyak pikiran, sebelum tidur klien gosok gigi dahulu, setelah bangun tidur klien mandi.

2) Gangguan Tidur

- Insomnia
- Hypersomnia
- Parasomnia Lain – lain

Jelaskan : klien mengalami gangguan tidur klien mengatakan banyak pikiran.

Diagnosa keperawatan : -

3. Kemampuan lain – lain

- Mengantisipasi kebutuhan hidup

Klien tidak dapat mengantisipasi kebutuhan hidupnya dibuktikan saat sedang sakit kebutuhannya dipenuhi oleh perawat.

- Membuat keputusan berdasarkan keinginannya

Klien dapat membuat keputusan berdasarkan keinginannya dibuktikan dengan mandi, makan, BAK, BAB, dengan mandiri tanpa bantuan

- Mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan kesehatan sendiri.

Klien tidak dapat penggunaan obat sendiri dibuktikan dengan obat klien masih disiapkan oleh perawat.

Diagnosa Keperawatan : -

#### 4. Sistem pendukung

	Ya	Tidak
Keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temans ejawat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelompok social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan :

System pendukung klien selama di lembaga pemasyarakatan yaitu teman sekamar dan petugas kesehatan.

Diagnosa Keperawatan :-

#### IX. MEKANISME KOPING

Jelaskan : klien mengatakn jika klien mempunyai masalah, pasien cenderung diam dan mengurung diri.

Diagnosa Keperawatan : koping individu inefektif

#### X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifiknya

Jelaskan :

Klien mengatakan sering diberi rokok oleh teman sekamarnya, klien tidak suka mengkonsumsi rokok.

- Masalah berhubungan dengan lingkungan,spesifiknya

Jelaskan :

Klien jarang berinteraksi dengan teman – temannya karena malu dengan kondisinya saat ini karena didalam penjara, klien merasa malu, dan mengurung diri.

- Masalah berhubungan dengan pendidikan,spesifiknya

Jelaskan :

Klien mengatakan bahwa dirinya lulusan Sarjana.

- Masalah berhubungan dengan pekerjaan, spesifiknya

Jelaskan:

- Masalah berhubungan dengan perumahan,spesifiknya

Jelaskan :

Klien mengatakan sering dibully tetangganya.

- Masalahberhubungandenganekonomi,spesifiknya

Jelaskan :

Klien mengatakan tidak dapat memenuhi kebutuhan karena tidak bekerja.

- Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya

Jelaskan:

Klien mengatakan puas dengan pelayanan di RSJ lawang

- Masalahlainnya,spesifiknya

Jelaskan:

Klien selalu mengatakan ingin pulang kerumah, tidak ingin pulang ke Dinsos lagi

DiagnosaKeperawatan:-

## XI. ASPEK PENGETAHUAN

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang suatu hal?

Bagaimana pengetahuan Px/ keluarga saat ini tentang penyakit/ gangguan jiwa, perawatan, dan penatalaksanaannya faktor yang memperberat masalah (presipitasi), obat-obatan atau lainnya. Apakah perlu diberikan tambahan pengetahuan yang berkaitan dengan spesifiknya masalah tsb.

- Penyakit/gangguan jiwa
- Sistem pendukung
- Faktor presipitasi
- Penatalaksanaan
- Lain-lain

Jelaskan :

Kurangnya pengetahuan klien terhadap penyakitnya / gangguan jiwa sehingga menganggap dirinya baik – baik saja.

Diagnosa Keperawatan :-

#### ASPEK MEDIS

##### 1. Diagnosis Multi Axis

- a) Axis I : f 06.7
- b) Axis II :
- c) Axis III :
- d) Axis IV :
- e) Axis V :

##### 2. Terapimedis :

## Tablet Oral

a) Antasida	500 mg	1-1-1
b) Ranitidin	150 mg	1-0-1

## 2.2.2 ANALISA DATA

NO	DATA	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan merasa malu kepada saudara, teman kantor, karena permasalahan yang sedang dihadapi berbuah hukuman pidana.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak jarang berinteraksi dengan temannya</li> <li>- Kontak mata kurang</li> <li>- Lebih banyak menundukkan kepala</li> </ul>	Harga Diri Rendah
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan, gatal gatal, banyak bekas luka disekitar kaki dan tangannya.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak jarang berinteraksi dengan temannya</li> <li>- Klien tampak kurang rapi</li> <li>- Kulit tampak banyak luka bekas garukan</li> </ul>	Defisit Perawatan Diri
3.	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan malu kepada teman atas masalah yang sedang dihadapi</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat ini klien tampak jarang berinteraksi dengan temannya, klien tampak mengurung diri.</li> <li>- Saat diajak bicara suka menunduk tidak ada kontak mata.</li> <li>- Suara pelan jika bicara.</li> </ul>	Isolasi sosial

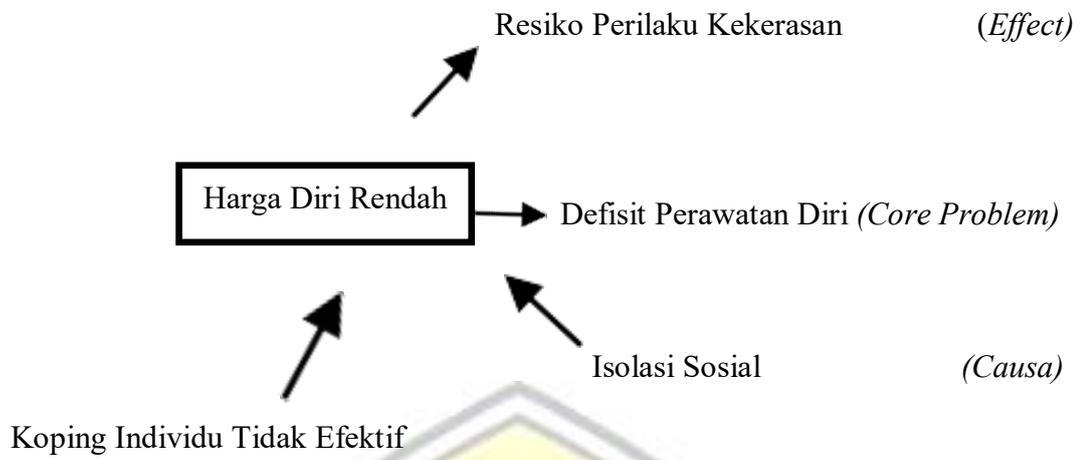
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak mampu jauh dari keluarga, apalagi saat ini sedang menjalani proses hukum.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sedih, malas bersosialisasi dengan teman sekamar.</li> <li>- Klien tampak diam dan sering menyendiri</li> </ul>	Koping Individu Tidak Efektif
----	--	-------------------------------

### 2.2.3. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
2. Defisit Perawatan Diri
3. Isolasi Sosial
4. Koping Individu Tidak efektif



## POHON MASALAH



## 2.2.4 PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah



## 2.2.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tn. H Dengan Gangguan Harga Diri Rendah

tgl	Diagnosa kepeawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	Kerusakan interaksi sosial menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah.	<u>Tujuan umum:</u> Klien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap.			
		<u>Tujuan khusus I:</u> Klien dapat membina hubungan saling percaya.	<u>Kriteria hasil:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien dapat mengungkapkan perasaannya.</li> <li>• Ekspresi wajah bersahabat.</li> <li>• Ada kontak mata.</li> <li>• Menunjukkan rasa senang.</li> <li>• Mau berjabat tangan.</li> </ul>	1.1. Bina hubungan saling percaya. a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan sopan. c. Tanya dan nama panggilan yang disukai klien	Hubungan saling percaya akan menimbulkan kepercayaan klien kepada perawat sehingga memudahkan pelaksanaan tindakan selanjutnya

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mau menjawab salam.</li> <li>• Klien mau duduk berdampingan.</li> <li>• Klien mau mengutarakan masalah yang sedang dihadapinya.</li> </ul>	<p>d.Jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji.</p> <p>e.Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya.</p> <p>f.Beri perhatian pada klien.</p> <p>1.2 Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaanya saat ini.</p> <p>1.3 Sediakan waktu untuk mendengarkan klien .</p> <p>Katakan pada klien bahwa ia adalah seorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri keluar dari permasalahan saat ini.</p>	
--	--	--	---	--	--

		<p><u>Tujuan Khusus 2</u></p> <p>Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.</p>	<p><u>Kriteria hasil:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu mempertahankan aspek positif</li> </ul>	<p>2.1 Diskusikan dengan klien kemampuan dan aspek positif yang dimiliki serta berikan pujian atas kemampuan mengungkapkan perasaannya.</p> <p>2.2 Saat bertemu dengan klien, hindarkan memberi penilaian negatif. Utamakan memberi pujian yang realistis kepada klien.</p>	<p>Pujian akan meningkatkan harga diri pasien.</p>
		<p><u>Tujuan khusus 3 :</u></p> <p>Klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.</p>	<p><u>Kriteria hasil:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kebutuhan klien terpenuhi.</li> <li>• Klien dapat melakukan aktifitas yang terarah.</li> </ul>	<p>3. 1 Diskusikan kemampuan klien yang masih dapat digunakan untuk saat ini.</p> <p>3.2 Diskusikan juga kemampuan yang dapat dilanjutkan pasien saat berada di rumah.</p>	<p>Peningkatan kemampuan klien saat ini dapat mendorong klien mandiri.</p>
		<p><u>Tujuan khusus 4 :</u></p> <p>Klien dapat menetapkan dan merencanakan</p>	<p><u>Kriteria hasil:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu beraktifitas sesuai kemampuan.</li> </ul>	<p>4. 1 Rencanakan bersama klien aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan:</p>	<p>Pelaksanaan kegiatan secara mandiri merupakan modal awal untuk meningkatkan harga diri.</p>

		<p>Kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh klien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengikuti terapi aktifitas kelompok.</li> </ul>	<p>Kegiatan mandiri, kegiatan dengan bantuan minimal dan kegiatan dengan bantuan total..</p> <p>4.2 Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi klien.</p> <p>4.3 Berikan contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh dilakukan ( Klien sering tampak takut saat mau meaksanakan)</p>	
		<p><u>Tujuan khusus 5 :</u></p> <p>Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya.</p>	<p><u>Kriteria hasil :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu beraktifitas sesuai kemampuan .</li> </ul>	<p>5.1 Beri kesempatan klien untuk mencoba kegiatan yang direncanakan.</p> <p>5.2 Beri pujian atas keberhasilan klien saat melakukan kegiatan.</p> <p>5.3Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan di blok hunian..</p>	<p>Dengan aktifitas klien akan mengetahui kemampuannya.</p>

		<p><u>Tujuan Khusus 6 :</u></p> <p>Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.</p>	<p><u>Tujuan Khusus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mampu melakukan apa yang sudah di ajarkan perawat .</li> <li>• Klien mau memberikan dukungan yang telah diberikan.</li> </ul>	<p>6.1 Berikan pendidikan kesehatan kepada keluarga/teman sekamar tentang cara merawat klien harga diri rendah.</p> <p>6.2 Bantu keluarga dan teman sekamar pasien untuk</p> <p>6.3 Bantu keluarga menyiapkan lingkungan rumah</p>	<p>Perhatian orang dekat bisa keluarga atau teman sekamar akan dapat membantu meningkatkan harga diri.</p>
--	--	--	--	--	--



## 2.2.6 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
Sabtu, 17 Juni 2022	Harga Diri Rendah	<p>SP 1 (BHSP)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya, dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengucapkan salam kepada klien</li> <li>- Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan</li> <li>- Menanyakan kegiatan klien saat di Lapas</li> <li>- Kontrak waktu dengan klien</li> </ul> </li> <li>2. Menyapa klien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal</li> <li>3. Memperkenalkan diri dengan sopan</li> <li>4. Menanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien</li> <li>5. Menjelaskan tujuan dari pertemuan</li> <li>6. Jujur dan menepati janji</li> <li>7. Menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya Memberi perhatian kepada klien dan memperhatikan kebutuhan dasar klien.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ‘walaikumsalam’ saat perawat mengucapkan salam</li> <li>- Klien mengatakan ‘H dipanggil H’ saat ditanya perawat nama lengkap dan nama panggilan yang disukai.</li> <li>- Klien mengatakan saat di Lapas, mengikuti kajian di masjid At-Taubah, dan merapikan tempat tidur.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menunduk, namun mampu menjawab pertanyaan dari perawat</li> <li>- Klien tampak tersenyum sekali, meskipun kontak mata masih kurang</li> <li>- Klien tampak mau berjabat tangan, menyebutkan nama, menjawab salam, mau berdampingan duduk, dan mau mengatakan masalah yang dihadapinya.</li> </ul> <p>A :</p> <p>Mampu melakukan BHSP</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi SP 1 HDR</p>	

<p>Senin, 19 juni 2022</p>	<p>Harga Diri Rendah</p>	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan di rumah</li> <li>2. Memberi pujian yang realistis, atau nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien yang memiliki penilaian yang negatif.</li> <li>3. Mendiskusikan dengan klien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini, setelah mengalami masalah</li> <li>4. Membantu klien menyebutkannya dan beri penguat terhadap kemampuan diri yang diungkapkan</li> <li>5. Memperlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif</li> <li>6. Mendiskusikan dengan klien beberapa aktivitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan klien yang akan klien lakukan sehari-hari.</li> <li>7. Membantu klien menetapkan aktivitas mana yang dapat klien lakukan secara mandiri mana aktivitas yang memerlukan bantuan dari orang lain dan kegiatan apa saja yang perlu bantuan penuh dari orang lain atau lingkungan terdekat klien.</li> <li>8. Memberikan contoh cara pelaksanaan aktivitas yang dapat dilakukan klien.</li> <li>9. Menyusun bersama klien dan buat daftar aktivitas atau kegiatan sehari-hari klien</li> <li>10. Mendiskusikan dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih klien) yang akan dilatih.</li> <li>11. Memberi dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang diperlihatkan klien.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan saat di Lapas, mengikuti kajian di masjid At-Taubah, dan sholat lima waktu.</li> <li>- Klien mengatakan : 'saat di lapas klien banyak diam dan hanya berada di tempat tidur karena malas bergaul kecuali ke masjid'</li> <li>- Klien mengatakan : 'mau merapikan tempat tidur dan mencuci piring setelah makan'</li> </ul> <p>Klien mengatakan : 'saya berusaha sholat tepat waktu di masjid' O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak mau dan kooperatif dalam kegiatan merapikan tempat tidur meskipun lambat.</li> <li>- Klien dapat menyebutkan kemampuan yang biasanya dapat dilakukan di rumah sakit</li> <li>- Klien dapat menyebutkan kemampuan yang masih dapat dilakukannya</li> <li>- Klien memilih kegiatan Beribadah sebagai kegiatan yang pertama yang akan dilakukan.</li> <li>- Klien tampak bahagia saat diberi pujian</li> <li>- Klien membuat jadwal merapikan tempat tidur setelah setiap bangun tidur dan mencuci piring setelah makan.</li> <li>- Klien tampak tersenyum sekali meskipun kontak mata masih kurang</li> <li>- Klien tampak mau berjabat tangan, menyebutkan nama, menjawab salam, mau duduk berdampingan, mau mengatakan masalah yang dihadapi.</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu memilih dan melatih kemampuan kedua yang dipilih</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi SP 2 HDR</li> </ul>	
------------------------------------	------------------------------	--	--	--

Sabtu, 30 Juli 2022	Harga Rendah	Diri  SP 3 - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2) - Menanyakan apa yang telah kita ajarkan sebelumnya kepada klien. - Memilih kemampuan yang ketiga yang dapat dilakukan - Masukan dalam jadwal kegiatan klien	S : - Klien mengatakan telah memahami apa yang telah diajarkan tentang kegiatan apa saja yang dilakukan setiap harinya yaitu Sholat lima waktu, perbanyak berzikir, mengikuti kajian di masjid At-Taubah, bila selesai makan langsung mencuci piring dan saat bangun tidur merapikan tempat tidurnya. O : - Klien tampak kooperatif dalam kegiatan yang akan dilakukan seperti Sholat lima waktu, mengikuti kajian di masjid At-Taubah ,mencuci piring dan merapikan tempat tidur - Klien tampak bersemangat saat diajak bicara perawat A : - Klien mampu memilih dan melatih kemampuan ketiga yang akan dipilih. P : Lanjutkan intervensi SP 4	
------------------------	-----------------	---	---	--

## FORMAT

## ANALISA PROSES INTERAKSI

Status interaksi perawat-pasien : Pertemuan pertama  
 Deskripsi Px (Tn.H) : Klien malu kepada keluarga, teman dan tetangga atas masalah yang dihadapinya  
 Tujuan (berorientasi pada Px) : Bina hubungan saling percaya  
 Nama Mahasiswa : Udin Agus S.  
 Tanggal : 16 juni 2023  
 Jam : 13.30.00 Wib  
 Ruang : Klinik Lepas

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA PASIEN	RASIONAL
<p>P: Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya Udin mahasiswa Universitas Bina sehat PPNI Mojokerto yang praktek di lembaga pemasyarakatan</p> <p>K: Selamat pagi pak, nama saya H</p>	<p>P: memandangi pasien tersenyum sambil menunduk.</p> <p>K: kontak mata kurang</p>	<p>Membuka percakapan dengan pasien dan berharap dengan sapaan sederhana perawat bisa diterima oleh pasien Tn. H.</p>	<p>Pasien sedikit ragu dalam memulai komunikasi.</p>	<p>Salam untuk memulai hubungan saling percaya dengan pasien.</p>
<p>P: "bagaimana perasaan bapak hari ini?"</p> <p>K: "Baik"</p>	<p>P: memandangi pasien dan berusaha meyakinkan pasien</p> <p>K: pasien kooperatif, kontak mata kurang</p>	<p>Menanyakan kabar pasien, menjalin kontrak dengan pasien</p>	<p>Menerima kontrak dengan perawat.</p>	<p>Menentukan kontrak dengan pasien supaya pasien tidak bosan</p>

<p>P : “Pagi ini kita akan ngobrol sebentar tentang kondisi bapak selama sekitar 20 menit, apakah pak H bersedia?” “ bapak H mau ngobrol dimana?”</p> <p>K : “Ya, di sini saja”</p>	<p>P : melakukan kontak mata dengan klien. K : klien mengangguk dan sedikit sedikit melakukan kontak mata, namun lebih banyak menundukkan kepalanya</p>	<p>Perawat menjelaskan tujuan dan topik yang akan dibicarakan dengan klien untuk mengarahkan pembicaraan agar lebih fokus lagi.</p>	<p>Klien kooperatif dan bersedia berbicara dengan perawat.</p>	<p>Kontak awal berupa topik, waktu dan tempat sangat penting dalam saat interaksi untuk menunjang hubungan saling percaya dengan perawat.</p>
<p>P : “Bagaimana perasaan Bapak H hari ini?”</p> <p>K : malu, pingin pulang</p>	<p>P : perawat tersenyum K: klien menunduk ,</p>	<p>Eksplorasi perasaan Klien dapat mendengarkan respon dengan sentuhan caring.</p>	<p>Klien merasa dihargai Karena permasalahan saat ini mendapatkan perhatian lebih oleh perawat.</p>	<p>Dengan menanyakan bagaimana perasaan klien sebelum adanya perbincangan, perawat dapat mengeksplorasi masalah yang sedang dihadapi klien dan perlu ditangani.</p>
<p>P : “ibu, kalau boleh tahu kenapa ibu K bisa berada di sini?”</p> <p>K : “saya tersangkut masalah”</p>	<p>P: tersenyum dan memperhatikan klien K : klien sambil menundukan kepala.</p>	<p>Mengidentifikasi penyebab masalah yang dihadapi klien.</p>	<p>Klien merasa tidak tahu sampai kapan berada di lembaga pemsayarakatan.</p>	<p>Mengidentifikasi penyebab harga diri rendah sangat penting untuk mengetahui akar permasalahan dan dapat digunakan untuk mendapatkan solusi yang terbaik sesuai kondisi klien.</p>
<p>P: “saya tadi saya lihat pak H tampak menyendiri, itu kenapa?”</p>	<p>P : perawat tersenyum dan mengarah ke klien K : klien menunduk, menjawab dengan suara pelan dan jawaban singkat.</p>	<p>Perawat ingin menggali informasi tentang kondisi klien yang suka menyendiri</p>	<p>Klien ingin berinteraksi dengan orang lain karena merasa tidak sepemikiran.</p>	<p>Penggalian informasi dapat digunakan untuk menambah informasi mengenai kondisi klien.</p>

<p>K: “Saya merasa tidak ada semangat lagi dan malu”</p>				
<p>P: “Bapak kenapa kok sering menyendiri dsm jsrsng komunikasi dengan temannya  K: -</p>	<p>P : perawat menatap klien dengan senyuman.  K : klien menghindari tatapan, menunduk dan diam tidak mau menjawab.</p>	<p>Perawat mengidentifikasi alasan klien tidak ingin berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain.</p>	<p>Klien tidak mau menjawab dan diam, menunjukkan bahwa dia masih belum terbuka dengan perawat.</p>	<p>Alasan klien tidak mau berinteraksi dengan orang lain harus dicari agar masalah yang sedang klien hadapi dapat teratasi melalui beberapa sokusi yang di sediakan.</p>
<p>P: “Bapak, tahu apa kemampuan positif yang bapak bisa, apakah bisa mengikuti kajian di masjid Attaubah dan sholat waktu?” K: “Bisa”</p>	<p>P : perawat memperhatikan dan mengarahkan klien serta memuji klien.  K: klien mengusap mukanya lagi, tampak bingung.</p>	<p>Perawat mengkaji kemampuan klien dalam menyebutkan kegiatan yang bisa dilakukan oleh klien.</p>	<p>Klien bisa menjawab namun dengan jawabanklien sangat singkat.</p>	<p>Keuntungan memiliki kegiatan yang bermanfaat agar klien tidak merasa bosan.</p>
<p>P: “Kemudian Tn,H bisa melakukan kegiatan apa lagi ? bapak bisa merapikan tempat tidur setelah bangun tidur” K: “bisa”</p>	<p>P : perawat menatap klien,sambil bertanya dengan suara yang jelas dan mendengarkan jawaban klien danMengakhiri pembicaraan. K: Menjawab dengan bibir bergetar dan suara pelan.</p>	<p>Perawat mengidentifikasi kegiatan yang lain yang bisadilakukan oleh klien</p>	<p>Klien menjawab pertanyaanperawat dengan tepat dan mengatakan bahwa dia bisamelakukan kegiatan tersebut.</p>	<p>Mempunyai kegiatan yang bermanfaat lebihdari satu kegiatan maka akan mengurasirasa bosan pada klien.</p>

<p>P: “Baiklah, bapak kita akhiri pertemuan kali ini karena bapak h sudah mengantuk” “Bagaimana perasaan bapak H setelah berbincang tangan kami?”  K: “Biasa saja”</p>	<p>P ; Mengakhiri pembicaraan dan memperhatikan jawaban klien dengan berjabat tangan.  K : tampak datar, sedikit tersenyum dan berjalan menuju ke block hunian laki-laki.</p>	<p>Perawat mengakhiri pembicaraan dengan klien dan melakukan evaluasi validasi perasaan klien setelah berbincang bincang dengan perawat.</p>	<p>Klien mengungkapkan bahwa perasaannya biasa saja setelah bercakap – cakap dengan perawat.</p>	<p>Pengakhiran pembicaraan dilakukan sesuai dengan kondisi klien saat ini. Selanjutnya dilakukan evaluasi/validasi perasaan klien setelah pembicaraan untuk melihat perubahan yang ada pada klien.</p>
--	---	--	--	--



