

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat, Yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi Profesi Ners Universitas Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto:

Nama :

NIM :

Telp :

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Penerapan Afirmasi Positif Pada Ny. S Dengan Harga Diri Rendah”. Berkenaan dengan hal tersebut, maka saya mohon dengan hormat kepada saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Berikut ini adalah beberapa hal yang perlu saya informasikan terkait dengan keikutsertaan saudara sebagai responden dalam penelitian ini, yaitu:

1. Tujuan penelitian adalah untuk membuktikan efektifitas terapi.
2. Manfaat penelitian adalah mendukung upaya peningkatan pelayanan keperawatan, khususnya dalam memberikan asuhan kepada pasien.
3. Perlakuan yang diberikan pada saudara yaitu: saudara diminta untuk menjawab pertanyaan kuesioner dengan sejujur jujurnya
4. Identitas responden akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti
5. Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian
6. Penelitian ini tidak berbahaya bagi Kesehatan saudara
7. Penelitian ini tidak akan memungut biaya sedikitpun dari saudara
8. Apabila dalam penelitian ini, responden merasa tidak nyaman akan sesuatu hal. Saudara berhak mengundurkan diri dari contoh informed consent
9. Saudara akan mendapatkan cinderamata sebagai tanda terimakasih telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
10. Hal hal yang belum jelas dapat kepada peneliti.

Demikian penjelasan yang dapat saya sampaikan. Atas perhatian dan partisipasi saudara, saya sampaikan terimakasih.

Jombang , 1 Maret 2026

Hormat saya

Peneliti

Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Kode responden :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian yang diselenggarakan oleh mahasiswa Universitas Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto, maka saya

(Bersedia/ Tidak Bersedia*)

Untuk berperan serta sebagai responden. Apabila sesuatu hal yang merugikan diri saya akibat penelitian ini, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut di kemudian hari.

*) Coret yang tidak dipilih

Jombang , 1 Maret 2026

Hormat saya

Peneliti

PENGKAJIAN

I Identitas Klien

Nama : Ny. S (P)

Umur : 78 tahun Nomor CM : -

Agama : Islam

Pekerjaan : IRT

II Alasan Masuk

Keluhan Utama : Klien mengatakan merasa sedih karena tidak pernah dikunjungi keluarganya sejak tinggal di panti. Klien merasa dirinya tidak lagi berarti, kurang diperhatikan oleh keluarga, dan sering membandingkan dirinya dengan penghuni lain yang masih mendapat kunjungan dari keluarga.

III Faktor Predisposisi

a. Riwayat Penyakit Dahulu :

Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi yang rutin mendapatkan pengobatan. Klien tidak memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya. Klien mulai merasa kurang percaya diri dan memandang dirinya secara negatif sejak tinggal di panti serta tidak pernah dikunjungi keluarganya.

b. Pengobatan sebelumnya :

Klien mengatakan rutin menjalani pemeriksaan kesehatan dan mengonsumsi obat untuk penyakit hipertensi. Klien belum pernah menjalani perawatan di rumah sakit jiwa maupun mendapatkan terapi psikologis sebelumnya.

c. Trauma

Jenis Trauma	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
Aniaya Fisik	tahun			
Aniaya seksual	tahun			
Penolakan	78 tahun	Anak	Ny.s	Pengasuh
Kekerasan dalam keluarga	tahun			
Tindakan kriminal	tahun			
Lain - lain	78 tahun	STROKE	Ny.s	Pengasuh

Jelaskan No 1,2,3 :

Klien mengatakan anak-anaknya menitipkan dirinya di panti dan hingga saat ini tidak pernah datang mengunjungi. Kondisi tersebut membuat klien merasa ditolak, kurang disayangi, dan kehilangan perhatian dari keluarga. Klien sering menyalahkan dirinya sendiri, merasa tidak berarti, serta membandingkan dirinya dengan penghuni lain yang masih mendapatkan kunjungan keluarga. Perasaan tersebut menyebabkan klien lebih sering menyendiri, tampak murung, dan kurang percaya diri.

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah Kronis

1. Anggota keluarga yang gangguan jiwa? Tidak ada

Bila ada : Hubungan keluarga :

Gejala :

Riwayat pengobatan :

2. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan?

Klien mengatakan pengalaman yang paling menyedihkan adalah ketika dirinya dititipkan di panti dan tidak pernah dikunjungi oleh anak maupun anggota keluarga lainnya. Klien merasa kehilangan peran sebagai anggota keluarga, merasa tidak lagi dibutuhkan, dan menganggap dirinya kurang berarti.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Situasional

A. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda vital :

TD : 150/95 mmHg

N : 92 x/menit

S : 36,6°C

RR : 23 x/menit

2. Ukuran :

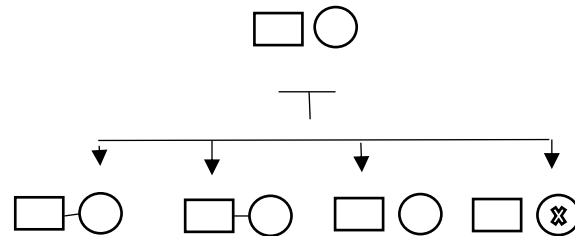
Berat Badan (BB) : 50 Kg

Tinggi Badan (TB) : 153 cm

3. Keluhan fisik : Klien mengeluh tubuh terasa lemah, cepat lelah, sulit berjalan, dan sulit melakukan aktivitas sehari-hari akibat kelemahan pada tubuh sebelah kiri.
4. Pemeriksaan Fisik (Fokus) : Tampak kelemahan pada ekstremitas kiri, mobilitas terbatas, dan aktivitas sehari-hari memerlukan bantuan sebagian
5. Pola Kesehatan: Klien mengatakan aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpindah tempat, dan berjalan memerlukan bantuan orang lain.

B. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



: laki-laki



: Perempuan



: Ny. S

Jelaskan :

Ny. S merupakan anak ke dua dari 4 bersaudara. Ny. S merupakan anak keempat dari empat bersaudara. Saat ini klien tinggal di PSTW Jombang dan tidak tinggal bersama keluarga inti.

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Ny. S memandang dirinya sebagai seseorang yang sudah tidak berarti karena tinggal di panti dan tidak pernah dikunjungi keluarganya. Klien merasa kurang diperhatikan dan sering membandingkan dirinya dengan penghuni lain yang masih mendapatkan kunjungan keluarga.

b. Identitas diri

Ny. S mengenal dirinya sebagai seorang ibu dan anggota keluarga, namun saat ini merasa kehilangan peran tersebut karena tinggal di panti dan jarang berhubungan dengan keluarganya.

c. Peran

Ny. S mengatakan dahulu berperan sebagai ibu rumah tangga yang mengurus keluarga. Saat ini klien merasa perannya dalam keluarga telah berkurang karena tinggal di panti dan tidak lagi bersama anak-anaknya.

d. Ideal diri

Ny. S berharap keluarganya dapat datang mengunjunginya. Klien juga

berharap dapat lebih menerima keadaan, merasa lebih percaya diri, serta dapat menjalani kehidupan di panti dengan lebih tenang dan bahagia.

e. Harga diri

Ny. S mengatakan dirinya merasa kurang berarti karena tidak pernah dikunjungi keluarga. Klien sering berpikir bahwa dirinya sudah tidak dibutuhkan dan merasa sedih ketika melihat penghuni lain masih mendapatkan perhatian dari keluarganya.

Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronis

3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti : Klien mengatakan suami merupakan orang yang paling berarti dalam hidupnya.
- b. Peran serta kegiatan kelompok/masyarakat : Klien mengatakan dahulu aktif melakukan aktivitas rumah tangga sebelum mengalami stroke.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Klien mengatakan merasa malu dan kurang percaya diri saat berinteraksi dengan orang lain.

4. Spiritual:

- A. Nilai dan keyakinan : pasien mengatakan dirinya beragama islam
- B. Kegiatan Ibadah : Klien mengatakan masih berusaha melaksanakan ibadah sesuai kemampuan.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah spiritual yang menonjol.

STATUS MENTAL

1. Penampilan :

⊗Tidak rapi O Penggunaan pakaian tidak sesuai

O Cara berpakaian tidak seperti biasanya O Lain-lain, jelaskan

Jelaskan : Penampilan klien tampak kurang rapi, wajah murung, dan tampak lemah.

2. Pembicaraan :

O Cepat OKeras OGagap OInkoherensi OApatis V lambat O Membisu O

Tidak mampu memulai pembicaraan OLain-lain,jelaskan.

.....

Jelaskan : pasien berbicara lemah

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Situasional.

3. Aktivitas Motorik

V Lesu O Tegang O Gelisah O Agitasi TIK O Grimas O Tremor

O Kompulsif O Lain – lain, jelaskan :

Jelaskan : Klien tampak lemah dengan keterbatasan gerak akibat kelemahan ekstremitas kiri. Kekuatan otot

1	4
1	4

4. Afek dan Emosi

5. Status Mental

1. Penampilan

Klien berpakaian rapi, menggunakan pakaian yang bersih dan sopan sesuai dengan identitasnya sebagai seorang muslimah. Wajah tampak tanpa riasan, kebersihan diri terjaga, namun ekspresi wajah terlihat murung dan kurang bersemangat.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

2. Pembicaraan

Saat pengkajian, klien tampak kooperatif, namun berbicara dengan suara pelan, sering menunduk, kontak mata kurang, dan menjawab pertanyaan secara singkat. Klien jarang memulai pembicaraan dan lebih banyak berbicara apabila diberikan pertanyaan oleh perawat. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh perasaan sedih dan kurang percaya diri karena merasa tidak pernah dikunjungi keluarganya.

Masalah keperawatan: Gangguan komunikasi verbal

3. Aktivitas Motorik Tidak ditemukan gangguan aktivitas motorik. Klien mampu melakukan gerakan secara normal sesuai dengan kondisi fisiknya dan tidak tampak adanya tremor, gelisah, maupun agitasi.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

4. Afek dan Emosi

a. Afek: Datar.

Jelaskan: Klien tampak lebih banyak diam, sesekali menundukkan kepala, dan menunjukkan ekspresi sedih ketika membicarakan keluarga.

b. Alam Perasaan (Emosi): Sedih.

Jelaskan: Klien mengatakan merasa sedih karena tidak pernah dikunjungi keluarganya, merasa kurang berarti, serta terkadang membandingkan dirinya dengan penghuni lain yang masih mendapat perhatian dari keluarga. Klien juga mengungkapkan perasaan kurang percaya diri akibat kondisi tersebut.

Masalah keperawatan: Gangguan komunikasi verbal

5. Interaksi Selama Wawancara

Kontak mata: Kurang.

Jelaskan: Klien tampak lebih sering menundukkan kepala, kontak mata kurang, serta berbicara dengan suara pelan. Klien cenderung pasif dan hanya menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat.

Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronis.

6. Persepsi Sensori

Apakah ada gangguan: Tidak ada.

Jelaskan: Tidak ditemukan gangguan persepsi sensori. Klien tidak mengalami halusinasi maupun ilusi, serta mampu membedakan rangsangan yang berasal dari lingkungan dengan baik.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

7. Proses Pikir

Proses pikir: Tidak ada gangguan.

Jelaskan: Alur pikir klien logis, relevan, dan sesuai dengan pertanyaan yang diajukan. Klien mampu menyampaikan pendapatnya secara runtut meskipun dengan suara pelan.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

8. Isi Pikir

Isi pikir: Penilaian negatif terhadap diri sendiri (harga diri rendah).

Jelaskan: Klien mengatakan dirinya merasa kurang berarti karena tidak pernah dikunjungi keluarganya. Klien sering membandingkan dirinya dengan penghuni lain yang masih mendapatkan perhatian dari keluarga, sehingga muncul perasaan sedih, kurang percaya diri, dan merasa dirinya tidak lagi berarti.

Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronis.

9. Tingkat Kesadaran

Kesadaran: Compos mentis.

Jelaskan: Klien sadar penuh, mampu mengenali waktu, tempat, dan orang serta dapat mengikuti proses wawancara dengan baik.

10. Memori

Memori: Normal.

Jelaskan: Klien mampu mengingat kejadian masa lalu maupun kejadian saat ini dengan baik serta mampu menjawab pertanyaan yang diajukan secara tepat.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

11. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Konsentrasi dan berhitung: Baik.

Jelaskan: Klien mampu berkonsentrasi selama wawancara dan dapat melakukan perhitungan sederhana dengan benar meskipun memerlukan waktu sedikit lebih lama untuk menjawab.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

12. Kemampuan Penilaian

Kemampuan penilaian: Gangguan ringan.

Jelaskan: Klien masih mampu membedakan perilaku yang baik dan kurang baik, namun cenderung memberikan penilaian negatif terhadap dirinya sendiri sehingga kepercayaan dirinya menurun.

Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronis.

13. Daya Tilik Diri

Daya tilik diri: Menyadari kondisi diri.

Jelaskan: Klien menyadari bahwa dirinya sering merasa sedih dan kurang percaya diri karena tidak pernah dikunjungi keluarganya. Klien juga

menyadari bahwa perasaan tersebut menyebabkan dirinya lebih sering menyendiri dan kurang berinteraksi dengan orang lain.

Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronis.



II. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan :

Kemampuan memenuhi kebutuhan	Ya	Tidak
Makanan	V	
Keamanan	V	
Perawatan kesehatan		V
Pakaian	V	
Transportasi		V
Tempat tinggal	V	
Keuangan		V
Lain-lain		

Jelaskan : Klien memerlukan bantuan dalam perawatan kesehatan, mobilitas, dan aktivitas tertentu akibat kelemahan fisik.

III. Kegiatan Hidup sehari-hari (ADL) :

a. Perawatan Diri :

Kegiatan hidup sehari-hari	Bantuan Total	Bantuan Minimal
Mandi		V
Kebersihan		V
Makan		V
Buang air kecil / BAK		V
Buang air Besar / BAB		V
Ganti pakaian		V

Jelaskan : Klien mampu melakukan aktivitas dengan bantuan minimal.

b. Nutrisi :

* Apakah anda puas dengan pola makan anda? Puas

Bila tidak puas,jelaskan:.....

* Apakah anda makan memisahkan diri ? Tidak

Bilaya,jelaskan:.....

* Frekuensi makan sehari : 3 X

* Nafsu makan : O Meningkat V Menurun O Berlebihan v Sedikit – sedikit

* Berat Badan : O Meningkat V Menurun

BB saat ini : 50 kg, BB terendah : 40 Kg, BB tertinggi Tertinggi : 50 .Kg

Jelaskan : Klien mengatakan nafsu makan menurun sejak mengalami stroke.

c. Tidur :

- * Apakah ada masalah tidur? : Ada
- * Apakah merasa segar setelah bangun tidur? : Tidak
- * Tidur malam jam : 22.00
- * Bangun jam : 03.00
- * Rata-rata tidur malam : 4–5 jam Apakah ada gangguan tidur?
- V Sulit untuk tidur O Bangun terlalu pagi OSamnambulisme
- V Terbangun saat tidur O gelisah saat tidur O Berbicara saat tidur O
- Lain – lain, jelaskan :

Jelaskan Klien sulit tidur karena sering memikirkan kondisi dirinya.

Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur

IV. Kemampuan klien dalam hal – hal berikut ini :

- a) Mengantisipasi kehidupan sehari – hari : V ya O Tidak
- b) Menbuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri : V Ya O Tidak
- c) Mengatur penggunaan obat : O Ya V Tidak
- d) Melakukan pemeriksaan kesehatan : V Ya O Tidak

Jelaskan : Klien masih mampu memahami kondisi sehari-hari dan mengikuti pemeriksaan kesehatan yang dilakukan di PSTW Jombang. Namun, klien mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan secara mandiri karena merasa tidak percaya diri dan merasa bergantung pada orang lain akibat kelemahan fisik setelah stroke. Klien juga memerlukan bantuan dan pengawasan dalam penggunaan obat karena keterbatasan aktivitas dan penurunan kemampuan fisik.

V. Klien memiliki sistem pendukung :

- Keluarga : O Ya V Tidak - Teman sejawad : V Ya O Tidak
- Terapis : V Ya O Tidak - Kelompok Sosial : V Ya O Tidak

Jelaskan : Klien masih memiliki dukungan dari pengasuh, perawat, terapis, serta penghuni lain di PSTW Jombang yang membantu klien dalam menjalani aktivitas sehari-hari dan memberikan dukungan emosional.

A. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi?

V Ya/enikmati O Tidak menikmati, jelaskan Klien mengatakan sebelumnya senang melakukan aktivitas rumah tangga dan berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Saat ini klien masih berusaha mengikuti kegiatan sederhana sesuai kemampuan fisiknya meskipun terbatas akibat kondisi stroke.

VI. MEKANISME KOPING

Adaptif		Mal adaptif	
V	Bicara dengan orang lain		Minum alkohol
	Mampumenyelesaikan masalah		Reaksi lambat/berlebihan
V	Tehnik relaksasi		Bekerja berlebihan
	Aktifitas konstruktif	V	Menghindar
	Olah raga		Menciderai diri
	Lain - lain		Lain - lain

Jelaskan : Mekanisme koping adaptif yang digunakan klien adalah berbicara dengan perawat atau pengasuh saat merasa sedih serta melakukan afirmasi positif dan latihan relaksasi sederhana. Namun, klien juga menunjukkan koping maladaptif berupa menarik diri dan menghindari interaksi sosial ketika merasa malu atau tidak percaya diri dengan kondisi fisiknya.

VII. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

√ Masalah dengan dukungan kelompok, spesifiknya : klien merasa kurang mendapatkan dukungan emosional secara langsung dari keluarga karena tinggal di PSTW.

√ Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifiknya : klien merasa minder ketika melihat penghuni lain lebih mandiri.

O Masalah dengan pendidikan, spesifiknya

O Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya

- O Masalah dengan perumahan, spesifiknya
- O Masalah dengan ekonomi, spesifiknya
- O Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya
- √ Masalah lainnya, spesifiknya : kehilangan peran sebagai ibu rumah tangga dan ketergantungan pada orang lain akibat stroke.

VIII. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

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

- √ Penyakit/gangguan jiwa
- O Sistem pendukung
- O Faktor presipitasi
- √ Koping
- √ Penyakit fisik
- O Obat-obatan
- O Lain-lain, jelaskan

Jelaskan : Klien mengetahui dirinya mengalami stroke yang menyebabkan kelemahan fisik dan merasa rendah diri, namun klien belum memahami cara mengatasi perasaan rendah diri dan meningkatkan kepercayaan diri. Klien juga belum mengetahui teknik koping yang efektif untuk membantu menerima kondisi dirinya.

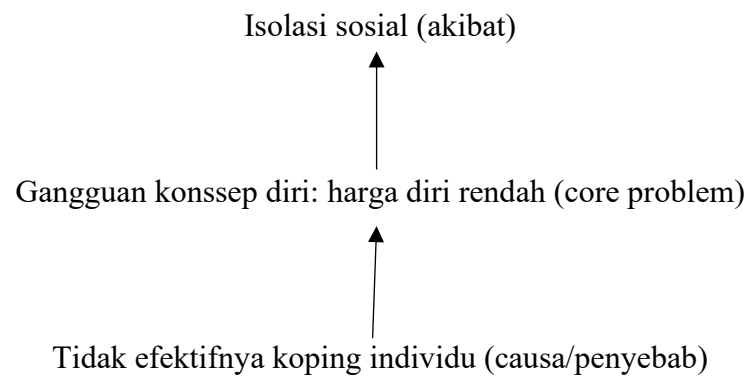
Masalah Keperawatan : Kurang pengetahuan terkait penanganan harga diri rendah situasional.

IX. ASPEK MEDIS

Diagnosa medik : stroke

A. ANALISA DATA

No	Data	Masalah
1	Data Subjektif : 1. Klien mengatakan merasa sedih karena tidak pernah dikunjungi oleh keluarganya sejak tinggal di panti. 2. Klien mengatakan merasa dirinya kurang berarti dan sudah tidak dibutuhkan oleh keluarganya. 3. Klien mengatakan sering membandingkan dirinya dengan penghuni lain yang masih mendapatkan kunjungan dari keluarga. 4. Klien mengatakan merasa kesepian meskipun tinggal bersama penghuni lain di panti. 5. Klien mengatakan, <i>"Saya merasa sudah tidak dianggap lagi oleh keluarga."</i> 6. Klien mengatakan ingin keluarganya datang mengunjunginya, namun merasa hal tersebut mungkin tidak akan terjadi. Data Objektif : 1. Klien tampak murung dan lebih sering menyendiri. 2. Klien tampak menundukkan kepala saat berkomunikasi. 3. Kontak mata kurang selama wawancara. 4. Klien berbicara dengan suara pelan dan menjawab pertanyaan secara singkat. 5. Ekspresi wajah tampak sedih ketika membicarakan keluarga. 6. Klien tampak kurang percaya diri saat berinteraksi dengan orang lain. 7. Klien jarang memulai percakapan dan lebih banyak menunggu diajak berbicara oleh perawat atau penghuni lain. 8. Klien tampak kurang aktif mengikuti interaksi sosial di lingkungan panti	Harga Diri Rendah kronis

B. POHON MASALAH**C. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN PRIORITAS**

Harga Diri Rendah Kronis



RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Ny. S

Ruangan : PSTW Jombang

Nomor RM : xxx

Diagnosa Medis : Stroke

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
Harga diri rendah	TUM : Klien mampu meningkatkan harga diri TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	Kriteria Evaluasi : 1. Klien dapat mengungkapkan perasaannya 2. Ekspresi wajah bersahabat 3. Ada kontak mata 4. Menunjukkan rasa senang 5. Mau berjabat tangan 6. Mau menjawab salam 7. Klien mau duduk berdampingan 8. Klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi 9. Keluhan pusing menurun 10. Frekuensi nadi menurun 11. Pola tidur membaik	1.1 Bina hubungan saling percaya a. Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanya nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan, jujur, dan menepati janji. e. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya f. Beri perhatian pada klien 1.2 Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan tentang penyakit yang dideritanya 1.3 Sediakan waktu untuk mendengarkan klien	Hubungan saling percaya akan menimbulkan kepercayaan klien pada perawat sehingga akan memudahkan dalam pelaksanaan tindakan selanjutnya

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
		12. Konsentrasi membaik 13. Kontak mata membaik	1.4 Katakan pada klien bahwa ia adalah seorang yang berharga dan tanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri	
	TUK 2 : Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki	Kriteria Evaluasi : 1. Klien mampu mempertahankan aspek positif	2.1 Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien dan beri pujian/reinforcement atas kemampuan mengungkapkan perasaan 2.2 Saat bertemu klien , hindarkan memberi penilaian negatif. Utamakan memberi pujian yang realistis/reinforcement 2.3 Diskusikan hobi atau kesukaan pasien (kegiatan kesukaan pasien) untuk menjadi terapi afirmasi positif pada pasien	Pujian akan meningkatkan harga diri klien
	TUK 3 : Klien dapat menilai	Kriteria Evaluasi : 1. Kebutuhan klien terpenuhi		Peningkatan kemampuan mendorong klien untuk mandiri

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
	kemampuan yang dapat digunakan	2. Klien dapat melakukan aktivitas terarah	3.1 Diskusikan kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit 3.2 Diskusikan juga kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaan di rumah sakit (rumah singgah) dan di rumah nanti	
	TUK 4 : Klien dapat menetapkan dan merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki	Kriteria Evaluasi : 1. Klien mampu beraktivitas sesuai dengan kemampuan 2. Klien mengikuti terapi aktivitas kelompok	4.1 Rencanakan bersama klien, aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan : kegiatan dengan bantuan minimal, kegiatan dengan bantuan total 4.2 Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi klien 4.3 Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan (sering klien takut melaksanakannya)	Pelaksanaan kegiatan secara mandiri modal awal untuk meningkatkan harga diri
	TUK 5 : Klien dapat melakukan	Kriteria Evaluasi :		Dengan aktivitas klien akan mengetahui kemampuannya

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
	kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuannya	1. Klien mampu beraktivitas sesuai kemam.//an	5.1 Beri kesempatan klien untuk mencoba kegiatan yang direncanakan 5.2 Beri pujian atas keberhasilan klien 5.3 Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah	
	TUK 6 : Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada	Kriteria Evaluasi : 1. Klien mampu melakukan apa yang diajarkan 2. Klien mau memberikan dukungan	6.1 Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien harga diri rendah 6.2 Bantu keluarga memberikan dukungan selama klien di rawat 6.3 Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah	Perhatian keluarga dan pengertian keluarga akan dapat membantu meningkatkan harga diri klien

3.6 Strategi Pelaksanaan (SP) Berdasarkan Pertemuan

1. SP1 Pasien

- a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
- b. Menilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini
- c. Memilih kemampuan yang akan dilatih
- d. Melatih kemampuan pertama yang dipilih
- e. Memasukkan dalam jadwal kegiatan

2. SP2 Pasien

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP1)
- b. Melatih kemampuan kedua yang dipilih klien
- c. Melatih kemampuan yang dipilih
- d. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian

3. SP3 Pasien

- a. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan SP2)
- b. Memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan
- c. Melatih kemampuan yang dapat dilakukan
- d. Masukkan dalam kegiatan jadwal klien

4. SP1 Keluarga

- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah serta proses terjadinya
- c. Menjelaskan cara merawat klien dengan harga diri rendah

- d. Bermain peran dalam merawat pasien HDR
- e. Menyusun RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien

5. SP2 Keluarga

- a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP1)
- b. Melatih keluarga merawat langsung klien dengan harga diri rendah
- c. Menyusun RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien

6. SP3 Keluarga

- a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP1)
- b. Evaluasi kemampuan klien
- c. Rencana tindak lanjut dengan follow up dan rujukan



TINDAKAN dan EVALUASI KEPERAWATAN JIWA

(Catatan Tindakan / Perkembangan Keperawatan)

Nama : Ny. S

Ruangan : PSTW Jombang

Nomor RM : xxx

Diagnosa Medis : Stroke

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
09 Maret 2026 Pukul 10.00 WIB	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	☐ Membina hubungan saling percaya dengan salam terapeutik. ☐ Menggunakan pendekatan yang hangat, empatik, dan tidak menghakimi. ☐ Mengidentifikasi situasi yang memicu perasaan rendah diri. ☐ Mengidentifikasi kemampuan yang masih dimiliki klien. ☐ Memonitor tanda-tanda harga diri rendah secara verbal dan nonverbal	S: Klien mengatakan merasa sedih karena tidak pernah dikunjungi keluarganya sejak tinggal di panti. Klien mengatakan dirinya merasa kurang berarti dan sering membandingkan dirinya dengan penghuni lain yang masih mendapatkan kunjungan keluarga. Klien juga mengungkapkan bahwa dirinya lebih sering menyendiri karena merasa tidak ada yang peduli kepadanya. O: Klien tampak murung, lebih sering menundukkan kepala, kontak mata kurang, dan berbicara dengan suara pelan. Klien tampak kurang percaya diri, lebih banyak menyendiri, serta jarang memulai interaksi dengan penghuni lain maupun perawat. Tanda vital: TD 150/95 mmHg, N 92x/menit, RR 23x/menit, S 36,6°C. A: Masalah Harga Diri Rendah Kronis belum teratasi. Klien masih menunjukkan penilaian negatif terhadap dirinya, merasa kurang berarti, kurang percaya diri, serta menarik diri dari interaksi sosial.	adenza

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			P: Lanjutkan intervensi terapi afirmasi positif dengan membantu klien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki, membimbing klien menyusun serta mengucapkan kalimat afirmasi positif secara berulang, memberikan penguatan positif terhadap setiap keberhasilan klien, serta mendorong klien untuk mulai berinteraksi dengan penghuni lain dan mengikuti kegiatan di panti sesuai kemampuannya.	
09 Maret 2026 Pukul 14.00 WIB	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	☐ Mengevaluasi keberhasilan SP 1. ☐ Memberikan kesempatan klien berinteraksi dengan orang lain. ☐ Memotivasi klien untuk berbicara dengan penghuni lain atau petugas. ☐ Mendampingi klien saat mulai berinteraksi. ☐ Memperkenalkan terapi afirmasi positif sederhana.	S: Klien mengatakan mulai merasa lebih tenang setelah berbicara dengan perawat. Klien mengatakan dirinya mulai menyadari bahwa masih memiliki teman-teman di panti dan ingin belajar berpikir lebih positif. Klien bersedia mencoba mengucapkan kalimat afirmasi positif yang telah disusun bersama perawat. O: Klien tampak lebih kooperatif selama proses terapi. Kontak mata mulai membaik, ekspresi wajah tampak lebih rileks, dan klien mampu mengucapkan kalimat afirmasi positif dengan bimbingan perawat. Klien mulai menunjukkan keberanian untuk berinteraksi dengan penghuni lain di lingkungan panti. A: SP 2 tercapai. Klien mampu mengenali kemampuan dan aspek positif yang dimiliki serta	adENZA

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			mulai mengucapkan afirmasi positif dengan bimbingan perawat. P: Lanjutkan SP 3, yaitu melatih klien mengucapkan afirmasi positif secara mandiri dalam aktivitas sehari-hari, memberikan penguatan positif terhadap setiap keberhasilan klien, serta mendorong klien untuk menerapkan afirmasi positif ketika muncul pikiran negatif dan meningkatkan interaksi sosial dengan lingkungan sekitar.	
10 Maret 2026 Pukul 09.00 WIB	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	☐ Mengevaluasi keberhasilan SP 2. ☐ Mengajarkan klien mengungkapkan perasaan dan persepsinya. ☐ Membantu klien mengidentifikasi pikiran negatif. ☐ Melatih klien mengucapkan afirmasi positif secara berulang. ☐ Memberikan reinforcement positif terhadap usaha klien.	S: Klien mengatakan merasa lebih tenang setelah melakukan latihan afirmasi positif. Klien mengatakan mulai menyadari bahwa dirinya masih memiliki teman-teman di panti dan merasa lebih berarti. Klien juga mengatakan akan berusaha mengucapkan afirmasi positif ketika mulai merasa sedih atau memikirkan keluarganya.. O: Klien mampu mengucapkan afirmasi positif seperti "Meskipun saya di panti saya tidak pernah kesepian," "Meskipun saya tidak bertemu keluarga saya memiliki banyak teman," dan "Saya memiliki kelebihan yang dapat dikembangkan." Ekspresi wajah tampak lebih rileks, kontak mata mulai membaik, serta klien	adenza

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			tampak lebih percaya diri saat berkomunikasi dengan perawat. A: SP 3 tercapai, SP 4 belum tercapai sepenuhnya. Klien mampu mengucapkan afirmasi positif dengan baik, namun masih memerlukan motivasi dan penguatan agar dapat menerapkannya secara mandiri dalam kehidupan sehari-hari dan mempertahankan interaksi sosial yang positif. P: Lanjutkan SP 4, yaitu membimbing klien menerapkan afirmasi positif secara mandiri dalam aktivitas sehari-hari, memberikan penguatan positif terhadap setiap keberhasilan klien, serta mendorong klien untuk lebih aktif berinteraksi dan mengikuti kegiatan di lingkungan panti	
11 Maret 2026 Pukul 08.00 WIB	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	☐ Mengidentifikasi kemampuan aktivitas yang masih dapat dilakukan klien. ☐ Melatih aktivitas sederhana sesuai kemampuan klien. ☐ Mendampingi latihan mobilisasi ringan dan perawatan diri.	S: Klien mengatakan merasa lebih percaya diri setelah rutin melakukan terapi afirmasi positif. Klien mengatakan tidak lagi terlalu sedih karena tidak dikunjungi keluarga dan merasa lebih nyaman tinggal di panti. Klien juga mengatakan akan terus mengucapkan afirmasi positif ketika muncul pikiran negatif. O: Klien mampu mengucapkan afirmasi positif secara mandiri. Klien tampak lebih ceria, kontak mata baik, berbicara lebih jelas, serta lebih aktif	adenza

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		☐ Mengintegrasikan afirmasi positif sebelum dan sesudah aktivitas. ☐ Memberikan reinforcement positif terhadap keberhasilan klien.	berinteraksi dengan penghuni lain dan perawat. Klien tidak lagi sering menyendiri dan tampak lebih percaya diri saat mengikuti kegiatan di panti. A: SP 4 tercapai. Klien menunjukkan peningkatan harga diri yang ditandai dengan meningkatnya rasa percaya diri, penerimaan terhadap kondisi diri, kemampuan mengungkapkan afirmasi positif secara mandiri, serta meningkatnya interaksi sosial dengan lingkungan sekitar. P: Anjurkan klien untuk terus melakukan afirmasi positif secara mandiri setiap hari, mempertahankan interaksi sosial dengan penghuni dan perawat, mengikuti kegiatan yang ada di panti sesuai kemampuan, serta lakukan evaluasi berkala untuk mempertahankan peningkatan harga diri.	
11 Maret 2026 Pukul 16.00 WIB	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	☐ Mengevaluasi perkembangan harga diri klien. ☐ Memberikan motivasi dan dukungan emosional. ☐ Melatih kembali aktivitas yang telah diajarkan.	S: Klien mengatakan merasa lebih percaya diri dibandingkan sebelumnya. Klien mengatakan sudah mulai terbiasa mengucapkan afirmasi positif secara mandiri dan merasa lebih tenang meskipun tidak dikunjungi keluarganya. Klien juga mengatakan lebih nyaman berinteraksi dengan teman-teman di panti. O: Klien tampak lebih rileks, kontak mata baik, tidak lagi sering menundukkan kepala, dan	adenza

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		☐ Mengajarkan afirmasi positif dilakukan secara mandiri dan rutin. ☐ Melakukan evaluasi menggunakan Rosenberg Self-Esteem Scale	mampu berkomunikasi dengan lebih percaya diri. Klien tampak lebih aktif berinteraksi dengan penghuni lain, mengikuti kegiatan di panti, serta menunjukkan ekspresi wajah yang lebih cerah. Klien mampu mengucapkan kalimat afirmasi positif secara mandiri tanpa bimbingan perawat. A: SP 4 tercapai. Harga diri klien meningkat, ditandai dengan meningkatnya penerimaan diri, rasa percaya diri, kemampuan menerapkan afirmasi positif secara mandiri, serta meningkatnya interaksi sosial dengan lingkungan sekitar. P: Anjurkan klien untuk terus melakukan afirmasi positif setiap hari, mempertahankan interaksi sosial dengan penghuni dan petugas panti, mengikuti kegiatan yang tersedia sesuai kemampuan, serta lakukan pemantauan perkembangan harga diri secara berkala untuk mempertahankan hasil yang telah dicapai.	

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

 YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA PERAWATAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO FAKULTAS ILMU KESEHATAN http://www.ubs-ppni.ac.id fikes@ubs-ppni.ac.id 0321-390203 Jln. Raya Jabon KM.06 Mojoanyar Mojokerto			
Lembar Bimbingan KIAN			
Nama Mahasiswa		: ADENZA THEODORIC ROMERO	
NIM		: 202503089	
Judul Skripsi		: Efektivitas Terapi Afirmasi Positif Terhadap Peningkatan Harga Diri Rendah Pada Pasien <i>Cerebrovascular Accident</i> Di Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang	
Pembimbing		: Dr. Imam Zainuri ,S.Kep.,Ns. M.Kes	
No.	Tanggal	Uraian Bimbingan	Tanda Tangan
1.	10 Desember 2025	1. Pengajuan judul 2. ACC Judul	
2.	16 April 2026	Bimbingan BAB 1, dan 2 1. Sistematika penulisan 2. Tambahkan SOP Terapi Afirmasi Positif 3. Lengkapi pathway 4. Lanjut bab 3	
3.	8 Juni 2026	Bimbingan BAB 3 1. Tinjauan kasus sesuaikan askep 2. Seuaikan SOP Terapi Afirmasi Positif 3. Sistematika penulisan 4. Lanjut bab 4, 5, lampiran dan abstrak	
4.	11 Juni 2026	Bimbingan BAB 4 dan 5 1. Pembahasan fakta, teori, opini 2. ACC lanjut ck turnitin.	

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Lampiran 4 Uji Similaritas



YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA PERAWATAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA
UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

<http://www.ubs-ppni.ac.id> 0321-390203
fikes@ubs-ppni.ac.id Jln. Raya Jabon KM.06 Mojoanyar Mojokerto

FORMULIR UJI KEMIRIPAN (SIMILARITAS)

Identitas

Nama : Adenza Theodoric Romero
 NIM : 202503089
 Fakultas : Universitas Bina Sehat PPNI
 Prodi : PROFESI NERS
 Email : Adenza1212@gmail.com
 Telpon/HP : 082232189314
 Pembimbing 1 : Dr. Imam Zainuri, S.Kep., Ns. M.Kes
 Pembimbing 2 : -

Materi Uji:

Jenis : a. TA b. Skripsi c. Tesis d. Disertasi
 e. KIAN f. CoC g. Lain – Lain

Judul : Efektivitas Terapi Afiriasi Positif Terhadap Peningkatan Harga Diri Rendah Pada Pasien Cerebrovascular Accident Di Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang

Mengetahui

Pembimbing 1



Dr. Imam Zainuri, S.Kep., Ns. M.Kes

NIK. 162601022

Mojokerto, 6/29/2026

Pemohon

Mahasiswa



(Adenza Theodoric Romero)

Validasi Similaritas	
Besaran similaritas	40 %
Tanggal Pemeriksaan	30 JUN 2026
Diperiksa oleh	ARIP BUDI UTAMA

Diisi oleh petugas perpustakaan



FAKULTAS ILMU KESEHATAN