

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN HARGA
DIRI RENDAH SITUASIONAL DI PSTW SABAI NAN
ALUIH SICINCIN KABUPATEN
PADANG PARIAMAN
TAHUN 2025**



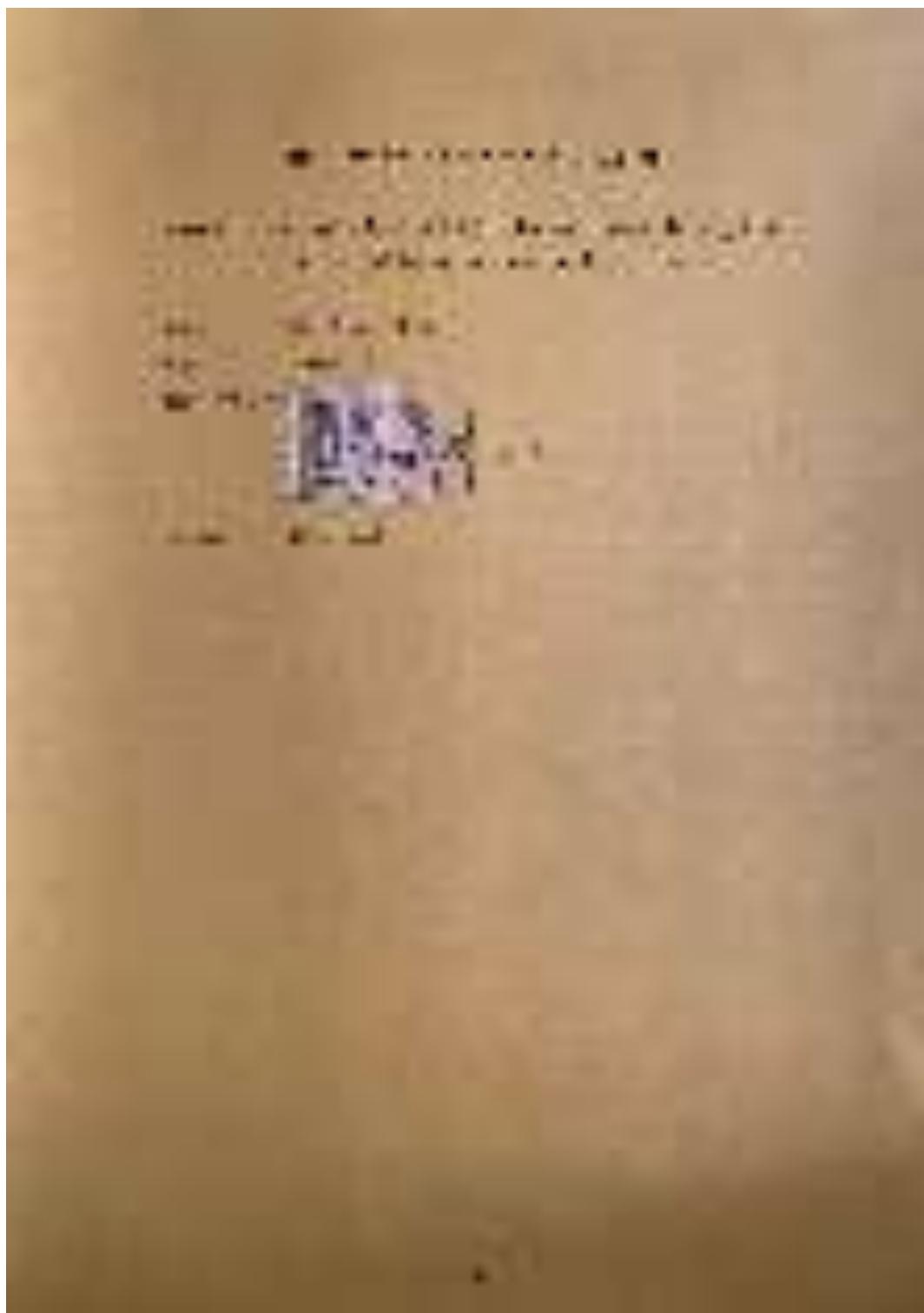
VIOLA MARTASA PUTRI
NIM : 223110317

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2025**











DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama :Viola Martasa Putri
NIM :223110317
Tempat/ Tanggal Lahir : Kota Solok / 14 Maret 2004
Agama :Islam
Status Perkawinan :Belum Menikah
Nama Orang Tua
 Ayah : Riski Dodi
 Ibu : Martavia
Alamat :Jl. Parak Indah No. 20 Kel. IX Korong Kecamatan Lubuk Sikarah, Kota Solok

Riwayat Pendidikan

No.	Pendidikan	Tahun Lulus
1.	TK Pertiwi	2009-2010
2.	SDN 04 IX Korong	2010-2016
3.	MTsN Kota Solok	2016-2019
4.	SMA N 1 Solok	2019-2022
5.	Kemenkes Poltekkes Padang	2022-2025

**KEMENKES POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, Mei 2025

Viola Martasa Putri

ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN HARGA DIRI RENDAH SITUASIONAL DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA SABAI NAN ALUIH SICINCIN

Isi: xvi+114 halaman+2 tabel+12 lampiran

ABSTRAK

Masalah kesehatan yang dialami oleh lanjut usia berawal dari kemunduran sel-sel tubuh. Salah satunya perubahan secara fisiologis yang menjadi penyebab terjadinya masalah psikologis pada lansia. Terdapat 15% lansia dari 1 miliar lansia di dunia mengalami harga diri rendah yang dapat beresiko depresi. Tujuan dari penelitian ini yaitu menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional.

Jenis penelitian kualitatif dengan desain yang digunakan deskriptif berbentuk studi kasus. Tempat penelitian di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, waktu pelaksanaan asuhan keperawatan mulai tanggal 17 s/d 22 Februari 2025. Populasi 11 lansia dan menggunakan teknik *purposive sampling* didapatkan 3 lansia lalu menggunakan teknik *simple random sampling* didapatkan 1 sampel utama. Instrumen pengumpulan data yaitu format asuhan keperawatan gerontik dari pengkajian hingga evaluasi. Teknik pengumpulan data yaitu wawancara, observasi, pengukuran, dan dokumentasi. Jenis data berupa data primer dan sekunder. Data dianalisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian menunjukkan klien merasa malu, sedih, cemas, takut, dan tidak nyaman berada di panti. Diagnosis keperawatan yang ditemukan harga diri rendah situasional, gangguan interaksi sosial, dan ansietas. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah promosi harga diri, promosi sosialisasi, reduksi ansietas, dan terapi relaksasi. Implementasi yang dilakukan melatih klien melakukan kegiatan positif, mengajak berinteraksi, dan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi pada diagnosis harga diri rendah situasional dan gangguan interaksi masalah teratasi sebagian dan pada diagnosis ansietas teratasi sepenuhnya.

Kesimpulan asuhan keperawatan dilakukan dari pengkajian hingga evaluasi dengan menggali hal positif untuk meningkatkan harga diri lansia. Saran yaitu diharapkan melalui perawat yang ada di wisma menetapkan rutinitas tidur yang teratur mengatur pola makan dan minum,, dapat meningkatkan keterlibatan lansia dalam kegiatan yang dipantau dengan lebih mengajak dan memotivasi lansia untuk ikut serta di setiap kegiatan.

Kata Kunci: Lansia, Harga Diri Rendah, Psikologis, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka: 53 (1998-2024)

**POLYTECHNIC OF HEALTH PADANG
DIPLOMA-III NURSING STUDY PROGRAM, PADANG**

Scientific Paper, May 2025
Viola Martasa Putri

NURSING CARE FOR THE ELDERLY WITH SITUATIONAL LOW SELF-ESTEEM AT THE TRESNA WERDHA SOCIAL INSTITUTION SABAI NAN ALUIH SICINCIN

Pages: xvi + 114 pages + 2 tables + 12 appendices

ABSTRACT

Health problems experienced by the elderly originate from the deterioration of body cells. One of these is physiological changes that can lead to psychological problems in the elderly. Around 15% of the 1 billion elderly people worldwide experience low self-esteem, which can put them at risk of depression. The purpose of this study was to implement nursing care for elderly individuals with situational low self-esteem.

This research is qualitative with a descriptive case study design. The study was conducted at the Tresna Werdha Social Institution (PSTW) Sabai Nan Aluih Sicincin, with nursing care carried out from February 17 to 22, 2025. The population consisted of 11 elderly residents, and by using purposive sampling, 3 were selected. Then, through simple random sampling, 1 main sample was chosen. Data collection instruments included the gerontic nursing care format from assessment to evaluation. Data collection techniques consisted of interviews, observations, measurements, and documentation. The types of data were primary and secondary. Data were analyzed by comparing the results of the nursing care with previous research theories.

The results showed that the client felt ashamed, sad, anxious, fearful, and uncomfortable living in the institution. The identified nursing diagnoses were situational low self-esteem, impaired social interaction, and anxiety. Nursing interventions included self-esteem promotion, socialization promotion, anxiety reduction, and relaxation therapy. Implementations involved encouraging the client to engage in positive activities, promoting interaction, and practicing deep breathing relaxation therapy. Evaluation results showed that issues related to situational low self-esteem and impaired social interaction were partially resolved, while anxiety was completely resolved.

In conclusion, the nursing care process from assessment to evaluation involved exploring positive aspects to improve the elderly's self-esteem. It is recommended that nurses in the facility establish regular sleep routines, regulate diet and fluid intake, and increase elderly participation in facility activities by encouraging and motivating them to take part in all programs.

Keywords: Elderly, Low Self-Esteem, Psychological, Nursing Care
References: 53 (1998–2024)

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya kepada kita, sehingga sampai saat ini peneliti masih diberi rahmat kemudahan untuk selalu terbuka akal dan pikiran, mata, serta hati dalam mencari ilmu.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Harga Diri Rendah Situasional Di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin”**. Penulisan karya tulis ilmiah ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah tanpa bantuan dan bimbingan Ibu Ns.Lola Felnanda Amri, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing I dan Ibu Hj.Murniati Muchtar , SKM, M.Biomed selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun karya tulis ilmiah ini. Tidak lupa juga ucapan terimakasih peneliti sampaikan kepada Ibu Ns.Verra Widhi Astuti, S.Kep., M.Kep selaku penguji I dan Bapak Yudistira Afconneri, S.Kep., M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan saran untuk penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

- 1) Bapak Afzaidir,A.Ks, MM selaku Kepala Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin
- 2) Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang
- 3) Bapak Tasman, SKp.M.Kep.Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan
- 4) Ibu Ns.Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang dan sekaligus selaku Dosen Pembimbing Akademik dalam berlangsungnya pendidikan di Program Studi Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang
- 5) Bapak/Ibu Dosen dan staf yang telah membimbing dan membantu saya selama proses pengurusan Karya Tulis Ilmiah ini

- 6) Teristimewa kepada Bapak Riski Dodi dan Ibu Martavia selaku orang tua peneliti dan Nugie Prizzyo Risky sebagai adik peneliti yang telah memberikan dukungan baik berupa material maupun moral kepada peneliti
- 7) Teristimewa kepada Bapak Mustafa dan Ibu Asmi selaku kakek dan nenek peneliti yang ikut serta memberikan bantuan dukungan material dan moral kepada peneliti
- 8) Teristimewa kepada seseorang yang mungkin tidak bisa peneliti sebutkan namanya yang selalu membantu peneliti dalam melewati hari-hari berat peneliti dalam mengabulkan salah satu dari banyaknya harapan orang tua peneliti.

Akhir kata, peneliti berharap karya tulis ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta peneliti mendoakan semoga segala bantuan yang telah diberikan oleh semua pihak mendapatkan balasan dari Allah SWT. Semoga karya tulis ini nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 28 Mei 2025

Viola Martasa Putri

DAFTAR ISI

HALAMAN	
JUDUL.....	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORINALITAS.....	iv
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR	xi
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penulisan.....	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konsep Dasar Lansia	10
1. Defenisi Lansia.....	10
2. Karakteristik Lansia	10
3. Batasan-Batasan Usia Lansia	12
4. Perkembangan Lansia	13
5. Permasalahan Lansia.....	17
B. Konsep Diri	23
1. Defenisi Konsep Diri	23
2. Komponen Konsep Diri.....	24
C. Harga Diri Rendah	27

1. Defenisi Harga Diri Rendah.....	27
2. Karakteristik Harga Diri Rendah	27
3. Klasifikasi Harga Diri Rendah	28
4. Rentang Respon Harga Diri Rendah	29
5. Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah	30
6. Faktor yang Mempengaruhi Harga Diri Rendah	31
7. Penatalaksanaan Harga Diri Rendah	32
8. WOC Harga Diri Rendah	35
D. Konsep Panti Sosial Tresna Werdha.....	36
1. Defenisi Panti Sosial Tresna Werdha	36
2. Tujuan Panti Sosial	36
3. Jenis Pelayanan Panti Sosial	37
4. Syarat Penerimaan Lansia di Panti Sosial	37
5. Faktor Penyebab Lansia Berada di Panti Sosial	38
E. Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Harga Diri Rendah Situasional	38
1. Pengkajian Keperawatan	38
2. Diagnosa Keperawatan.....	44
3. Rencana Tindakan Keperawatan	44
4. Implementasi Keperawatan.....	57
5. Evaluasi Keperawatan	57
6. Dokumentasi Keperawatan	57
BAB III METODE PENELITIAN	58
A. Jenis dan Desain Penelitian	58
B. Tempat dan Waktu Penelitian	58
C. Populasi dan Sampel.....	58
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data.....	59
E. Teknik Pengumpulan Data	60
F. Jenis Data	62
G. Prosedur Pengambilan Data	62
H. Rencana Analisa.....	64
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	65
A. Hasil	65

B. Pembahasan.....	80
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	105
A. Kesimpulan.....	105
B. Saran	107
DAFTAR PUSTAKA	109
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Skema 2.1 WOC	35
---------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Prioritas Masalah	45
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Harga Diri Rendah Situasional	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Ganchart

Lampiran 2. Surat Izin Survey Data Awal dari Institusi Kemenkes Padang ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat

Lampiran 3. Surat Izin Survey Data Awal dari Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat untuk UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin

Lampiran 4. Surat Izin Survey Data Awal dari UPTD PSTW Sabai Nan

Aluih Sicincin

Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari Institusi Kemenkes Padang ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat

Lampiran 6. Surat Izin Penelitian dari Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat untuk UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin

Lampiran 7. Surat Telah Selesai Melakukan Penelitian dari UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin

Lampiran 8. Informed Consent

Lampiran 9. Daftar Hadir Penelitian

Lampiran 10. Asuhan Keperawatan Gerontik

Lampiran 11. Lembar Konsultasi

Lampiran 12. Bukti Persentase Turnitin(Cek plagiat)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan tetapi bukan penyakit¹. Menurut Undang-Undang No.13 tahun 1998 seseorang disebut sebagai lansia apabila usianya sudah 60 tahun keatas². Lansia mengalami banyak permasalahan yang merupakan proses penuaan secara alami dengan konsekuensi timbulnya masalah fisik, mental dan sosial. Proses penuaan adalah bertambahnya usia yang diiringi oleh perubahan kronologis pada tubuhnya. Permasalahan yang sering terjadi pada saat proses menua meliputi perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial¹.

Secara fisiologis, proses menua ditandai dengan adanya perubahan kesehatan pada lansia permasalahan yang sering muncul meliputi menurunnya fungsi pendengaran seperti suara terdengar tidak jelas¹, menurunnya fungsi penglihatan, kulit lansia menjadi kendur, kering, berkerut, kulit kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak, menurunnya kekuatan tubuh dan keseimbangan tubuh. Menurunnya fungsi kognitif seperti daya ingat, kemampuan belajar, kemampuan memahami, kemampuan memecahkan masalah dan kemampuan dalam mengambil keputusan. Perubahan psikologis pada lansia yang sering terjadi seperti perasaan tersisih tidak dibutuhkan lagi, tidak ikhlas menerima kenyataan baru, kesepian, ketidakberdayaan, ketergantungan, keterlantaran dan kurang percaya diri. Perubahan sosial yang terjadi pada lansia meliputi perubahan peran, ketergantungan, kualitas hidup menurun³. Kondisi ini yang dapat menyebabkan lansia mengalami depresi yang menjadi faktor resiko utama terjadi gangguan konsep diri pada lansia⁴.

Konsep diri adalah cara lansia menilai dirinya meliputi fisik, psikososial, spiritual, emosi, sosial dan intelektual. Konsep diri dipelajari melalui kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain. Pandangan individu tentang dirinya dipengaruhi oleh bagaimana individu mengartikan pandangan orang lain tentang dirinya. Konsep diri terdiri dari 5 komponen yaitu gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran, dan identitas diri⁵.

Konsep diri dibagi menjadi lima bagian yaitu citra tubuh, ideal diri, peran, identitas, dan harga diri. Citra tubuh adalah pandangan seseorang terhadap tubuhnya seperti gangguan penglihatan, bicara pelo, gangguan mobilitas, serta kelumpuhan pada wajah maupun ekstremitas⁶. Kondisi ini akan menyebabkan terjadinya gangguan pada gambaran diri. Kemudian yang kedua yaitu ideal diri hilangnya kemampuan untuk mencapai keinginan atau cita-cita yang sudah dirancang sebelumnya, dimana hal ini mengakibatkan terjadinya gangguan pada ideal diri. Kemudian peran, terjadinya gangguan peran, merasa tidak bisa memenuhi perannya lagi seperti menjadi tulang punggung keluarga, menjadi ibu yang baik. Selanjutnya identitas, identitas diri yang negatif, merasa tidak percaya diri dengan kondisi fisiknya. Dan bagian dari konsep diri yang terakhir yaitu harga diri seperti tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri, dan tidak bisa menjalankan peran yang dijalankan sebelumnya, merasa dirinya tidak berguna dan hanya menyusahkan orang lain⁵.

Dari 5 komponen gangguan konsep diri, harga diri menjadi komponen terbanyak yang terjadi pada lansia. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Santi Susilawati yang berjudul Konsep diri lansia di Panti Sosial Tresna Werdha. Didapatkan hasil bahwa gangguan harga diri rendah pada lansia di panti menempati persentase terbesar dari 5 komponen konsep diri yaitu dengan 69,9%⁷.

Harga diri adalah perasaan tentang nilai, harga atau manfaat diri sendiri yang berasal dari kepercayaan positif atau negatif seorang individu tentang kemampuannya dan menjadi berharga. Harga diri pada lansia dapat mengalami perubahan dimana seringkali akan muncul perasaan tidak berguna dan tidak berharga. Harga diri rendah adalah suatu evaluasi diri yang negatif dan berhubungan dengan perasaan yang lemah, tak berdaya, ketakutan, tidak berharga, dan tidak memadai⁵.

Dukungan keluarga dan lingkungan sekitar menjadi faktor utama pembangkit semangat lansia. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Nuriyah pada tahun 2023 yang berjudul Hubungan Dukungan Keluarga dengan Harga Diri yang menjelaskan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga semakin positif konsep harga diri seseorang, dan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan lingkungan sekitar dengan harga diri rendah⁸.

Harga diri rendah yang dialami oleh lansia bisa di minimalisir dengan dukungan melalui berbagai aktifitas yang bisa membuat lansia senang dan bahagia. Pola pikir yang positif menjadi salah satu faktor bagi lanjut usia (lansia) untuk tetap sehat dan mandiri, selain melakukan berbagai kegiatan. *Positive thinking* sangat penting bagi lansia agar tetap sehat, kondisi kesehatan lansia sangat berpengaruh menjadikan mereka tetap aktif di usia lanjut, sebagian besar lansia di Panti Jompo selalu berpikir negatif dan butuh masa penyesuaian yang tinggi⁹. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Rahmaniza pada tahun 2022 yang berjudul Peningkatan Harga Diri Lansia Melalui Terapi *Reminiscence* yang menjelaskan bahwa lansia yang telah mendapatkan terapi *reminiscence* mengalami peningkatan harga diri tinggi. Terapi *Reminiscence* dijadikan salah satu kompetensi bagi petugas kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan jiwa pada lansia di PSTW. Penelitian ini bisa menjadi dasar untuk pengembangan penelitian yang lebih luas dan akurat berkaitan

dengan aplikasi terapi reminiscence dalam mendukung dan memelihara kesehatan jiwa lansia¹⁰.

Panti jompo merupakan salah satu lembaga yang penting untuk kesejahteraan masyarakat. Panti jompo juga dikenal sebagai Panti Werdha, yang merupakan tempat untuk merawat dan menampung orang lanjut usia dengan memberikan pelayanan sehingga mereka merasa aman, tenram dengan tiada perasaan gelisah maupun khawatir dalam menghadapi usia tua¹¹. Panti Sosial Tresna Werdha atau yang sering disebut dengan panti jompo merupakan suatu tempat untuk menampung lansia dan jompo terlantar dengan memberikan pelayanan sehingga mereka merasa aman, tenram dengan tiada perasaan gelisah maupun khawatir dalam menghadapi usia tua¹². Mereka memerlukan motivasi dan semangat dari lingkungan sekitarnya seperti dari perawat, dan lingkungan sekitar¹³.

Perawat berperan penting dalam memberikan asuhan keperawatan berupa komunikasi terapeutik. Melalui komunikasi terapeutik perawat yang baik dapat memotivasi lansia untuk selalu semangat dan tidak menyerah untuk kesembuhannya. Komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat dalam kategori baik sehingga rasa percaya diri meningkat. Penerapan komunikasi terapeutik perawat yang efektif dan sesuai diharapkan dapat mengurangi harga diri rendah yang timbul pada lansia¹³. Penelitian dari Asrina Pitayanti dan Fitria Yuliana pada tahun 2022 juga menyebutkan bahwa melalui edukasi latihan berfikir positif yang meliputi menerapkan perhatian positif, melakukan afirmasi diri, penggambaran diri apa adanya, penyesuaian diri terhadap keadaan dan harapan positif terhadap masa depan akan membuat harga diri lansia juga menjadi positif dalam memandang kehidupan lansia di dalam panti jompo⁹. Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul Peningkatan Integritas Diri Lansia melalui *Life Review* didapatkan bahwa terapi *life review* berpengaruh terhadap integritas diri lansia. Terapi *life review* memberikan kesempatan kepada lansia untuk mengulang kembali pengalaman dan ingatan peristiwa masa lalu,

memberikan reinforcement positif agar lansia dapat menyalurkan emosi positifnya serta dapat meningkatkan persepsi diri tentang peristiwa masa lalu dengan memberi makna pada setiap peristiwa atau peristiwa yang telah dialaminya. sudah terjadi pada waktu lampau ¹⁴.

Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO) pada tahun 2024 menyatakan bahwa 1 miliar orang di dunia berusia 60 tahun atau lebih. Angka itu akan meningkat menjadi 1,4 miliar pada 2030, mewakili satu dari enam orang secara global. Pada tahun 2050, jumlah orang berusia 60 tahun ke atas akan meningkat dua kali lipat menjadi 2,1 miliar. Jumlah orang berusia 80 tahun atau lebih diperkirakan akan meningkat tiga kali lipat antara 2020 dan 2050 mencapai 426 juta ¹⁵. Menurut WHO, sekitar 15% lansia berusia 60 tahun ke atas menderita gangguan kesehatan mental. Gangguan kesehatan mental yang paling umum terjadi pada kelompok usia ini adalah demensia dan depresi merupakan salah satu faktor resiko harga diri rendah yang masing-masing memengaruhi sekitar 5% dan 7% populasi lansia di dunia ¹⁶.

Menurut Kemenkes RI Indonesia, Indonesia saat ini sedang memasuki fase *ageing population*, yaitu proporsi penduduk lanjut usia (lansia) semakin meningkat. Di Indonesia, provinsi dengan jumlah lansia terbanyak berada di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) sebanyak 17%, Provinsi Jawa Timur 14,4%, Provinsi Bali 14,1%, Provinsi Jawa Tengah 13,5%, Provinsi Sulawesi Utara 13,3%, Provinsi Nusa Tenggara Timur 11,6%, dan Sumatera Barat 11,4%. Persentase warga lansia di tujuh provinsi tersebut telah melampaui rata-rata nasional sebelum tahun 2023 sebesar 11,1%. Berdasarkan Riskesdas 2018, prevalensi gangguan mental emosional yang dapat menyebabkan depresi pada lansia di Indonesia adalah sekitar 9,8% dari jumlah penduduk Indonesia. Dengan tingginya angka depresi pada lansia menjadi penyebab tingginya angka lansia dengan harga diri rendah ¹⁷.

Berdasarkan Badan Pusat Statistik Sumatra Barat 2023 menunjukkan bahwa penduduk Sumatera Barat pada tahun 2023 tercatat sebanyak 5,76 juta jiwa. Persentase penduduk lanjut usia atau lansia sebesar 11,36%. Dengan jumlah penduduk lanjut usia di provinsi sumatera barat tercatat 654.180 jiwa¹⁸. Sumatera Barat merupakan salah satu provinsi yang memiliki angka kejadian depresi yang cukup tinggi, dari data Riskesdas pada tahun 2018 prevalensi depresi di Sumatera Barat menduduki peringkat ketujuh dari seluruh provinsi di Indonesia yang mencapai 1,4% dari 6,1% penduduk ¹⁹

PSTW yang dikelola Pemerintah Sumatra Barat yaitu PSTW Kasih Sayang Ibu di Batu Sangkar dengan jumlah lansia 70 orang, PSTW Jasa Ibu di Lima Puluh Kota dengan jumlah lansia 26 orang, PSTW Syekh Burhanuddin di Pariaman dengan jumlah lansia 30 orang, dan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dengan jumlah lansia 110 orang. Dan 2 PSTW yang berada di bawah naungan pemerintah yaitu PSTW Kasih Sayang Ibu di Batusangkar dan PSTW Sabai Nan Aluih di Sicincin. Panti Sosial Tresna Werdha di Sumatera Barat dengan jumlah lansia terbanyak berada di PSTW Sabai Nan Aluih Sicicin Kabupaten Padang Pariaman, dengan jumlah keseluruhan lansia 110 lansia yang dibagi dalam 13 wisma ²⁰

Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 14 November 2024 di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, didapatkan data terdapat 110 kapasitas daya tampung lansia yang dapat tinggal di PSTW Sabai Nan Aluih. Pada survey awal tersebut terdapat 85 orang lansia yang berada di tempat. Berdasarkan hasil survey awal didapatkan 5 wisma rawatan lansia dengan jumlah 45 orang. Survey dilakukan melalui wawancara dengan format daftar tilik harga diri rendah dan observasi. Didapatkan hasil 11 orang lansia di wisma anai, antokan, tandikek, pantai cermin, dan ombilin, mereka mengatakan merasa malu dengan keadaannya, mengatakan dirinya sudah tidak berguna, mereka tidak mengikuti kegiatan yang ada. Saat dilakukan observasi ditemukan lansia tersebut hanya duduk diam di

depan wisma atau selalu berada didalam kamar dan lansia terlihat tidak berkomunikasi dengan lansia yang ada di sampingnya.

Berdasarkan uraian fenomena diatas maka peneliti tertarik melakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman tahun 2025.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman tahun 2025 ?.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman tahun 2025
- b. Mampu mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman tahun 2025
- c. Mampu mendeskripsikan intervensi keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman tahun 2025
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman tahun 2025
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman tahun 2025

- f. Mampu mendokumentasikan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman tahun 2025

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Aplikatif

- a. Bagi penulis/penulis laporan

Penulis berharap semoga penelitian ini dapat mengaplikasikan ilmu yang telah penulis dapatkan pada bangku kuliah dan menambah wawasan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman tahun 2025.

- b. Bagi tempat penelitian

Penulis berharap semoga penelitian ini dapat memberikan informasi, pengetahuan, dan keterampilan bagi klien dan perawat di wisma dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional.

2. Manfaat Pengembangan Keilmuan

- a. Bagi institusi pendidikan

Semoga penelitian ini dapat dipergunakan sebagai referensi dalam meningkatkan keilmuan pada bidang keperawatan keluarga khususnya dalam asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional.

- b. Bagi peneliti selanjutnya

Penulis berharap hasil penulisan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi referensi dan bisa dijadikan perbandingan bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional.

- c. Bagi panti sosial tresna werdha

Karya tulis ilmiah ini dapat digunakan untuk memotivasi perawat dan pegawai dinas sosial dalam meningkatkan kualitas

pelayanan keperawatan terhadap kasus lansia dengan harga diri rendah situasional.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Lansia

1. Defenisi Lansia

Secara umum seseorang disebut sebagai lanjut usia (lansia) apabila usianya sudah 65 tahun keatas. Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan¹.

Lansia atau menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik, yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat dan figur tubuh yang tidak proporsional²¹.

Lansia adalah seseorang yang memasuki usia 60 tahun, kelompok umur yang memasuki tahapan akhir dari siklus kehidupan di mana tahap perkembangan normal yang akan dialami oleh setiap individu yang mencapai usia lanjut. Lansia akan mengalami *aging process* atau proses penuaan yang tidak dapat dihindari oleh setiap manusia. Lanjut usia dikatakan sebagai tahap terakhir dalam perkembangan daur kehidupan manusia²².

2. Karakteristik Lansia

Karakteristik lansia adalah sebagai berikut²³ :

- a. Lansia mengalami kemunduran

Kemunduran pada usia lanjut sebagian disebabkan oleh

faktor fisik dan psikis. Seorang lansia yang memiliki motivasi rendah untuk melakukan kegiatan akan mengalami proses penurunan fisik yang cepat. Sebaliknya, seseorang akan mengalami proses penurunan fisik yang lambat ketika memiliki motivasi yang tinggi dalam melakukan kegiatan.

b. Lansia berada dalam status kelompok minoritas

Lansia dikelompokkan ke minoritas disebabkan oleh sikap lingkungan sosial yang kurang baik terhadap lansia serta pendapat yang kurang menyenangkan dari beberapa orang kepada lansia, seperti lansia sering mempertahankan pendapatnya sehingga sikap sosial di masyarakat terhadap lansia menjadi negatif

c. Penuaan membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran lansia lebih baik dilakukan bukan dari tekanan lingkungan namun dilakukan atas kemauannya sendiri.

d. Penyesuaian lansia yang buruk

Jika lansia tidak diperlakukan dengan baik, mereka akan memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk juga sehingga penyesuaian diri lansia ikut menjadi buruk.

Ciri umum yang dikaitkan dengan lansia ²²sebagai berikut:

- a. Penurunan Fisik yaitu penurunan kekuatan otot, penurunan daya tahan fisik, gangguan penglihatan seperti rabun dekat atau jauh dan penurunan pendengaran.
- b. Perubahan Kognitif, yaitu gangguan memori jangka pendek, penurunan kecepatan memproses informasi, kesulitan dalam memecahkan masalah kompleks dan peningkatan risiko gangguan kognitif.

- c. Perubahan Sosial, yaitu pensiun dari pekerjaan atau peran sosial lainnya, kemungkinan kehilangan teman sebaya, dan potensi isolasi sosial jika dukungan sosial tidak ada.
- d. Perubahan Emosional, yaitu rentan terhadap emosi dan kecemasan, perasaan tentang eksistensialisme, dan pemikiran tentang makna hidup, kehidupan emosional yang stabil dan seimbang.
- e. Penurunan kesehatan mental dan Fisik, yaitu peningkatan risiko penyakit kronis, jantung dan osteoporosis; gangguan tidur dan penurunan motilitas.

Menurut Depkes RI tahun 2016 ciri-ciri lansia adalah:

- a. Lansia merupakan periode kemunduran yang disebabkan oleh faktor fisik dan psikologis
- b. Motivasi sangat penting dalam proses kemunduran lansia
- c. Lansia memiliki status kelompok minoritas
- d. Menua membutuhkan perubahan peran yang sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri

3. Batasan Lansia

Batasan lansia menurut WHO dalam Sitanggang (2023) adalah:

- a. Usia lanjut (elderly) yaitu antara usia 60-74 tahun
- b. Usia tua (old) yaitu 75-90 tahun
- c. Usia sangat tua (very old) adalah usia >90 tahun²²

Menurut Depkes RI (2013) klasifikasi lanjut usia terdiri dari:

- a. Pra lansia yaitu berusia antara 45-59 tahun
- b. Lansia yaitu berusia 60 tahun atau lebih
- c. Lansia risiko tinggi yaitu berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan

- d. Lansia potensial yaitu lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- e. Lansia tidak potensial yaitu lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

Lanjut usia dikelompokkan sebagai berikut²⁴ :

- a. Usia dewasa muda (Eldery Adulthood) yaitu usia 18 / 20 - 15 tahun.
- b. Usia dewasa penuh (Middle years) atau maturitas yaitu usia 25 - 60 / 65 tahun.
- c. Lanjut usia (Geriatric age) yaitu usia lebih dari 65 / 70 tahun

4. Perkembangan Lansia

Usia lanjut merupakan usia yang mendekati akhir siklus kehidupan manusia di dunia. Tahap ini dimulai dari 60 tahun sampai akhir kehidupan. Lansia merupakan istilah tahap akhir dari proses penuaan. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua (tahap penuaan). Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (tahap penurunan). Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain. Untuk menjelaskan penurunan pada tahap ini, terdapat berbagai perbedaan teori, namun para ahli pada umumnya sepakat bahwa proses ini lebih banyak ditemukan pada faktor genetik ²⁴.

Beberapa perubahan umum yang terjadi menurut Sitanggang (2023) adalah:

a. Perkembangan Fisik

- 1) Seiring bertambahnya usia, massa otot cenderung berkurang, yang dapat mengakibatkan penurunan kekuatan otot.
- 2) Penurunan daya tahan fisik yang dapat mengakibatkan lansia mudah merasa lelah dan kurang mampu melakukan aktivitas fisik yang intens.
- 3) Perubahan penglihatan, akan dialami lansia seperti rabun dekat atau jauh.
- 4) Penurunan pendengaran, di mana lansia akan kesulitan mendengar suara-suara lembut²²

b. Perkembangan Kognitif

- 1) Penurunan memori, terutama dalam hal memori jangka pendek.
- 2) Penurunan kecepatan dalam memproses informasi, di mana waktu yang dibutuhkan dalam memproses informasi cenderung lebih lama saat menua.
- 3) Risiko gangguan kognitif, peningkatan risiko gangguan kognitif seperti demensia, termasuk penyakit Alzheimer, terkait dengan usia.

c. Perkembangan Sosial

- 1) Pensiunan dan perubahan peran sosial, di mana banyak lansia saat memasuki masa pensiun dan mengalami perubahan peran sosial, yang dapat memengaruhi identitas dan rutinitas mereka sehari-hari.
- 2) Isolasi sosial, jika dukungan sosial lansia tidak ada maka lansia berisiko mengalami isolasi sosial yang akan berdampak pada kesejahteraan lansia

- d. Perkembangan emosional rentan terhadap depresi dan kecemasan, lansia mungkin lebih rentan terhadap depresi atau kecemasan, terutama jika mereka menghadapi isolasi sosial dan masalah kesehatan.

Perkembangan lansia (orang tua) melibatkan berbagai aspek dalam menjaga kesejahteraan dan kualitas hidup mereka selama masa lanjut usia. Beberapa tugas yang penting untuk diperhatikan dalam perkembangan lansia:

a. Kesehatan Fisik:

- 1) Menjaga pola makan yang seimbang dan nutrisi yang cukup.
- 2) Berolahraga secara teratur untuk menjaga kebugaran fisik.
- 3) Rutin melakukan pemeriksaan kesehatan dan mengikuti anjuran medis.
- 4) Meminimalisir kebiasaan merokok dan menghindari konsumsi alkohol berlebihan.

b. Kesehatan Mental dan Emosional:

- 1) Aktif secara sosial untuk menghindari isolasi dan kesepian.
- 2) Melibatkan diri dalam aktivitas yang memberikan kepuasan emosional, seperti seni, hobi, atau relawan.
- 3) Mengelola stres dan cemas melalui teknik relaksasi, meditasi, atau kegiatan yang menenangkan.

c. Kemandirian dan Keterlibatan:

- 1) Tetap aktif dalam kegiatan sehari-hari yang mempertahankan kemandirian, seperti mandi, berpakaian, dan bergerak.
- 2) Terlibat dalam kegiatan sosial dan komunitas untuk menjaga rasa relevansi dan perasaan memiliki peran

dalam masyarakat.

d. Keuangan:

- 1) Mengelola dana pensiun dan sumber daya keuangan dengan bijak.
- 2) Memastikan pemenuhan kebutuhan dasar, seperti makanan, perawatan kesehatan, dan tempat tinggal

e. Keamanan dan Lingkungan:

- 1) Menciptakan lingkungan yang aman di rumah untuk mencegah kecelakaan.
- 2) Memastikan bahwa lingkungan tempat tinggal memenuhi kebutuhan fisi dan aksesibilitas.

f. Perawatan Kesehatan:

- 1) Mengelola penyakit kronis dan mengikuti jadwal perawatan yang direkomendasikan.
- 2) Berkomunikasi secara terbuka dengan tim perawatan kesehatan dan keluarga mengenai kebutuhan kesehatan.

g. Spiritualitas dan Makna Hidup:

- 1) Mengeksplorasi dan menghidupkan nilai-nilai spiritual atau agama yang memberikan makna pada hidup.
- 2) Melibatkan diri dalam aktivitas yang mendukung refleksi dan pertumbuhan spiritual

h. Pengembangan Diri:

- 1) Terus belajar dan mengembangkan keterampilan baru, termasuk menggunakan teknologi yang relevan.
- 2) Mengikuti minat dan aspirasi pribadi untuk

pertumbuhan pribadi dan intelektual.

i. Pentingnya Hubungan Sosial:

- 1) Mempertahankan dan membangun hubungan dengan keluarga, teman, dan masyarakat.
- 2) Terlibat dalam kegiatan sosial yang memberikan kesempatan untuk berinteraksi dan berbagi pengalaman.

j. Pengaturan Rencana Masa Depan:

- 1) Merencanakan masa depan, termasuk kebutuhan perawatan jangka panjang jika diperlukan.
- 2) Mempertimbangkan opsi seperti perawatan di rumah atau panti jompo

5. Permasalahan yang Terjadi pada Lansia

Ada beberapa permasalahan lansia yaitu²³:

a. Fisik

Masalah yang sering dihadapi oleh lansia adalah kondisi fisik yang mulai melemah, sehingga sering terjadi penyakit degeneratif misalnya radang persendian. Keluhan akan muncul ketika seorang lansia melakukan aktivitas yang cukup berat misalnya mengangkat beban yang berlebih maka akan dirasakan nyeri pada persendiannya. Lansia juga akan mengalami penurunan indra pengelihatan dimana lansia akan mulai merasakan pandangannya kabur. Lansia juga akan mengalami penurunan dalam indra pendengaran dimana lansia akan merasakan kesulitan dalam mendengar. Lansia juga mengalami penurunan dalam kekebalan tubuh atau daya tahan tubuh yang menurun, dan ini merupakan lansia termasuk kategori manusia tua yang rentan terserang penyakit.

b. Kognitif

Masalah yang tidak kalah pentingnya yang sering dihadapi oleh lansia adalah terkait dengan perkembangan kognitif. Misalnya seorang lansia merasakan semakin hari semakin melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal dan dimasyarakat disebut dengan pikun. Kondisi ini akan menjadi boomerang bagi lansia yang mempunyai penyakit diabetes mellitus karena terkait dengan asupan jumlah kalori yang dikonsumsi. Daya ingatan yang tidak stabil akan membuat lansia sulit untuk dipastikan sudah makan atau belum.

c. Emosional

Masalah yang biasanya dihadapi oleh lansia terkait dengan perkembangan emosional yakni sangat kuatnya rasa ingin berkumpul dengan anggota keluarga. Kondisi tersebut perlu adanya perhatian dan kesadaran dari anggota keluarga. Ketika lansia tidak diperhatikan dan tidak dihiraukan oleh anggota keluarga, maka lansia sering marah apalagi ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi lansia. Terkadang lansia juga terbebani dengan masalah ekonomi keluarganya yang mungkin masih dalam kategori kekurangan dan hal tersebut menjadi beban bagi lansia sehingga tidak sedikit lansia yang mengalami stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

d. Spiritual

Masalah yang sering dihadapi para lansia diusia senjanya terkait dengan perkembangan spiritual adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena ada masalah pada kognitifnya dimana daya ingatnya yang mulai menurun. Lansia yang menyadari bahwa semakin tua harus banyak mendekatkan diri pada Tuhan maka akan semakin banyak dan meningkatkan

nilai beribadah. Lansia akan merasa kurang tenang ketika mengetahui ada anggota keluarganya yang belum mengerjakan ibadah, dan merasa sedih ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius dalam keluarganya.

e. Mental

Masalah yang sering dihadapi para lansia diusia senjanya terkait dengan perkembangan mental adalah kecemasan, depresi, insomnia, paranoid dan demensia. Isolasi sosial dan kesepian, yang mempengaruhi sekitar seperempat lansia, merupakan faktor risiko utama untuk kondisi kesehatan mental pada lansia.

f. Psikososial

Masalah yang sering dihadapi para lansia diusia senjanya terkait dengan perkembangan psikososial adalah kemunduran kondisi fisik setelah penuaan, biasanya mereka mulai mengalami kemunduran berbagai kondisi fisik, kemunduran fungsi dan potensi seksual, kemunduran fungsi dan potensi seksual pada lansia sering dikaitkan dengan berbagai gangguan fisik, perubahan terkait pekerjaan, perubahan ini biasanya dimulai saat masa pensiun, perubahan peran sosial dalam masyarakat, Akibat gangguan pendengaran, penglihatan kabur, gerakan fisik, dan lain-lain, lansia mengalami disfungsi atau bahkan cedera yang menyebabkan keterasingan. Keterasingan lansia dapat membuat lansia semakin menolak untuk berinteraksi dengan orang lain dan dapat terwujud dalam perilaku regresif seperti mudah menangis, mengunci diri, menimbun barang yang tidak berguna dan merengek seperti anak kecil sehingga lansia tidak mampu menyelesaikan tugasnya. peran sosial dengan tepat dan baik.

Sindrom geriatrik adalah sekelompok masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia dan memiliki dampak yang signifikan terhadap kualitas hidup mereka. Sindrom-sindrom ini melibatkan perpaduan gejala fisik, kognitif, dan fungsional yang kompleks. Beberapa sindrom geriatrik yang umum meliputi:

- a) Kelemahan (Frailty): Kelemahan adalah kondisi di mana seseorang menjadi rentan terhadap penyakit, cedera, dan kondisi yang mempengaruhi kualitas hidup. Orang yang rapuh (frail) memiliki daya tahan tubuh yang berkurang dan respon yang lemah terhadap stres fisik atau psikologis.
- b) Jatuh dan Gangguan Keseimbangan: Lansia memiliki risiko lebih tinggi mengalami jatuh karena kehilangan keseimbangan, penurunan kekuatan otot, dan masalah penglihatan. Jatuh sering kali dapat menyebabkan cedera serius.
- c) Delirium: Delirium adalah gangguan mental akut yang ditandai oleh perubahan tiba-tiba dalam kesadaran, perhatian, dan kognisi. Ini bisa disebabkan oleh infeksi, obat-obatan, atau penyakit lainnya.
- d) Inkontinensia Urin dan Feses: Inkontinensia urin (kehilangan control atas kandung kemih) dan inkontinensia feses (kehilangan control atas usus) bisa terjadi pada lansia akibat penurunan otot panggul dan masalah lainnya.
- e) Malnutrisi: Malnutrisi pada lansia bisa disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk perubahan dalam kebutuhan nutrisi, penurunan nafsu makan, atau gangguan pencernaan.
- f) Depresi: Depresi adalah gangguan mental umum pada lansia, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka secara signifikan.
- g) Isolasi Sosial: Lansia cenderung mengalami isolasi sosial karena perubahan dalam lingkungan sosial mereka. Ini dapat berdampak negatif pada kesejahteraan mental dan emosional mereka.

- h) Polypharmacy (Penggunaan Banyak Obat): Banyak lansia harus mengonsumsi beberapa obat secara bersamaan untuk mengelola berbagai masalah kesehatan, yang dapat meningkatkan risiko interaksi obat dan efek samping.
- i) Kcacatan Fungsional: Penurunan fisik dan kognitif pada lansia dapat mengakibatkan penurunan kemampuan mereka untuk menjalankan aktivitas sehari-hari, seperti berpakaian, mandi, atau berjalan.
- j) Sindrom Dekondisi (*Deconditioning*): Ini terjadi ketika lansia kehilangan kebugaran fisik dan kekuatan otot akibat kurangnya aktivitas fisik, yang dapat mengganggu fungsi tubuh secara keseluruhan²⁵

Berdasarkan teori Kurniyanti (2024) Lansia rentan terhadap berbagai masalah kesehatan karena perubahan fisiologis yang terjadi dalam tubuh seiring dengan penuaan. Beberapa masalah kesehatan yang umum terjadi pada lansia meliputi:

- a) Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah:
 - 1) Penyakit jantung koroner.
 - 2) Tekanan darah tinggi (hipertensi).
 - 3) Gagal jantung.
 - 4) Aritmia (gangguan irama jantung).
- b) Gangguan Pernapasan:
 - 1) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK).
 - 2) Pneumonia.
- c) Gangguan Neurologis:
 - 1) Penyakit Alzheimer dan demensia lainnya.
 - 2) Parkinson.
 - 3) Stroke.
- d) Masalah Kognitif dan Mental:
 - 1) Depresi.
 - 2) Kecemasan.

- 3) Gangguan kognitif ringan hingga berat.
- e) Gangguan Penglihatan dan Pendengaran:
 - 1) Katarak.
 - 2) Glaukoma.
 - 3) Penurunan pendengaran (presbycusis).
- f) Gangguan Pencernaan:
 - 1) Sembelit.
 - 2) Gangguan pencernaan.
 - 3) Kehilangan nafsu makan.
- g) Masalah Nutrisi:
 - 1) Kekurangan nutrisi karena penurunan nafsu makan.
 - 2) Risiko kekurangan vitamin D, kalsium, dan nutrisi lainnya.
- h) Gangguan Tulang dan Sendi:
 - 1) Osteoporosis.
 - 2) Osteoarthritis.
- i) Penyakit Diabetes:

Diabetes tipe 2.
- j) Gangguan Keseimbangan dan Kejadian Jatuh:

Risiko jatuh lebih tinggi karena penurunan keseimbangan dan kekuatan otot.
- k) Masalah Kulit:
 - 1) Penurunan elastisitas kulit.
 - 2) Kerusakan kulit akibat paparan sinar matahari.
- l) Penyakit Kanker:

Risiko kanker meningkat seiring usia.
- m) Penyakit Ginjal:

Penurunan fungsi ginjal yang berkaitan dengan usia.
- n) Masalah Seksual:
 - 1) Penurunan libido.

- 2) Gangguan disfungsi ereksi pada pria dan masalah seksual pada wanita²⁵

B. Konsep Diri

1. Defenisi Konsep Diri

Konsep diri adalah semua ide, pemikiran, keyakinan dan kemampuan yang mengenai dirinya sendiri dan mempengaruhi hubungan individu dengan orang. Konsep diri adalah gambaran seseorang mengenai dirinya, penilaian akan dirinya secara fisik, psikologis, sosial,emosional dan prestasi yang dicapai. Konsep diri meliputi citra diri secara fisik dan psikologis.Konsep diri adalah cara individu menilai dirinya meliputi fisik, psikososial, spiritual, emosi, social dan intelektual.Jadi konsep diri adalah penilaian individu mengenai dirinya dikaitkan dengan citra diri, identitas diri, peran diri, ideal diri dan harga diri²⁶.

Adapun skala konsep diri dapat dibagi menjadi:

- a) Aspek fisik yang merupakan kemampuan individu dalam menilai dirinya mengenai penampilan, kesesuaian jenis kelamin, pandangan terhadap tubuhnya, perasaan gengsi bahwa dalam situasi atau kondisi apapun individu dapat menghadapinya.
- b) Kemampuan menanggung akibat dari situasi (*ownership* dan *origin*) yaitu merupakan merupakan kemampuan individu untuk dapat menghadapi akibat dari situasi yang dihadapi, individu memiliki kemampuan untuk melakukan perbaikan dan bangkit kembali dalam mengatasi masalah yang dihadapi.
- c) Kemampuan menghadapi kemalangan (*reach*) merupakan kemampuan dalam membatasi suatu masalah agar tidak menjangkau bidang lainnya, sehingga ketika menghadapi

suatu masalah maka tidak akan mempengaruhi aktivitas lainnya.

- d) Ketahanan diri dalam mempersepsikan kemalangan (*endurance*) merupakan ketahanan individu dalam menghadapi masalah untuk menciptakan ide-ide dan pikiran sebagai solusi sehingga terwujud ketegaran hati dan keberanian²⁷

2. Komponen-Komponen Konsep Diri

Komponen-komponen konsep diri yaitu:

- a. Citra tubuh (*Body Image*)

Citra tubuh (*Body Image*) adalah pandangan individu terhadap tubuhnya baik yang disadari maupun tidak disadari, termasuk penilaian masa lalu dan masa sekarang, serta perasaan mengenai ukuran, fungsi, penampilan, dan kemampuan yang dimiliki yang secara berkesinambungan dimodifikasi dengan persepsi dan pengalaman yang baru.

Faktor yang mempengaruhi citra tubuh lansia yaitu:

- 1) Operasi:nekrotomi,amputasi
- 2) Melemahnya salah satu atau seluruh anggota tubuh
- 3) Kegagalan fungsi tubuh

- b. Ideal Diri (*Self Ideal*)

Ideal diri adalah penilaian individu tentang dirinya mengenai bagaimana semestinya dia berperilaku sesuai dengan standar yang dimiliki, aspirasi, tujuan atau nilai personal tertentu, sesuai dengan citacita dan keinginan yang diharapkan. Menetapkan ideal diri diharapkan disesuaikan dengan kemampuan individu, tidak terlalu tinggi dan masih dapat dicapai.

Faktor-faktor yang mempengaruhi ideal diri:

- 1) Ideal diri ditetapkan sebatas kemampuan

- 2) Keinginan untuk memenuhi kebutuhan yang realistic
- 3) Keinginan untuk menjadi berhasil
- 4) Keinginan untuk dapat melebihi orang lain
- 5) Keinginan untuk bisa menghindari kegagalan
- 6) Muncul rasa rendah diri dan cemas/ khawatir
- 7) Faktor budaya dibandingkan dengan orang lain

c. Identitas Diri (*Self Identity*)

Identitas diri adalah kesadaran akan diri sendiri, mengenai diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian siapa dirinya sebagai suatu kesatuan yang utuh.

Hal-hal yang berkaitan dengan identitas diri adalah:

- 1) Individu dengan identitas diri yang kuat akan merasa dirinya berbeda dengan orang lain, unik, merasa dirinya lebih kuat dan tidak ada duanya.
- 2) Identitas diri berkembang sejak masa anak-anak dan bersamaan dengan berkembangnya konsep diri.
- 3) Identitas diri mengenai jenis kelamin dimulai dengan konsep laki-laki dan perempuan yang banyak dipengaruhi oleh pandangan dan perlakuan masyarakat. Berkembangnya identitas jenis kelamin dimulai sejak bayi secara bertahap.
- 4) Rasa berharga, menghargai diri sendiri, kemampuan serta penguasaan diri dapat mempengaruhi kemandirian.
- 5) Sikap yang mandiri pada individu dapat mengatur dan menerima dirinya.

Ciri-ciri identitas diri adalah:

- 1) Sesuai realitas
- 2) Memiliki tujuan hidup yang jelas
- 3) Berbagai aspek yang dimiliki pada dirinya dipandang sebagai sesuatu hal yang selaras dan seimbang

- 4) Hubungan masalalu, sekarang dan yang akan datang selaras dan disadari
- 5) Peran identitas dirinya kuat, menyadari perannya
- 6) Mengakui jenis kelaminnya
- 7) Penilaian tentang dirinya sesuai dengan penilaian masyarakat tentang dirinya Mengetahui dirinya sebagai individu yang utuh, berbeda dan terpisah dari orang lain

d. Peran Diri (*Self Role*)

Serangkaian pola perilaku individu dalam kehidupan sosial yang diharapkan oleh lingkungan sesuai dengan peran dan fungsi individu tersebut. Peran individu yang dinilai dalam keluarga.

e. Harga Diri (*Self Esteem*)

Harga diri adalah penilaian individu mengenai dirinya dengan menganalisis bagaimana nilai personal yang dimiliki dan disesuaikan dengan ideal dirinya. Harga diri yang tinggi adalah menilai dirinya tetap baik, berharga, penting dan benar meskipun melakukan kesalahan ataupun kekalahan. Harga diri rendah bagaimana seseorang menilai dirinya tidak berharga. Harga diri dapat dicapai melalui diri sendiri dan orang lain. Adanya kasih sayang, perasan dicintai, rasa saling menyayangi dan penghargaan dari orang lain merupakan aspek utama dalam harga diri. Terjadinya harga diri rendah dapat diakibatkan apabila:

- 1) Hilangnya kasih sayang, rasa cinta kasih dari orang lain
- 2) Adanya hubungan interpersonal yang tidak harmonis
- 3) Tidak adanya penghargaan dari orang lain⁵.

C. Harga Diri Rendah

1. Defenisi Harga Diri Rendah

Harga diri rendah adalah suatu perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjanagn akibat evaluasi ataupun pandangan negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan yang ada pada diri. Selain itu, diikuti dengan perasaan hilangnya percaya diri yang diekspresikan secara langsung ataupun tidak langsung⁵.

Harga diri seperti tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri, dan tidak bisa menjalankan peran yang dijalankan sebelumnya, merasa dirinya tidak berguna dan hanya menyusahkan orang lain. Harga diri adalah perasaan tentang nilai, harga atau manfaat diri sendiri yang berasal dari kepercayaan positif atau negatif seorang individu tentang kemampuannya dan menjadi berharga. Harga diri pada lansia dapat mengalami perubahan dimana seringkali akan muncul perasaan tidak berguna dan tidak berharga. Harga diri rendah adalah suatu evaluasi diri yang negatif dan berhubungan dengan perasaan yang lemah, tak berdaya, ketakutan, tidak berharga, dan tidak memadai

²⁷

2. Karakteristik Harga Diri Rendah

- a) Sulit menemukan hal-hal yang positif dalam tindakan yang mereka lakukan
- b) Cenderung cemas mengenai dirinya dan kurang berani dalam mengambil resiko
- c) Kurang menghargai keberhasilan yang mereka raih
- d) Mereka terlalu memikirkan kesalahan yang telah diperbuat dan selalu mencari alasan untuk membuktikan kalau mereka salah
- e) Merasa rendah diri jika berhadapan dengan orang lain

- f) Tidak termotivasi untuk memperbaiki dan menyempurnakan diri
- g) Merasa kurang puas dan tidak bahagia dengan hidupnya, dan tidak mampu menyesuaikan diri
- h) Cenderung putus asa, depresi, dan adanya niat untuk bunuh diri ²⁷

3. Klasifikasi Gangguan Harga Diri Rendah

a) Harga diri rendah situasional

Terjadi karena adanya trauma secara tiba-tiba, seperti harus dilakukan tindakan medis yang cukup tinggi resikonya, dicerai suami istri, putus hubungan kerja, perasaan malu karena adanya suatu masalah yang terjadi pada dirinya (seperti, korban pemerkosaan, penuduhan korupsi pada dumya, dan dipenjara secara tiba-tiba). Pada klien yang dirawat dapat mengalami harga diri rendah, karena:

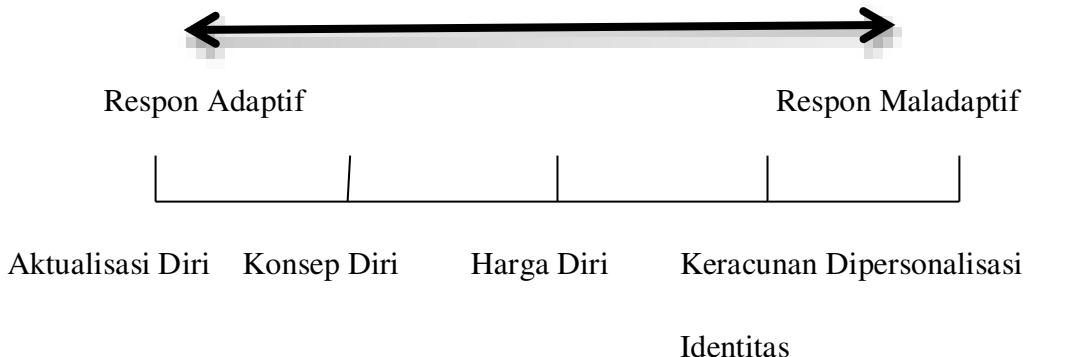
- 1) Privasi yang kurang diperhatikan, misalnya pemeriksaan fisik yang sembarangan, pemasangan alat yang tidak sopan
- 2) Harapan terhadap struktur, bentuk, dan fungsi tubuh yang tidak tercapai
- 3) Perlakuan petugas kesehatan yang tidak menghargai, seperti berbagai tindakan dan pemeriksaan dilakukan tanpa penjelasan, berbagai tindakan tanpa persetujuan

b) Harga Diri Rendah Kronis

Yaitu perasaan negatif terhadap diri yang telah berlangsung lama, yaitu sebelum sakit dirawat klien akan memiliki cara berpikir yang negatif. Kejadian dengan dirawatnya klien akan menambah tingkat gangguan

psikologis karena persepsi negatif terhadap dirinya juga akan meningkat²⁷.

4. Rentang Respon Harga Diri Rendah



a. Aktualisasi Din

Pernyataan tentang konsep dari yang positif dengan latar belakang pengalaman sukses.

b. Konsep Diri positif

Apabila individu mempunyai pengalaman positif dalam perwujudan dirinya.

c. Harga dari rendah

Perasaan negatif terhadap dun sendiri, termasuk kehilangan rasa percaya diri, tidak berharga, tidak berdaya, pesimis.

d. Keracunan identitas

Kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak kedalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.

e. Dipersonalisasi

Perasaan tidak realistik dalam kegiatan dari diri sendiri, merasa tidak nyata dan asing baginya²⁷

5. Tanda dan Gejala Gangguan Harga Diri Rendah

- a. Pengungkapan negatif terhadap diri
- b. Perasaan bersalah dan malu
- c. Pandangan diri tidak mampu menangani dan mengatasi kejadian
- d. Menghindari diskusi tentang dirinya
- e. Ketidakmampuan untuk menentukan tujuan
- f. Menolak untuk merespon positif dan memperluas respon negatif terhadap diri
- g. Ragu-ragu untuk mencoba sesuatu yang baru
- h. Mudah tersinggung terhadap kritik ringan
- i. Adanya perasaan gelisah dan kerohanian dengan tanda seperti marah, mudah tersinggung, keputusasaan, dan menangis
- j. Mengingkari kenyataan dari masalah
- k. Perilaku menyakiti diri sendiri seperti, usaha bunuh diri, penyelahgunaan zat, dan perusakan lain terhadap diri sendiri
- l. Penampilan tubuh buruk (postur atau gerakan tubuh, dan kontak mata)
- m. Mengalami gangguan hubungan sosial, seperti menarik diri, tidak ingin berteman ataupun bertemu dengan orang lain, dan lebih suka sendiri
- n. Kurangnya percaya diri, biasanya klien akan sulit dalam mengambil keputusan tentang alternatif dari suatu tindakan
- o. Dijelaskan pula dalam penampilannya yang menjelaskan adanya gangguan harga diri rendah, terlihat dari kurangnya memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan yang menurun, tidak mau menatap lawan bicara, berbicara lambat dengan nada suara yang lemah

6. Faktor Yang Mempengaruhi Harga Diri Rendah

Penyebab dan timbulnya gangguan harga diri menurut Muluth tahun 2016 terbagi atas dua faktor yaitu

a. Faktor Predisposisi

- 1) Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi perilaku yang objektif dan teramat serta bersifat subjektif yang berasal dan lansia sendiri. Perilaku berhubungan dengan harga diri rendah, keracunan identitas, dan depersonalisasi
- 2) Faktor yang mempengaruhi peran yaitu stereotipik pran seks, tuntutan peran kerja, dan harapan peran kultural
- 3) Faktor yang mempengaruhi identitas personal meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan dalam struktur sosial.

b. Faktor presipitasi

1) Trauma

Masalah spesifik yang berhubungan dengan harga diri rendah berupa situasi yang membuat individu sulit dalam menyesuaikan diri atau tidak dapat menerima trauma tersebut seperti, penganiayaan fisik, seksual, dan psikologis, baik pada saat kanak-kanak ataupun saat telah dewasa atau merasa terancam kehidupannya terhadap tindakan kekerasan.

2) Ketegangan peran

Perasaan frustasi ketika individu merasa tidak adekuat dalam melakukan peran ataupun individu tersebut melakukan peran yang tidak sesuai dan

bertentangan dengan hatinya atau merasa tidak cocok saat melakukan perannya. Ketegangan peran ini sering menjadi konflik diri, karena dibayangi dengan keraguan saat melakukan peran yang banyak. Konflik diri atau peran sering terjadi ketika individu memiliki dua harapan yang bertentangan dengan peran dan tidak dapat dipenuhi.

7. Penatalaksanaan

a) Terapi *life review*

Terapi *life review* adalah terapi psikososial yang bertujuan untuk membantu lansia mengenang kembali pengalaman masa lalu mereka, sehingga dapat meningkatkan integritas diri dan mengatasi masalah psikologis:

- 1) Mengaktifkan ingatan jangka panjang
- 2) Menolong lansia untuk mengenali diri sendiri
- 3) Mengatasi gangguan pola tidur dan depresi
- 4) Menurunkan tingkat depresi
- 5) Mengekspresikan perasaan yang disupresikan
- 6) Meningkatkan harga diri

Dalam terapi *life review*, lansia akan dianjurkan untuk menceritakan kembali kisah hidup mereka, mengenang keberhasilan dan kemampuan mereka, serta menyelesaikan permasalahan yang belum selesai. Terapi ini juga memberikan reinforcement positif agar lansia dapat menyampaikan emosi positifnya¹⁴.

b) Komunikasi terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dirancang dan direncanakan untuk tujuan terapi, dalam rangka membina hubungan antara perawat dengan pasien agar

dapat beradaptasi dengan stress, mengatasi gangguan psikologis, sehingga dapat melegakan serta membuat pasien merasa nyaman, yang pada akhirnya mempercepat proses kesembuhan pasien¹³.

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antar perawat dengan pasien. Tujuan hubungan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan pasien meliputi: realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan terhadap diri. Sehingga komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan salah satu bentuk dari berbagai macam komunikasi yang dilakukan secara terencana dan dilakukan untuk membantu proses penyembuhan pasien¹³.

c) Edukasi latihan berfikir positif

Edukasi latihan berfikir positif yang meliputi menerapkan perhatian positif, melakukan afirmasi diri, penggambaran diri apa adanya, penyesuaian diri terhadap keadaan dan harapan positif terhadap masa depan akan membuat harga diri lansia juga menjadi positif dalam memandang kehidupan lansia di dalam panti jompo⁹

d) Terapi *reminiscence*

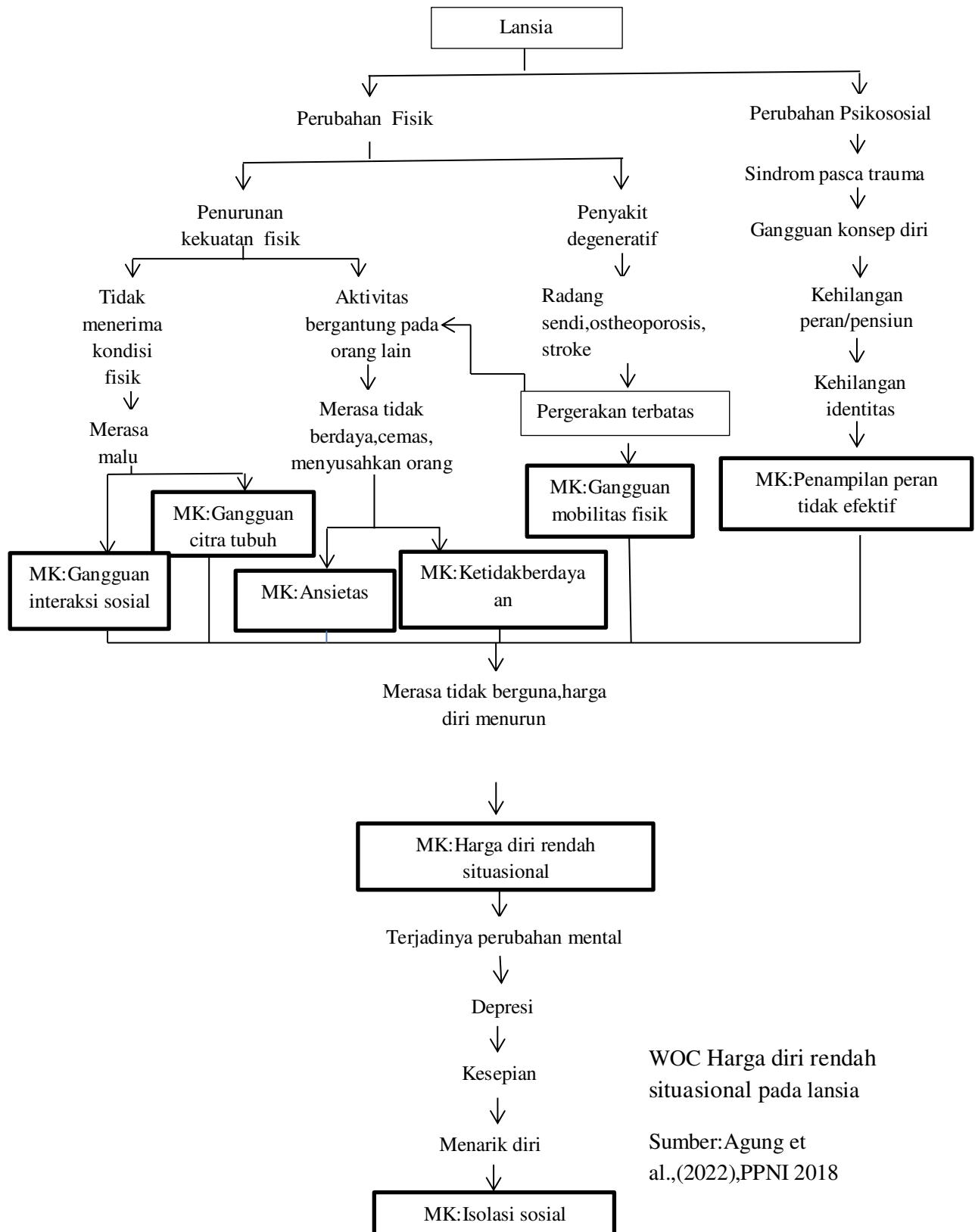
Terapi *reminiscence* adalah terapi yang memberikan perhatian terhadap kenangan terapeutik pada lansia melalui . proses untuk mengumpulkan kembali seseorang akan masa lalunya. Kenangan ini merupakan suatu pengalaman hidup yang dialami individu, dapat berupa peristiwa yang tidak bisa dilupakan atau peristiwa yang sudah terlupakan. Terapi *reminiscence* bertujuan untuk

meningkatkan harga diri dan membantu individu mencapai kesadaran diri dan memahami diri, beradaptasi terhadap stress dan melihat bagian dirinya dalam konteks sejarah dan budaya. Dampak klinik terapi *reminiscence* untuk mengetahui efek klinis terhadap kepuasan hidup, kondisi depresi, kebahagiaan, dan harga diri¹⁰

e) Interaksi Sosial

Interaksi yaitu satu relasi antara dua sistem yang terjadi sedemikian rupa sehingga kejadian yang berlangsung pada satu sistem akan mempengaruhi kejadian yang terjadi pada sistem lainnya. Interaksi adalah satu pertalian sosial antar individu sedemikian rupa sehingga individu yang bersangkutan saling mempengaruhi satu sama lainnya. Interaksi sosial adalah kemampuan seorang individu dalam melakukan hubungan sosial dengan individu lain atau kelompok dengan ditandai adanya adanya kontak sosial dan komunikasi²⁸

8. Web Of Caution(WOC)



D. Panti Sosial Tresna Werdha

1. Defenisi

Panti jompo merupakan salah satu lembaga yang penting untuk kesejahteraan masyarakat. Panti jompo juga dikenal sebagai Panti Werdha, yang merupakan tempat untuk merawat dan menampung orang lanjut usia dengan memberikan pelayanan sehingga mereka merasa aman, tenram dengan tiada perasaan gelisah maupun khawatir dalam menghadapi usia tua ¹¹.

Panti Sosial Tresna Werdha atau yang sering disebut dengan panti jompo merupakan suatu tempat untuk menampung lansia dan jompo terlantar dengan memberikan pelayanan sehingga mereka merasa aman, tenram dengan tiada perasaan gelisah maupun khawatir dalam menghadapi usia tua ¹².

Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) adalah suatu institusi hunian bersama dari para lansia yang secara fisik atau kesehatan masih mandiri, akan tetapi telah mengalami keterbatasan terutama mempunyai keterbatasan di bidang sosial ekonomi. Kebutuhan harian dari para penghuni biasanya disediakan oleh pengurus panti, yang diselenggarakan oleh pemerintah atau swasta. Tinggal di panti sosial bukan berarti keluarga tidak lagi menyayangi lansia. Beberapa lansia lebih memilih tinggal di panti sosial dengan berbagai alasan, mulai dari keinginan sendiri karena selalu merasa kesepian di rumah, tidak ingin menjadi beban dari keluarga bahkan karena adanya pola perubahan yang terjadi di dalam keluarga sehingga lansia tidak betah untuk tinggal dengan keluarga sendiri ²⁹.

2. Tujuan

Pelayanan panti menurut Permensos bertujuan untuk:

- a) Meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan lanjut usia

- b) Terpenuhinya kebutuhan dasar lanjut usia
- c) Meningkatkan peran serta masyarakat, pemerintah, pemerintahan daerah provinsi, dan pemerintahan daerah kabupaten/kota dalam melaksanakan maupun menyediakan berbagai bentuk pelayanan sosial lanjut usia.

3. Jenis Pelayanan

Jenis pelayanan yang diberikan dalam panti menurut ²⁹ meliputi:

- a) Pemberian tempat tinggal yang layak
- b) Jaminan hidup berupa makan, pakaian, pemeliharaan kesehatan
- c) Pengisian waktu luang termasuk rekreasi
- d) Bimbingan mental, sosial, keterampilan, agama
- e) Pengurusan pemakaman atau sebutan lain.

4. Syarat Penerimaan Lansia di Panti Sosial

Lansia yang dititipkan di panti sosial memiliki cerita yang berbeda. Penerimaan berdasarkan pada syarat yang telah ditentukan yaitu

- a) Berusia minimal 60 tahun
- b) Permohonan berdasarkan kehendak sendiri dan bukan kehendak orang lain
- c) Miskin tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk kelangsungan hidupnya
- d) Terlantar tidak memiliki keluarga dan jika memiliki keluarga tidak mampu memeliharanya
- e) Sehat tidak dalam keadaan sakit jiwa atau tidak memiliki penyakit menular²⁹

5. Faktor Penyebab Lansia Berada di Panti Sosial

a) Faktor Ekonomi

Lansia yang memiliki tingkat ekonomi rendah dan tergolong tidak mampu baru dapat diterima di panti sosial

b) Faktor Sosial

Faktor sosial merupakan keadaan lingkungan sekitar di mana lansia tinggal, tidak ingin merepotkan anggota keluarga, lansia merupakan korban perceraian sehingga merasa terasingkan di dalam rumah. Kehadiran keterasingan tersebut karena anggota keluarga telah sibuk dengan pekerjaan dan lansia tidak memiliki teman untuk bersendau gurau

c) Faktor usia

Pemilihan usia tersebut didasarkan terhadap kesepakatan yang dibuat oleh Dinas Sosial dengan panti sosial. Usia 60 tahun dipilih karenakan pada usia tersebut manusia sudah mengalami penurunan fungsi tubuh dan sudah tidak mampu bekerja kembali atau sudah memasuki masa pensiun²⁹.

E. Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Harga Diri Rendah Situasional

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistic, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat diharapkan mempunyai kesadaran dan kemampuan tilik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi dengan tarapeutik, dan memiliki kemampuan merespons secara efektif, karena hal-hal tersebut akan menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat. mengatakan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor,

sumber coping. dan kemampuan coping yang dimiliki pasien adalah aspek yang harus digali selama pengkajian ³⁰.

a. Identitas lansia

Data yang dikaji dalam identitas lansia yaitu nama lansia, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin status perkawinan, agama dan pendidikan terakhir.

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang (RKS)

Pada RKS lansia biasanya dikaji apa saja yang dikeluhkan/dirasakan pada saat ini, misalnya susah tidur, penglihatan kabur/kurang jelas, ingatan mudah lupa, dan lain-lain. Umumnya pasien dengan harga diri rendah merasa malu, tidak berdaya, menyusahkan orang lain, putus asa, merasa dapat memenuhi kewajibannya lagi⁵.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu (RKD)

Pada RKD lansia biasanya dikaji penyakit apa saja yang pernah lansia alami sejak 6 bulan /beberapa tahun yang lalu. Misal kecelakaan, kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, pernah jatuh/cedera, dan gangguan mental. Umumnya pasien lansia dengan harga diri rendah pernah mengalami masa lalu yang tidak menyenangkan seperti hipertensi, kegagalan, kehilangan, perpisahan, kematian, dan trauma selama tumbuh kembang yang pernah dialami pasien pada masa lalu ²⁷.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga (RKK)

Pada RKK yang dikaji pada lansia adalah jenis kesehatan keluarga, penyakit apa saja yang pernah diderita keluarga atau mungkin ada penyakit keturunan yang diderita oleh keluarga seperti diabetes, hipertensi ²¹.

c. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala : Apakah pada kepala ditemukan masalah seperti kepala simetris atau tidak.
- 2) Mata : Apakah pada mata ditemukan masalah seperti antara kedua mata simetris atau tidak, penglihatan jelas atau tidak, mata memerah atau tidak, katarak atau tidak
- 3) Hidung : Apakah pada hidung ditemukan masalah seperti penciuman masih baik atau tidak, terdapat polip atau tidak, terdapat luka atau tidak.
- 4) Telinga : Apakah pada telinga ditemukan masalah seperti antara kedua telinga simetris atau tidak, pendengaran masih terdengar jelas atau tidak, terdapat benjolan atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak.
- 5) Mulut dan Tenggorokan : Apakah pada mulut dan tenggorokan ditemukan masalah seperti mukosa bibir lembab atau tidaknya, apakah lansia sulit menelan atau tidaknya.
- 6) Leher : Apakah pada leher ditemukan masalah seperti terdapat pembesaran vena jugularis atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau tidak.
- 7) Dada : Apakah pada dada ditemukan masalah seperti dada simetris atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak, dada terasa berdebar-debar atau tidak, terdapat perubahan pada irama jantung atau tidak, frekuensi jantung meningkat atau tidak.
- 8) Abdomen : Apakah pada abdomen ditemukan masalah atau tidak seperti bentuk abdomen simetris atau tidak, terdapat edema atau tidak.
- 9) Genitalia : Ada/Tidak dilakukan pemeriksaan.
- 10) Ekstremitas : Apakah pada ekstremitas atas maupun bawah terdapat masalah seperti CRT kurang atau lebih dari 2

detik, akaral hangat atau tidak, apakah terdapat edema atau tidak.

11) Integumen : Apakah pada integument terdapat masalah seperti kebersihan baik atau tidak, terdapat gangguan seperti gatal atau kemerahan atau tidak.

d. Aktivitas

Hal yang dikaji pada aktivitas lansia umumnya pasien tidak mau mengerjakan pekerjaan rumah,tidak mau beraktivitas diluar rumah karena pasien selalu merasa malas berinteraksi, Serta mengkaji aktivitas apa saja yang sering dilakukan lansia ²¹.

e. Eliminasi

Hal yang dikaji pada eliminasi lansia adalah terdapat masalah atau tidak nya BAB dan BAK lansia, apakah terdapat gangguan ginjal pada saat sekarang atau masa lalu. Serta mengkaji perkiraan jumlah frekuensi BAK dan BAB lansia per harinya ²¹.

f. Makanan

Hal yang dikaji pada makanan lansia adalah makanan apa yang sering dikonsumsi dan disukai lansia, apakah makanan tersebut menyebabkan berat badan normal atau obesitas atau tidak, apakah makanan tersebut menyebabkan tekanan darah tinggi atau tidak ²¹.

g. Pengkajian Psikologis

- 1) Bagaimana sikap lansia terhadap proses penuaan.
- 2) Apakah dirinya merasa di butuhkan atau tidak.
- 3) Apakah optimis dalam memandang suatu kehidupan.
- 4) Bagaimana mengatasi stres yang dialami.

- 5) Apakah mudah dalam menyesuaikan diri.
- 6) Apakah lansia sering mengalami kegagalan.
- 7) Apakah harapan pada saat ini dan yang akan datang.
- 8) Perlu dikaji juga mengenai fungsi kognitif, daya ingat, proses pikir, alam perasaan, orientasi, dan kemampuan dalam menyelesaikan masalah.

h. Perubahan Sosial Ekonomi

- 1) Darimana sumber keuangan lansia.
- 2) Apa saja kesibukan lansia dalam mengisi waktu luang.
- 3) Kegiatan organisasi apa yang diikuti lansia.
- 4) Bagaimana pandangan lansia terhadap lingkungannya.
- 5) Seberapa sering lansia berhubungan dengan orang lain di halaman sekitar rumah.
- 6) Apakah bisa menyalurkan hobi lewat fasilitas yang ada.

i. Perubahan spiritual data yang dikaji

- 1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya.
- 2) Apakah secara teratur mengikuti kegiatan keagamaan.
- 3) Bagaimana lansia mengatasi masalah, apakah ada berdoa.
- 4) Apakah lansia terlihat tabah dan tawakkal.

j. Pengkajian Status Mental

Pengkajian status mental yang perlu dikaji meliputi daya orientasi (waktu, tempat, orang), daya ingat (jangka panjang, jangka pendek), kontak mata dan afek.

k. Pengkajian Lingkungan

Pada pengkajian lingkungan yang perlu dikaji meliputi penataan kamar lansia, kebersihan dan kerapian, penerangan, sirkulasi udara, penataan tempat tidur, keadaan kamar mandi,

pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber penerangan²¹.

l. Pengkajian status kemandirian

Pada pengkajian Kemandirian yang perlu dikaji adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri meliputi kemampuan mandiri lansia untuk mandi, berpakaian, toileting, berpindah tempat, kontinen, dan makan.

m. Pengkajian fungsi kognitif (SPMSQ)

Pada pengkajian Status Kognitif yang perlu dikaji adalah pemeriksaan status mental memberikan sampel perilaku dan kemampuan mental dalam fungsi intelektual. Pemeriksaan status mental pengkajian pada tingkat kesadaran, perhatian, keterampilan berbahasa, ingatan interpretasi bahasa, keterampilan menghitung dan menulis, kemampuan konstruktional

n. Pola persepsi dan harga diri rendah

Klien merasa malu terhadap diri sendiri akibat penyakit yang dialaminya. Klien merasa bersalah terhadap diri sendiri, klien merendahkan martabatnya sendiri, klien mengalami gangguan hubungan sosial dan merasa tidak percaya diri²⁷

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan lanjut usia dilihat dari beberapa aspek yaitu fisik/biologis, dan aspek psikososial. Proses penegakan diagnosa keperawatan melalui analisis data, identifikasi data dan perumusan diagnosis keperawatan. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia ³¹, diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada asuhan keperawatan harga diri rendah situasional pada lansia adalah:

- a. Harga diri rendah situasional bd perubahan citra tubuh
- b. Gangguan interaksi sosial bd ketiadaan orang terdekat
- c. Ketidakberdayaan bd interaksi interpersonal tidak memuaskan
- d. Ansietas bd krisis situasional
- e. Gangguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh
- f. Penampilan peran tidak efektif b.d perubahan peran
- g. Isolasi sosial b.d perubahan penampilan fisik
- h. Gangguan mobilitas fisik bd penurunan kekuatan otot

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Perencanaan keperawatan gerontik adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang berguna untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah lansia.

a. Menetapkan Prioritas Masalah

Tabel 2.6

PRIORITAS MASALAH

N O .	Masalah	A			B						C	D	E	F	Prioritas	
		1	2	3	1	2	3	4	5	6						
1.	Diagnosa Keperawatan															

Sumber:²¹

Keterangan :

A. Kegawatan

- 1. Gawat darurat (emergensi)
- 2. Gawat tapi tidak darurat
- 3. Tidak gawat tidak darurat

B. Kebutuhan fisiologis

- 1. Oksigen
- 2. Air
- 3. Makanan
- 4. Suhu tubuh yang normal
- 5. Tidur
- 6. Homeostatis

C. Kebutuhan akan rasa nyaman

- D. Kebutuhan rasa memiliki dan kasih orang
- E. Kebutuhan akan penghargaan
- F. Kebutuhan akan aktualitasi diri

- b. Rencana asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Harga Diri Rendah Situasional

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Harga diri rendah situasional</p> <p>bd keperawatan 6×45 menit</p> <p>perubahan peran sosial</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Menilai dirinya negatif 2) Merasa malu <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Berbicara pelan dan lirih 2) Berjalan menunduk 3) Postur tubuh menunduk <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Sulit ber-konsentrasi <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Kontak mata kurang 2) Lesu 	<p>Setelah dilakukan rencana tindakan keperawatan yang mungkin diharapkan harga diri meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3. Konsentrasi meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Kemampuan membuat keputusan meningkat 6. Perasaan malu menurun 7. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun 	<p>Rencana keperawatan yang mungkin dilakukan sebagai berikut:</p> <p>Promosi Harga Diri</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri b. Diskusikan persepsi negatif diri c. Dorong klien untuk mempertahankan kontak mata d. Berikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif b. Latih cara berfikir dan berperilaku positif

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>Dukungan Emosional</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk b. Identifikasi hal yang telah memicu emosi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih b. Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu c. Kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu b. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>(mis. ansietas, marah, sedih)</p> <p>c. Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan</p> <p>d. Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Rujuk untuk konseling, jika perlu</p>

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
2.	<p>Gangguan interaksi sosial</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Merasa tidak nyaman dengan situasi sosial 2) Merasa sulit menerima atau mengkomunikasikan perasaan <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Kurang responsif atau tertarik pada orang lain <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Sulit mengungkapkan kasih sayang <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Gejala cemas berat 2) Kontak mata 	<p>Setelah dilakukan rencana tindakan keperawatan 6×45 menit diharapkan meningkat,dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat 2. Perasaan mudah menerima dan mengkomunikasikan perasaan meningkat 3. Responsif pada orang lain meningkat 4. Minat melakukan kontak emosi meningkat 5. Minat melakukan kontak fisik meningkat 6. Verbalisasi kasih sayang meningkat 7. Kontak mata meningkat 8. Ekspresi wajah responsif 	<p>Rencana keperawatan yang mungkin akan dilakukan sebagai berikut:</p> <p>Promosi Sosialisasi</p> <p>Observasi</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain b. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan b. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan c. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok d. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis: jalan-jalan, ke toko buku) e. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain f. Diskusikan perencanaan kegiatan

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	kurang wajah tidak responsif	meningkat 9. Kooperatif bermain dengan teman sebaya	di masa depan g. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri
3)	Ekspresi	meningkat	h. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan
4)	Tidak kooperatif dalam bermain dan berteman dengan sebaya	10. Perilaku sesuai usia meningkat 11. Gejala cemas menurun	Edukasi a. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap b. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan c. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain d. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain e. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi f. Latih mengekspresikan marah dengan tepat
5)	Perilaku tidak sesuai usia		Modifikasi Perilaku Keterampilan Sosial Observasi a. Identifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial b. Identifikasi fokus

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>pelatihan keterampilan sosial</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi untuk berlatih keterampilan social b. Beri umpan balik positif (mis: pujian atau penghargaan) terhadap kemampuan sosialisasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan melatih keterampilan sosial b. Jelaskan respons dan konsekuensi keterampilan sosial c. Anjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami d. Anjurkan mengevaluasi pencapaian setiap interaksi e. Latih keterampilan sosial secara bertahap

NO .	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
3.	<p>Ansietas bd krisis situasional</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Merasa bingung 2) Merasa khawatir akibat kondisi yang dihadapi 3) Sulit berkonsentrasi <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Tampak gelisah 2) Tampak tegang 3) Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Mengeluh pusing 2) Anoreksia 3) Palpitasi 4) Merasa tidak berdaya <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi napas meningkat 2) Frekuensi nadi meningkat 3) Tekanan darah meningkat 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 6x45 menit diharapkan citra tubuh meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Konsentrasi membaik 4. Pola tidur membaik 5. Kontak mata membaik 	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan c. Pahami situasi yang membuat ansietas d. Dengarkan dengan penuh perhatian e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

NO .	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	4) Diaforesis 5) Tremor 6) Muka tampak pucat 7) Suara bergetar 8) Kontak mata buruk 9) Sering berkemih 10) Berorientasi pada masa lalu		f. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan g. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan h. Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang Edukasi a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis c. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan d. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

NO .	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>e. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>f. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>g. Latih Teknik relaksasi</p> <p>Teknik Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang menganggu kemampuan kognitif</p> <p>b. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>c. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya</p> <p>d. Periksa</p>

NO .	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan</p> <p>e. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>c. Gunakan pakaian longgar</p> <p>d. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>e. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang</p>

NO .	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih c. Anjurkan mengambil posisi nyaman d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi e. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih f. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah disusun berdasarkan teoritis yang didapat. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah situasional dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan³².

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan lansia/pasien(hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan berdasarkan buku SLKI dan SIKI.Kriteria hasil yang diharapkan pada tahap evaluasi harga diri rendah situasional yaitu melihat konsentrasi meningkat,perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun³³.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan tertulis atau pelaporan tentang apa yang dilakukan perawat terhadap pasien, siapa yang melakukan dan kapan tindakan keperawatan dilakukan dan apa hasil dari tindakan yang telah dilakukan bagi pasien. Dokumentasi mencakup setiap bentuk data dan informasi pasien yang dapat direkam, mulai dari tanda-tanda vital hingga catatan pemberian obat sampai dengan catatan keperawatan naratif. Dokumentasi keperawatan adalah sumber informasi klinis utama untuk memenuhi persyaratan hukum dan profesional. Dokumentasi keperawatan harus memenuhi persyaratan hukum dokumentasi asuhan keperawatan³⁴.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan peneliti yaitu penelitian kualitatif dengan desain penelitian studi kasus yang bersifat deskriptif, dimana penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk menggambarkan sesuatu berdasarkan fenomena yang didapatkan saat melakukan studi kasus. Penelitian ini dilakukan untuk penerapan asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2025.

2. Waktu Penelitian

Peneliti sudah melakukan penelitian pada bulan November 2024 sampai bulan Juni 2025. Penerapan asuhan keperawatan dilakukan selama 6 hari dari tanggal 17 Februari 2025-22 Februari 2025.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti yang mana dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui peneliti. Populasi yang diambil peneliti dalam penelitian ini adalah semua lansia dengan harga diri rendah situasional dilakukan di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin. Berdasarkan hasil survei awal pada tanggal 14 November 2024 didapatkan populasi sebanyak 11 orang lansia yang memiliki gangguan harga diri rendah situasional.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah 1 orang lansia utama yang diambil dengan teknik *purposive sampling* yang sesuai dengan kriteria inklusi dan ekslusii.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah

a. Kriteria Inklusi

- 1) Lansia yang mengalami harga diri rendah situasional yang bersedia dijadikan responden dan diberikan asuhan keperawatan
- 2) Lansia yang kooperatif saat penelitian

b. Kriteria Ekslusii

- 1) Lansia yang mengalami harga diri rendah situasional yang mengalami penurunan kesadaran
- 2) Lansia yang mengundurkan diri menjadi responden
- 3) Lansia yang berhalangan saat melakukan penelitian (lansia yang tidak berada di tempat)

Setelah dikriteriaikan didapatkan 3 orang lansia yang memenuhi kriteria sampel. Untuk mendapatkan 1 sampel utama peneliti menggunakan teknik *random sampling* dan didapatkan 1 sampel.

D. Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data pasien yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan gerontik(pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi). Sedangkan untuk instrumen dalam penelitian ini adalah menggunakan pengkajian psikososial dan pengkajian harga diri rendah. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat pemeriksaan

fisik yang terdiri dari tensimeter, stetoskop, termometer, timbangan, dan alat mengukur tinggi badan.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan disesuaikan dengan masalah, tujuan penelitian, serta objek yang diteliti. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pengukuran, dan dokumentasi.

1. Wawancara

Wawancara adalah alat yang fleksibel untuk pengumpulan data, memungkinkan penggunaan saluran multi-indera: verbal, non-verbal, dilihat, diucapkan, didengar dan, dilakukan secara online atau offline, wawancara langsung atau tertulis. Urutan materi yang menjadi bahan wawancara bisa saja terkontrol namun tetap memberi ruang untuk spontanitas. Peneliti (sebagai pewawancara) dapat mencoba mendorong responden agar menjawab secara lengkap dan mendalam terhadap suatu masalah tertentu.

Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara bebas terpimpin. Wawancara jenis ini merupakan kombinasi dari wawancara tidak terpimpin dan wawancara terpimpin. Meskipun dapat unsur kebebasan, tapi ada pengarah pembicara secara tegas dan mengarah. Jadi wawancara ini mempunyai ciri yang fleksibilitas (keluwesan) tapi arahnya yang jelas. Artinya, pewawancara diberi kebebasan untuk mengolah sendri pertanyaan sehingga memperoleh jawaban yang diharapkan dan responden secara bebas dapat memberikan informasi selengkap mungkin.

Wawancara yang dilakukan kepada klien dengan beberapa petanyaan seperti apa yang menyebabkan timbulnya harga diri rendah pada klien, bagaimana perasaan klien saat pengkajian dilakukan, mengapa klien merasa sedih, takut hidupnya tidak berarti, dan lain lain.

2. Observasi

Observasi adalah proses pengamatan atau pengindraan langsung yang sistematis dalam merekam pola perilaku manusia, objek dan kejadian-kejadian tanpa menggunakan pertanyaan atau berkomunikasi dengan subjek. proses tersebut mengubah fakta menjadi data. Observasi yang dilakukan kepada klien berupa observasi terhadap tingkah laku, kebiasaan, dan hubungan klien dengan teman-teman sevismanya.

3. Pengukuran

Peneliti melakukan pengukuran dengan alat ukur pemeriksaan fisik, nadi, suhu, tekanan darah, pengukuran gula darah, pengukuran tinggi badan dan berat badan. Pengukuran yang dilakukan kepada klien adalah berupa pengukuran tanda-tanda vital didapatkan hasil TD: 160/90 mmHg. Nadi: 101x/menit, pernapasan: 21x/menit, suhu: 36.8 °Cc, berat badan:57 kg dan tinggi badan:168 cm.

Pemeriksaan fisik merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pemeriksaan secara langsung kepada partisipan penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang tidak sesuai dengan keadaan normal. Dalam metode pemeriksaan fisik ini, peneliti melakukan pemeriksaan meliputi: keadaan umum partisipan dan pemeriksaan head to toe. Pemeriksaan fisik digunakan untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada klien secara komprehensif mulai dari kepala sampai dengan ekstremitas bawah klien, tidak terlihat adanya bagian tubuh yang tidak normal secara keseluruhan dan yang terganggu wajah pasien terlihat lesu, pucat, dan kurang semangat dan nyeri pada ekstremitas klien.

4. Dokumentasi

Dokumentasi pada penelitian ini, peneliti mendapatkan data-data tambahan dari data PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin. Dalam penelitian ini menggunakan dokumen yang terdapat di Panti untuk melihat data pribadi klien, penyakit klien sebelumnya atau penyakit yang menunjang masalah psikologis yang ada pada klien.

F. Jenis Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari hasil wawancara dan observasi secara langsung dengan responden. Data primer diperoleh dari sumber yang primer yaitu sumber pertama dimana sebuah data dihasilkan. Data yang peneliti dapatkan saat pengkajian meliputi:identitas klien dan keluarga, riwayat kesehatan klien, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pola aktifitas sehari-hari, keluhan klien.

2. Data sekunder

Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh dari sumber kedua atau sumber sekunder dari data yang dibutuhkan. Data diperoleh langsung dari pelayanan kesehatan yaitu PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin yaitu validasi jumlah lansia di PSTW, jumlah lansia tiap wisma, identitas klien, alasan klien masuk PSTW, dan riwayat kesehatan klien.

G. Prosedur Pengambilan Data

1. Peneliti meminta surat izin survey awal dari institusi asal peneliti yaitu Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Peneliti mendatangani Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat dan menyerahkan untuk rekomendasi permintaan data untuk mendapatkan surat izin survey data di PSTW Sabai Nan Aluih
3. Peneliti mendatangi PSTW Sabai Nan Aluih dan menyerahkan surat izin survei data dari Dinas Sosial Sumatera Barat

4. Peneliti mendata jumlah lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin ke semua wisma dan didapatkan data bahwa terdapat 110 daya tampung lansia di PSTW Sabai Nan Aluih
5. Peneliti melakukan penjumlahan ulang untuk memastikan kebenaran data jumlah lansia dan terdapat 85 lansia yang berada di tempat pada 14 November 2024.
6. Peneliti mendapatkan populasi yaitu seluruh lansia yang mengalami harga diri rendah situasional berjumlah 11 orang dan memilih sampel dengan kriteria yang telah ditentukan dengan cara teknik *purposive sampling* didapatkan 3 orang. Untuk memilih satu sampel peneliti melakukan teknik simple *random sampling* dengan cara lotre.
7. Peneliti mendatangani lansia yang sudah menjadi sampel tetap untuk memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian kepada responden dan memberikan kesempatan untuk bertanya serta mengontrak waktu.
8. Peneliti meminta surat izin penelitian dari institusi asal peneliti yaitu Kemenkes Poltekkes Padang.
9. Peneliti mendatangi Dinas Sosial Sumatera Barat dan menyerahkan surat rekomendasi penelitian dari kampus Kemenkes Poltekkes Padang.
10. Peneliti mendatangi PSTW Sabai Nan Aluih dan menyerahkan surat izin penelitian dari Dinas Sosial Sumatera Barat.
11. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian kepada responden dan memberikan kesempatan bertanya kepada responden.
12. Peneliti memberikan informed consent kepada responden untuk di tanda tangani.
13. Peneliti melakukan kontrak waktu dengan responden untuk melakukan asuhan keperawatan selama 6 hari format pengkajian asuhan keperawatan gerontik.
14. Peneliti melakukan pemeriksaan fisik secara *head to toe*

15. Peneliti melakukan penegakan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi kepada responden, kemudian peneliti melakukan terminasi serta pendokumentasian.

H. Rencana Analisa

Rencana analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan harga diri rendah situasional pada lansia. Data yang telah didapatkan dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, implementasi sampai evaluasi hasil tindakan yang telah diberikan. Analisis yang dilakukan adalah untuk membandingkan apakah ada kesesuaian antara hasil penelitian yang didapatkan dengan teori lansia harga diri rendah situasional yang ada.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengkajian Keperawatan

Penerapan asuhan keperawatan telah dilakukan kepada klien yaitu Tn.J selama satu minggu yang dimulai pada tanggal 17 Februari 2025 sampai dengan 22 Februari 2025 di wisma Tandikek Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Sumatera Barat. Hasil Penelitian ini meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, sampai dengan evaluasi keperawatan.

Saat dilakukan pengkajian pada hari Senin tanggal 17 Februari 2025 pukul 09.30 WIB didapatkan identitas klien diantaranya, Tn.J berumur 65 tahun, berstatus duda, beragama Islam klien rajin mengerjakan sholat dan percaya kalau setiap manusia akan meninggal, klien bersuku Koto, klien lebih menyukai makanan seperti roti, pendidikan terakhir SD, sumber informasi saat pengkajian adalah klien sendiri, keluarga yang dapat dihubungi adalah anak kandung klien sendiri. Tn.J sekarang menetap di wisma Tandikek.

Saat dikaji didapatkan Tn.J berada di dalam kamar. Tn.J mengatakan bahwa ia tidak nyaman berada di wisma. Tn.J mengatakan dirinya tidak berguna dan tidak berdaya lagi. Tn.J mengatakan sulit untuk bicara(agak pelo) dikarenakan gigi bagian depan klien sudah tidak ada. Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain. Tn.J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata yang ia ucapkan agak tidak jelas . Tn.J mengatakan lebih merasa nyaman di kamar dan memilih sendiri daripada harus bergabung dengan lansia lain. Tn.J tampak berbicara dengan pelan dan tidak jelas. Tn.J tampak menunduk saat diajak berkomunikasi dan tangan Tn.J tampak tremor. Tidak ada kontak mata saat berbicara pada Tn.J. Tn.J tampak lesu dan tidak bersemangat. Tn.J tampak gelisah dan

cemas saat dilakukan pengkajian. Tn.J tampak kurang tertarik untuk berkomunikasi dengan orang lain. Kelopak mata klien tampak menghitam. Klien tampak sering menguap. Tn.J mengatakan sulit tidur. Tn.J mengatakan sering terjaga di tengah malam. Tn.J mengatakan tidak puas tidur. Tn.J mengatakan badannya lemas dan tidak semangat untuk beraktivitas. Tn.J tampak gelisah. Tn.J tampak meringis skala nyeri 2, nyeri kram di otot kaki dan di tangan, nyeri hilang timbul. Klien tampak menunjukkan gejala distres. Klien mengatakan tidak nyaman ketika duduk terlalu lama. Klien mengatakan kaki sering terasa kram. Klien mengatakan sering terbangun di tengah malam untuk BAK. Klien mengatakan adanya lemas dan tidak semangat untuk beraktivitas. Tn.J mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit menular maupun penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, dan lain-lain. Tn.J mengatakan tidak memiliki teman dekat di panti. Masalah yang mempengaruhi klien saat ini klien merasa tidak nyaman dan susah untuk berkomunikasi karena memiliki keterbatasan dalam bicara. Mekanisme coping terhadap masalahnya cukup buruk dimana klien terlihat tidak ada kemauan untuk mengatasi masalahnya dan saat terjadi masalah pasien lebih memilih untuk sendiri dan tidur. Hal yang dipikirkan pasien saat ini pasien ingin bertemu dengan anaknya. Tn. J mengatakan saat ia merasa stress, biasanya ia mengatasinya dengan tidur.

Aktivitas klien selama berada di panti klien makan 3 kali sehari, klien makan biasanya dengan lauk pauk yang disediakan panti setiap harinya. Kebiasaan klien sebelum makan adalah mencuci tangan dan membaca doa' sebelum makan. Nafsu makan klien baik, makanan yang disukai klien adalah roti, klien tidak memiliki alergi terhadap makanan. Berat badan klien 57kg dengan tinggi badan 168 cm. klien BAK(Buang Air Kecil) lebih kurang 5 kali dalam sehari, warna BAK kuning normal, klien mengatakan sering terbangun tengah malam

untuk BAK. Klien BAB(Buang Air Besar) satu kali dalam sehari, warna BAB kuning kecoklatan dengan bau khas BAB dengan konsistensi lembek, klien selalu BAB pada pagi hari. Klien mengatakan tidak memiliki keluhan saat BAB. Klien mengatakan tidak memiliki pengalaman makan laksatif.

Untuk kebersihan diri Tn.J mandi 2x/hari menggunakan sabun, klien menggosok gigi 1x/hari yaitu saat klien mandi di pagi hari, klien keramas 2x dalam sehari yaitu setiap klien mandi, menggunakan shampoo kadang hanya dengan sabun mandi, klien memotong kuku 1 x dalam seminggu. Kualitas tidur klien cukup baik, dimana klien tidur 5-6 jam dalam sehari, namun kadang sering terbangun karena adanya desakan untuk BAK, Tn.J mengatakan tidur siang biasanya 2-3 jam dalam sehari yaitu biasanya setelah makan siang. Klien jarang melakukan olah raga, baik olah raga yang diadakan panti seperti senam ataupun aktivitas olah raga lainnya, klien jarang melakukan sesuatu saat waktu luang, klien lebih memilih untuk tidur, klien juga tidak melakukan aktivitas lain ataupun berkomunikasi bersama penghuni wisma lainnya, selain itu klien mengatakan sulit beraktivitas karena kaki klien sering kram. Klien mengatakan ia tidak merokok, tidak meminum minuman keras, dan tidak ada ketergantungan dengan obat apapun.

Data yang didapatkan dari hasil pemeriksaan fisik adalah Keadaan Umum: klien terlihat letih, terlihat sedih, terlihat murung, dengan tekanan darah 160/90 mmHg, Nadi 101 x/menit, pernapasan 21 x/menit, suhu 36,8°C. Saat diperiksa kepala klien terlihat bersih tidak terlihat adanya rambut rontok, rambut pendek dan tipis, mata klien simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, klien terlihat tidak menggunakan kacamata. Hidung klien simetris, tidak ada pembengkakan sinus, tidak ada lesi tidak ada secret dan tidak ada gangguan penciuman, tidak ada pernapasan cuping hidung. Telinga

pasien simetris, tidak ada serumen, telinga tampak bersih, tidak ada gangguan pendengaran Mulut klien terlihat bersih, mukosa mulut kering, gigi klien tidak lengkap lagi pada bagian depan, tidak sulit dalam mengunyah, tidak sulit menelan. Bibir klien terlihat sedikit kering. Pada leher Tn.J tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan dada klien tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi nafas tambahan .Pada bagian abdomen perut tampak rata, abdomen simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan hepar. Pada ekstremitas atas simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, CRT <2 detik, akral hangat, fungsi pergerakan sedikit terganggu karena tangan kiri lemah, pada ekstremitas bawah bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, CRT <2 detik, akral hangat, fungsi pergerakan sedikit terganggu karena kaki kiri lemah.

Data yang diperoleh dari hasil pengkajian status mental klien adalah Saat dilakukan pengkajian, klien dapat menyebutkan bulan dan tahun pada saat ditanya tetapi lupa tanggal, klien mengetahui tempat dimana dia sekarang, pasien tau nama nama peneliti walau klien sering sendiri-sendiri. Daya ingat Tn.J masih kuat dan bisa mengingat masalalu klien. Saat berkomunikasi pasien cukup kooperatif namun, klien berbicara dengan nada suara yang lambat dan pelan, serta tidak mau memulai pembicaraan terlebih dahulu. Klien mengatakan perasaan nya sedih, tidak ada yang mengharapkan keberadaanya karena menganggap dirinya tidak berarti, dan tidak mampu melakukan apapun. Afek klien selama berkomunikasi datar, seperti tidak ada semangat dan motivasi saat berbicara, tampak tidak tenang, gelisah,cemas, dan menjawab seadanya. Selama proses berkomunikasi kontak mata klien kurang, klien lebih banyak menundukan kepala dan tidak mau menatap mata lawan bicaranya saat pembicaraan berlangsung, serta kadang klien terlihat seperti takut dengan kedatangan orang kedalam wisma karena pasien takut orang tersebut mendengar pembicaraannya. Saat berkomunikasi klien mengatakan bahwa tidak ada orang yang mau

berteman dengannya, dia merasa dirinya tidak berarti, dan tidak berguna. Proses pikir pas klien ien saat berkomunikasi cukup baik, dimana pembicaraan klien sesuai dengan yang ditanyakan. Pada pola pikir klien, klien mengatakan klien takut untuk berkomunikasi dengan teman lain karena ucapannya yang tidak jelas. Klien tidak mengalami gangguan dalam daya ingat baik dalam jangka panjang ataupun jangka pendek. Klien mampu mengingat siapa yang mengantarnya ke PSTW dan mengapa dia bisa di masukan dalam PSTW, serta mampu mengingat nama peneliti saat peneliti kembali mengunjungi klien.

Data yang diperoleh peneliti dari pengkajian status kemandirian, psikologis dan harga diri rendah pada klien yaitu, status kemandirian Tn.J dengan kriteria mandiri dalam melakukan aktivitas makan seperti mandiri dalam makan sendiri, mandiri dalam berpindah tempat, mandiri dalam berpakaian dan melakukan aktivitas mandi, klien mandiri dalam merapikan kamar, namun sedikit kesulitan dan malas dalam membersihkan tempat tidur. Pada data psikologis klien mengatakan kurang puas dengan dengan kehidupannya, sering merasa bosan dan kosong, klien merasa kurang semangat dalam beraktivitas, sering merasa takut, tidak berdaya dan tidak berharga, klien lebih banyak berada di dalam kamar, merasa kehidupannya sekarang kurang menyenangkan, dan merasa kehidupan orang lain lebih baik daripada kehidupannya. Dari hasil pengkajian harga diri rendah klien mengatakan tidak berharga atau tidak berguna, klien merasa malu dengan kondisinya yang berbicara tidak jelas, klien sulit mengambil keputusan dan mengatakan lebih memilih berdiam diri dan menghindari interaksi, klien mengatakan sering terbangun di tengah malam dan klien sering bermenung di ujung wisma sendiri.

Data yang diperoleh dari hasil pengkajian penataan lingkungan yaitu, Kamar Tn.J terlihat tidak tertata baik dimana barang-barang klien tidak tersusun rapi dan tidak berada pada tempatnya, ada jendela yang

menghadap ke taman tapi sering tertutup Kamar Tn.J tidak terlihat bersih dan rapi. Kamar Tn.J mendapatkan penerangan dari jendela yang ada di kamarnya pada saat siang hari namun jarang dibuka, dan pada malam hari bersumber dari lampu bohlam. Sirkulasi udara di kamar pasien tidak cukup baik karena ventilasi udara tidak digunakan dengan baik, ventilasi udara di dalam kamar hanya berasal dari jendela namun jarang dibuka. Halaman wisma bersih dan asri dan terdapat taman yang dihiasi dengan beberapa bunga , halaman wisma juga terdapat kursi untuk bersantai Tn.J dan teman-teman sewismanya. Kamar mandi dalam wisma berlantai keramik dan tidak licin. Pembuangan air kotor ke selokan belakang wisma. Sumber air minum di wisma dari air yang sudah direbus oleh pihak panti. Sampah di wisma dibuang di tempat sampah. Terdapat sumber pencemaran di wisma yaitu dari beberapa penghuni panti yang malas membersihkan kamar jika setelah BAK sembarangan, sehingga ruang tengah wisma berbau pesing, dan juga berasal dari sampah yang ditumpuk.

2. Analisa Data

a. Data subjektif

Tn.J mengatakan dirinya tidak berguna dan tidak berdaya lagi karena sulit untuk bicara(agak pelo). Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain. Tn.J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata yang ia ucapkan agak tidak jelas . Tn.J mengatakan lebih merasa nyaman di kamar dan memilih sendiri daripada harus bergabung dengan lansia lain.

b. Data Objektif

Tn.J berbicara pelan dan tidak jelas. Tn.J lebih banyak menunduk saat berjalan dan saat berkomunikasi. Postur tubuh klien lebih banyak menunduk. Tidak ada kontak mata klien saat diajak berkomunikasi. Klien terlihat lesu dan tidak bersemangat. Tekanan

Darah pasien 160/90 mmHg dengan nadi 101 kali/menit, reguler, respirasi 21 kali/menit, suhu tubuh pasien 36.8°C.

Masalah: Dari data diatas maka munculah masalah Harga Diri Rendah Situasional Bd Perubahan Peran Sosial

c. Data Subjektif:

Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain. Tn.J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata yang ia ucapkan agak tidak jelas . Tn.J mengatakan tidak nyaman berada di wisma. Klien mengatakan tidak memiliki teman dekat di wisma.

d. Data Objektif

Tn.J terlihat tidak tertarik untuk berbicara dengan orang lain. Klien terlihat susah untuk bicara, kontak mata klien kurang baik saat berkomunikasi, klien tampak gelisah dan cemas saat diajak berkomunikasi, klien tampak lesu dan tidak bersemangat

Masalah: Dari data diatas maka munculah masalah Gangguan Interaksi Sosial Bd Ketiadaan Orang Terdekat

e. Data Subjektif

Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain, klien mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya, klien mengatakan tidak berdaya saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya, dan klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun.

f. Data Objektif

Tn.J tampak gelisah, tampak cemas dan klien tampak lebih banyak menunduk saat berjalan dan berkomunikasi. Tidak ada kontak mata klien saat diajak berkomunikasi, tangan Tn.J tampak tremor, tampak pucat dan suaranya bergetar saat bicara. Kelopak mata klien tampak menghitam. Tekanan Darah klien 160/90 mmHg dengan nadi 101 kali/menit, reguler, respirasi: 21 kali/menit, dan suhu tubuh 36.8°C.

Masalah: dari data diatas maka munculah masalah Ansietas Bd Krisis Situasional

3. Diagnosis Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang dilakukan oleh peneliti kepada klien lalu dilakukan penganalisaan data dan didapatkan tiga prioritas masalah yang diangkat untuk dilakukan asuhan keperawatan kepada klien, diantaranya sebagai berikut:

- a. **Harga diri rendah situasional bd perubahan peran sosial** yang disebabkan karena terjadinya perubahan peran sosial pada usia lansia, dengan data subjektif, Tn.J mengatakan dirinya tidak berguna dan tidak berdaya lagi karena sulit untuk bicara(agak pelo). Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain. Tn.J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata yang ia ucapkan agak tidak jelas . Tn.J mengatakan lebih merasa nyaman di kamar dan memilih sendiri daripada harus bergabung dengan lansia lain. Data Objektif, Tn.J berbicara pelan dan tidak jelas. Tn.J lebih banyak menunduk saat berjalan dan saat berkomunikasi. Postur tubuh klien lebih banyak menunduk. Tidak ada kontak mata klien saat diajak berkomunikasi. Klien terlihat lesu dan tidak bersemangat. Tekanan Darah klien 160/90 mmHg dengan nadi 101 kali/menit, reguler, respirasi 21 kali/menit, suhu tubuh klien 36.8°C.

- b. **Gangguan interaksi sosial bd ketiadaan orang terdekat** yang disebabkan karena ketiadaan orang terdekat, dengan data subjektifnya, Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain. Tn.J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata yang ia ucapkan agak tidak jelas . Tn.J mengatakan tidak nyaman berada di wisma. Klien mengatakan tidak memiliki teman dekat di wisma. Dan data objektifnya, Tn.J terlihat tidak tertarik untuk berbicara dengan orang lain. Klien terlihat susah untuk bicara, kontak mata klien kurang baik saat berkomunikasi, klien tampak gelisah dan cemas saat diajak berkomunikasi, klien tampak lesu dan tidak bersemangat.
- c. **Ansietas yang disebabkan oleh krisis situasional** dengan data subjektifnya, klien Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain, klien mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya, klien mengatakan tidak berdaya saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya, dan klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun. Sedangkan data objektifnya, Tn.J tampak gelisah, tampak cemas dan klien tampak lebih banyak menunduk saat berjalan dan berkomunikasi. Tidak ada kontak mata klien saat diajak berkomunikasi, tangan Tn.J tampak tremor, tampak pucat dan suaranya bergetar saat bicara.Tekanan Darah klien 160/90 mmHg dengan nadi 101 kali/menit, reguler, respirasi: 21 kali/menit, dan suhu tubuh 36.8°C.

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan dengan menentukan kriteria hasil dan rencana kegiatan yang dilakukan. Intervensi keperawatan yang disusun pada Tn.J berdasarkan SLKI dan SIKI. Berikut adalah intervensi keperawatan pada Tn.J:

a. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan pada peran sosial

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah harga diri meningkat dengan kriteria hasil, penilaian diri positif meningkat, perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat, konsentrasi meningkat, kontak mata meningkat, kemampuan membuat keputusan meningkat, perasaan malu menurun, perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun.

Perencanaan intervensi keperawatan SIKI yaitu monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri, mendiskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri, menganjurkan pasien untuk mempertahankan kontak mata, memberikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien, melatih pasien cara berfikir dan berperilaku positif, menjelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu, menganjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami, anjurkan meningkatkan aktifitas fisik yang dapat dilakukan, lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber stres, hindari sikap berdebat dan mengancam pada klien, hindari bersikap menyudutkan klien.

b. Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah interaksi sosial meningkat dengan kriteria hasil, perasaan nyaman

dengan situasi sosial meningkat, perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan meningkat, responsif pada orang lain meningkat, minat melakukan kontak emosi maningkat, kontak mata meningkat, ekspresi wajah responsif meningkat, gejala cemas menurun.

Perencanaan intervensi keperawatan SIKI yaitu mengidentifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain dan hambatan melakukan interaksi dengan orang lain, memotivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan, memotivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok dan berinteraksi dengan sesama, menganjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap, menjelaskan tujuan melatih keterampilan sosial, menganjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami.

c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, kontak mata membaik.

Perencanaan intervensi keperawatan SIKI yaitu mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan, memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, melatih teknik relaksasi.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah di

rumuskan. Implementasi dilakukan selama 5 hari dari tanggal 18 Februari sampai dengan 22 Februari 2025 untuk diagnosis:

- a. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada peran sosial** adalah memonitor tanda-tanda vital klien, mengidentifikasi masalah yang dialami klien, mengidentifikasi penyebab klien mengalami HDR, mengidentifikasi kemampuan yang masih bisa dilakukan klien saat itu, memonitor aktivitas pasien di wisma, mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan ,menganjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih). Mendiskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri dengan melakukan pekerjaan yang bermanfaat seperti menyapu, melipat pakaian, membersihkan barang yang berantakan, memotivasi klien untuk mempertahankan kontak mata. Memberikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien. Menganjurkan membuka diri terhadap kritik negatif, memfasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih. Memonitor aktivitas klien di wisma . Mengajak klien berinteraksi dengan lansia lainnya, mengajak dan mendorong klien untuk membersihkan tempat tidur, meningkatkan kepercayaan pasien bahwa klien bisa melakukan hal yang sama dengan lansia lainnya. Mengajak dan mendorong klien untuk merapikan barang yang berserakan.

- b. Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat** adalah: mengidentifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain, mengidentifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain, mengidentifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial , menjelaskan tujuan melatih keterampilan social, menganjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami,

memotivasi klien agar mampu berkomunikasi dengan baik yaitu dengan mengangkat wajah saat berbicara. Menganjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami. Mendiskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain, menganjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap, memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan, menjelaskan kepada klien bahwa kritikan adalah hal baik untuk memperbaiki diri sendiri. Mengajak berinteraksi dengan lansia lainnya. Mendorong klien untuk lebih meningkatkan volume suaranya saat berbicara.

c. **Ansietas berhubungan dengan krisis situasional** adalah mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan, memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, mengidentifikasi situasi yang membuat ansietas. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, melakukan pendekatan kepada pasien kecemasan untuk mengurangi, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, memberikan motivasi kepada pasien untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya. Menggali hal positif pada pasien setiap kali pertemuan dengan lansia, melatih teknik relaksasi, mengajak klien untuk berinteraksi dengan lansia lainnya.

6. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada klien selama 5 hari yang didapatkan yaitu:

a. **Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada peran sosial**

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis **Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh** mulai teratasi pada hari keempat. Hal ini ditunjukkan pada hari pertama hingga hari ketiga klien mengatakan bahwa ia tidak nyaman berada di wisma, tidak berguna dan takut tidak diterima saat berkomunikasi dengan teman yang lain. Klien tampak berbicara dengan pelan dan tidak jelas, tampak menunduk saat diajak berkomunikasi, tidak ada kontak mata saat berbicara pada Tn.J dan tampak lesu dan tidak bersemangat. Di hari kelima saat dilakukan evaluasi berdasarkan daftar tilik HDR klien mengatakan bahwa ia mulai berbaur dengan teman lain, mulai bisa berkomunikasi dengan baik, dan mengatakan rasa takutnya sedikit berkurang saat berkomunikasi dengan teman yang lain. Klien mengatakan bahwa ia tidak merasa malu lagi, sudah bisa mengambil keputusan, sudah tidak mengkritik diri sendiri lagi. Tn.J tampak berbicara dengan mulai jelas, tampak tidak menunduk saat diajak berkomunikasi, kontak mata Tn.J sedikit membaik, mulai tampak bersemangat dan tidak murung lagi. Jadi setelah dilakukan implementasi klien berada pada skor 1 sedangkan sebelum dilakukan implementasi klien berada pada skor 7 jadi masalah teratasi sebagian dengan kemungkinan HDR

b. **Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat**

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis **Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat** mulai teratasi pada hari keempat. Hal ini ditunjukkan pada hari pertama hingga hari ketiga klien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya saat ini, tidak memiliki teman ataupun

orang terdekat , dan susah untuk berkomunikasi dengan teman lainnya. Klien terlihat tidak tertarik untuk berbicara dengan orang lain, terlihat susah untuk bicara, dan kontak mata klien kurang baik saat berkomunikasi.Sedangkan pada hari keempat klien mengatakan mulai nyaman dengan kondisinya saat ini, memiliki 1 orang teman, dan mulai sedikit lancar untuk berkomunikasi dengan teman lainnya. Klien tampak mulai bersemangat untuk bercerita, tampak mulai lancar, dan kontak mata klien sedikit membaik saat berkomunikasi. Jadi setelah dilakukan implementasi klien berada pada skor 1 sedangkan sebelum dilakukan implementasi klien berada pada skor 5 jadi masalah teratas sebagian

c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis **Ansietas berhubungan dengan krisis situasional** mulai teratas pada hari keempat. Hal ini ditunjukkan pada hari pertama hingga hari ketiga klien mengatakan takut dan cemas saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain, tidak mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya, dan tidak berdaya saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya. Klien tampak gelisah, tampak cemas, tampak banyak menunduk, Kontak mata Tn.J kurang, dan tangan Tn.J tampak tremor. Sedangkan pada hari keempat klien mengatakan takut dan cemasnya sedikit berkurang saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain, mulai mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya, mulai bisa saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya. Gelisah Tn.J tampak sedikit berkurang, tampak mulai menegakkan kepala saat bicara, kontak mata Tn.J sedikit membaik, dan tangan Tn.J tampak sudah tidak tremor.

Jadi setelah dilakukan implementasi klien berada pada skor 1(Tidak mengalami kecemasan) sedangkan sebelum dilakukan implementasi klien berada pada skor 14 (Kecemasan ringan) jadi masalah teratasi.

B. Pembahasan Kasus

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn.J berusia 65 tahun dengan masalah Harga Diri Rendah Situasional di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin, maka BAB ini peneliti akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan hasil yang ditemukan dalam perawatan lansia dengan Harga Diri Rendah Situasional. Pembahasan ini sesuai dengan tahapan proses keperawatan yang dimulai dengan pengkajian, penegakan diagnosis, membuat intervensi, melakukan implementasi, dan evaluasi keperawatan. Telah dilakukan asuhan keperawatan mulai tanggal 17 februari 2025 - 22 februari 2025 di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin yang dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien.

Keluhan Utama : saat dikaji didapatkan Tn.J berada di dalam kamar. Tn.J mengatakan bahwa ia tidak nyaman berada di wisma. Tn.J mengatakan dirinya tidak berguna dan tidak berdaya lagi. Tn.J mengatakan sulit untuk bicara(agak pelo) dikarenakan gigi bagian depan klien sudah tidak ada. Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain. Tn.J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata yang ia ucapkan agak tidak jelas. Tn.J mengatakan lebih merasa nyaman di kamar dan memilih sendiri daripada harus bergabung dengan lansia lain. Tn.J tampak berbicara dengan pelan dan tidak jelas. Tn.J tampak menunduk saat diajak berkomunikasi dan tangan Tn.J tampak tremor. Tidak ada

kontak mata saat berbicara pada Tn.J. Tn.J tampak lesu dan tidak bersemangat. Tn.J tampak gelisah dan cemas saat dilakukan pengkajian. Tn.J tampak kurang tertarik untuk berkomunikasi dengan orang lain. Kelopak mata klien tampak menghitam.Klien tampak sering menguap.Tn.J mengatakan sulit tidur. Tn.J mengatakan sering terjaga di tengah malam. Tn.J mengatakan tidak puas tidur. Tn.J mengatakan badannya lemas dan tidak semangat untuk beraktivitas. Tn.J tampak gelisah. Tn.J tampak meringis skala nyeri 2,nyeri kram di otot kaki dan di tangan, nyeri hilang timbul. Klien tampak menunjukan gejala distres. Klien mengatakan tidak nyaman ketika duduk terlalu lama. Klien mengatakan kaki sering terasa kram. Klien mengatakan sering terbangun di tengah malam untuk BAK. Klien mengatakan adannya lemas dan tidak semangat untuk beraktivitas. Tn.J mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit menular maupun penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, dan lain-lain. Tn.J mengatakan tidak memiliki teman dekat di panti.

Hal ini sesuai dengan teori menurut Agung pada tahun 2022 dalam bukunya yang berjudul Buku Ajar Psikososial dalam Budaya Keperawatan yang menyatakan keluhan pada lansia dengan harga diri rendah misalnya susah tidur, penglihatan kabur/kurang jelas, ingatan mudah lupa, dan lain-lain. Umumnya pasien dengan harga diri rendah merasa malu,tidak berdaya,menyusahkan orang lain,putus asa,merasa tidak dapat memenuhi kewajibannya lagi ⁵.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian dari Nurmayunita yang berjudul Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Harga Diri Lansia Yang Tinggal Di Panti Jompo Pada Tahun 2021 dijelaskan bahwa lansia yang mengalami harga diri rendah memiliki perasaan malu, kurang percaya diri, minder, tidak berguna, rendah diri, tidak mampu, tidak sempurna, menyalahkan diri, menarik diri dan keinginan yang tidak

tercapai, seperti keinginan untuk kembali berkumpul dengan teman-teman dan keinginan untuk dapat melakukan aktivitas yang sebelumnya dapat dilakukan³⁵. Hasil ini juga didukung oleh hasil penelitian Eka Budiarto et. al., yang berjudul Harga Diri Rendah Situasional:Studi Deskriptif Tahun 2021 yaitu seseorang yang mengalami harga diri rendah situasional selalu menilai dirinya memiliki keterbatasan untuk mengambil keputusan akibat perasaan takut gagal dalam berhubungan sosial ³⁶. Dalam jurnal yang dijelaskan oleh Heni Yurmanita yang berjudul Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Harga Diri Lansia Yang Tinggal Di Pondok Lansia dijelaskan bahwa memasuki usia tua individu mulai menarik diri dari masyarakat, sehingga memungkinkan individu untuk fokus dengan dirinya. Perubahan psikis lansia dapat menyebabkan kemunduran dalam berinteraksi sosial yang dibuktikan dengan lansia yang mengalami perasaan rendah diri, merasa bersalah, atau merasa tidak berguna, akan membuat lansia tidak berminat untuk interaksi sosial dengan lingkungan sekitar ³⁵.

Analisis peneliti adanya kesinambungan antara teori dan hasil penelitian sebelumnya dengan kejadian yang dialami Tn.J. Pada umumnya lansia yang mengalami harga diri rendah disebabkan karena adanya kemunduran fisik yang membuat lansia merasa tidak berharga dan merasa malu dengan keadaannya. Lansia yang mengalami harga diri rendah sering mengalami susah tidur dan tidak mau berinteraksi dengan sesama.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan peneliti terhadap klien ditemukan beberapa diagnosis keperawatan yang muncul yaitu Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada peran sosial, Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat, Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Tahun 2018 diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada lansia dengan Harga diri rendah situasional yaitu:

- a. Harga diri rendah situasional bd perubahan peran sosial
- b. Ketidakberdayaan bd interaksi interpersonal tidak memuaskan
- c. Gangguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh
- d. Ansietas bd krisis situasional
- e. Penampilan peran tidak efektif b.d perubahan peran
- f. Isolasi sosial b.d perubahan penampilan fisik
- g. Gangguan Interaksi Sosial bd ketiadaan orang terdekat
- h. Gangguan mobilitas fisik bd penurunan kekuatan otot³¹

- a. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada peran sosial** ditandai dengan data subjektif, Tn.J mengatakan dirinya tidak berguna dan tidak berdaya lagi karena sulit untuk bicara(agak pelo). Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain. Tn.J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata yang ia ucapkan agak tidak jelas . Tn.J mengatakan lebih merasa nyaman di kamar dan memilih sendiri daripada harus bergabung dengan lansia lain. Sedangkan data objektif, Tn.J berbicara pelan dan tidak jelas. Tn.J lebih banyak menunduk saat berjalan dan saat berkomunikasi. Postur tubuh klien lebih banyak menunduk. Tidak ada kontak mata klien saat diajak berkomunikasi. Klien terlihat lesu dan tidak bersemangat. Tekanan Darah klien 160/90 mmHg dengan nadi 101 kali/menit, reguler, respirasi 21 kali/menit, suhu tubuh klien 36.8°C.

Berdasarkan hasil yang sudah didapatkan ini juga sudah sesuai dengan teori pada buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia pada Tahun 2018 harga diri rendah situasional adalah evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau ketidakmampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini. Berdasarkan hasil data yang didapat yang diambil penulis susah sesuai dengan buku SDKI yang sangat mendukung untuk menegakkan diagnosa harga diri rendah situasional dengan data subjektif: menilai diri negatif (mis: tidak berguna, tidak tertolong), merasa malu/bersalah, melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri, menolak menilaian positif tentang diri sendiri. Dengan data objektif: berbicara pelan dan lirih, menolak berinteraksi dengan orang lain, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk³¹

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Pebriyani yang berjudul asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah situasional di Kabupaten Banyumas Tahun 2022 didapatkan keluhan : klien mengatakan merasa tidak berguna dan merepotkan anak anaknya karena sudah tidak mampu lagi untuk beraktivitas dan membantu anaknya. Klien mengatakan badannya sering lelah dan semua kebutuhannya ditanggung oleh anaknya, Klien mengatakan tidak berguna dan tidak tau bagaimana penyelesaian masalahnya karena sudah tua dengan data objektifnya, nada bicara pasien pelan dan lebih banyak diam, pasien terlihat lemah, dan lesu. Pasien tampak lebih sering menunduk, pasien bicara dengan pelan dan lebih banyak diam³⁷. Hasil ini juga didukung oleh hasil penelitian dari Atikah Fatmawati yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Harga Diri Rendah Tahun 2021 didapatkan keluhan: klien mengatakan malu dengan fisiknya dengan data objektifnya kontak mata yang kurang, klien tampak lesu dan tidak percaya diri, dan klien tidak mau berinteraksi dengan orang lain³⁸. Pada hasil penelitian dari Syafitri yang berjudul Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . A Dengan Masalah Harga Diri Rendah

Tahun 2020 didapatkan keluhan: Klien mengatakan tidak percaya dengan kemampuan diri sendiri, klien merasa tidak berguna karena tidak dapat membantu keluarga, dan merasa minder karena keadaannya yang sekarang. Dengan data objektifnya klien tampak murung, klien tampak banyak diam, kontak mata kurang, klien tampak tidak percaya diri saat wawancara³⁹ .

Analisis peneliti hasil yang didapatkan sudah sesuai dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan klien dengan harga diri rendah biasanya mengeluh tidak berguna, merasa malu, dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain. Klien dengan harga diri rendah ini sering berbicara dengan nada pelan, sering menunduk, dan tampak lesu. Oleh karena itu peneliti mengangkat diagnosa **Harga Diri Rendah Situasional Bd Perubahan peran sosial** dengan memperhatikan tanda gejala mayor dan minor.

- b. **Gangguan interaksi sosial yang disebabkan karena ketiadaan orang terdekat**, dengan data subjektifnya, Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain. Tn.J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata yang ia ucapkan agak tidak jelas . Tn.J mengatakan tidak nyaman berada di wisma. Klien mengatakan tidak memiliki teman dekat di wisma. Sedangkan data objektifnya, Tn.J terlihat tidak tertarik untuk berbicara dengan orang lain. Klien terlihat susah untuk bicara, kontak mata klien kurang baik saat berkomunikasi, klien tampak gelisah dan cemas saat diajak berkomunikasi, klien tampak lesu dan tidak bersemangat.

Berdasarkan hasil yang sudah didapatkan pada klien ini sudah sesuai dengan teori pada buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia pada tahun 2018 yaitu gangguan interaksi sosial sebagai kuantitas dan/atau kualitas sosial yang kurang atau berlebih. Berdasarkan hasil data yang didapat yang diambil peneliti sudah sesuai dengan buku SDKI yang

sangat mendukung untuk menegakkan diagnosa gangguan interaksi sosial dengan data subjektif: merasa tidak nyaman dengan situasi sosial , merasa sulit menerima atau mengkomunikasikan perasaan. Dengan data objektif: kurang responsif atau tertarik pada orang lain, tidak berminat melakukan kontak emosi dan fisik³¹.

Hasil ini sudah sejalan dengan jurnal dari Setiani Rotua Sinaga yang berjudul Hubungan interaksi sosial ke rumah lansia dalam mengurangi rasa kesepian tahun 2020 dijelaskan lansia mengalami masalah gangguan interaksi sosial sering merasa kesepian, tidak dapat menemukan siapapun untuk diajak bicara, merasa orang lain tidak cukup peduli, dan merasa terisolasi secara sosial. Hal ini dipengaruhi oleh menurunnya kondisi fisik lansia akibat proses degeneratif, sehingga lansia tidak mampu berperan aktif dalam aktivitas masyarakat sekitar, sebagian lansia mengalami keterbatasan pada fisik ⁴⁰. Dan hasil penelitian ini sudah sesuai dengan hasil penelitian dari Trisnawati yang berjudul Hubungan Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia di BPLU Senja Cerah Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2020 dijelaskan pertambahan usia lansia dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik, mental, serta perubahan kondisi sosial yang dapat mengakibatkan penurunan pada peran-peran sosialnya. Selain itu, dapat menurunkan derajat kesehatan, kehilangan pekerjaan dan dianggap sebagai individu yang tidak mampu. Hal ini akan mengakibatkan lansia secara perlahan menarik diri dari hubungan dengan masyarakat sekitar sehingga dapat mempengaruhi interaksi sosial. Berkurangnya interaksi sosial pada lansia dapat menyebabkan perasaan terisolir, sehingga lansia menyendiri ⁴¹.Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian dari Dian Dwiana Maydinar yang berjudul Interaksi sosial dengan kualitas hidup lansia di wilayah kerja puskesmas kecamatan kedurang Tahun 2024 dijelaskan interaksi sosial dipengaruhi oleh menurunnya kesehatan fisik pada lansia dan riwayat penyakit yang dialami lansia seperti riwayat penyakit seperti rematik, asam urat, hipertensi,

penglihatan kurang. Lansia lebih memilih diam dirumah dan jarang melakukan kegiatan di luar rumah sehingga lansia mengalami kesepian dan perlahan menarik diri dari lingkungan⁴².

Analisis peneliti hasil yang didapatkan sudah sesuai dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan klien dengan gangguan interaksi sosial biasanya takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain, tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena adanya kemunduran fisik yang dialami, dan mengeluh tidak memiliki teman. Oleh karena itu peneliti mengangkat diagnosa kedua sesuai dengan hasil prioritas yaitu **Gangguan Interaksi Sosial Bd Ketidaaan Orang Terdekat** dengan memperhatikan tanda gejala mayor dan minor.

C. Ansietas yang disebabkan oleh krisis situasional dengan data subjektifnya, Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain, klien mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya, klien mengatakan tidak berdaya saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya, dan klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun. Sedangkan data objektifnya, Tn.J tampak gelisah, tampak cemas dan klien tampak lebih banyak menunduk saat berjalan dan berkomunikasi. Tidak ada kontak mata klien saat diajak berkomunikasi, tangan Tn.J tampak tremor, tampak pucat dan suaranya bergetar saat bicara. Tekanan Darah klien n 160/90 mmHg dengan nadi 101 kali/menit, reguler, respirasi: 21 kali/menit, dan suhu tubuh 36.8°C.

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan sudah sesuai dengan teori pada Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Tahun 2018 Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi

ancaman dengan data subjektif: merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentasi. Dengan data objektif: tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur ³¹.

Hasil yang peneliti dapatkan sudah sesuai dengan hasil penelitian dari Arya Ramadia et al., yang berjudul Hubungan Ansietas Dengan Kualitas Tidur Lansia Di Wilayah Kerja Uptd Puskesmas Pekan Heran Indragiri Hulu Tahun 2023 dijelaskan tanda dan gejala ansietas menurut yakni pasien tidak nafsu makan, mengalami konstipasi, gelisah, berkeringat, sakit kepala dan sulit tidur, lelah, sulit berfikir, mudah lupa, merasa tidak berharga, merasa tidak bahagia, sedih dan sering menangis, sulit menikmati kegiatan harian, berfokus pada apa yang menjadi perhatian, ketakutan atas sesuatu yang tidak spesifik. Ansietas dapat menyebabkan lansia mengalami sulit tidur sehingga berpengaruh pada kualitas hidup lansia ⁴³. Dan sesuai dengan hasil penelitian dari Gusti Agung Tresna Wicaksana et al., yang berjudul Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ansietas Lansia Pada Tahun 2021 dijelaskan lansia dengan gejala ansietas cenderung menunjukkan tingkat otonomi yang lebih rendah, kehilangan kemampuan visual dan pendengaran, ketidakseimbangan mental, gangguan kognitif, gangguan kesehatan fisik, kualitas hidup yang rendah dan peningkatan risiko kematian. Hal yang menarik bahwa insiden tersebut bahkan lebih banyak terjadi pada lansia di institusi/panti werdha ⁴⁴. Hal ini didukung oleh hasil penelitian dari Nova Beba yang berjudul Penerapan Terapi Diversional untuk Menurunkan Kecemasan Pada Lansia Tahun 2020 yaitu lansia dengan ansietas sering kali terlihat gelisah dan sulit tidur ⁴⁵.

Analisis peneliti hasil yang didapatkan sudah sesuai dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan klien dengan ansietas biasanya mengeluh sulit tidur dan merasa cemas ketika ingin memulai hal baru. Dan klien dengan ansietas ini tampak gelisah dan banyak menunduk ketika diajak untuk berkomunikasi. Oleh karena itu peneliti

mengangkat diagnosa ketiga sesuai dengan hasil prioritas yaitu **Ansietas Bd Krisis Situasional** dengan memperhatikan tanda gejala mayor dan minor.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan gerontik adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang berguna untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah lansia²¹

a. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan peran sosial

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah harga diri meningkat dengan kriteria hasil, penilaian diri positif meningkat, perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat, konsentrasi meningkat, kontak mata meningkat, kemampuan membuat keputusan meningkat, perasaan malu menurun, perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun³³. Perencanaan intervensi keperawatan (SIKI) yaitu Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri, mendiskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri, menganjurkan pasien untuk mempertahankan kontak mata, memberikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien, melatih pasien cara berfikir dan berperilaku positif, menjelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu, menganjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami, anjurkan meningkatkan aktifitas fisik yang dapat dilakukan, lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber stres, hindari sikap berdebat dan mengancam pada klien, hindari bersikap menyudutkan klien³².

Strategi yang disusun peneliti sudah sesuai dengan hasil penelitian dari Syafitri yang berjudul Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . A Dengan Masalah Harga Diri Rendah Pada Tahun

2020 dijelaskan intervensi untuk harga diri rendah pada lansia dapat dilakukan dengan tindakan keperawatan generalis yang diberikan pada pasien dengan harga diri rendah situasional adalah melatih pasien untuk mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki pasien dan melatih kemampuan positif yang dimiliki pasien tersebut. Selain tindakan keperawatan generalis, ada juga tindakan keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada pasien dengan harga diri rendah situasional³⁹. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian dari Ira Oktavian Siagian et al., yang berjudul Efektifitas Logoterapi terhadap Harga Diri Rendah Situasional Pada Tahun 2022 dijelaskan harga diri rendah pada lansia juga dapat diatasi dengan logoterapi pada prinsipnya mengajarkan manusia untuk bertanggung jawab. Individu bertanggung jawab atas kehidupan dalam pekerjaan, cinta, atau penderitaan. Intervensi logoterapi akan membantu individu menemukan dan memenuhi makna hidupnya. Individu yang telah menemukan makna hidup akan menjadi lebih berarti, berharga dan bahagia. Pemberian logoterapi selama delapan kali pertemuan pada mahasiswa terbukti efektif meningkatkan meningkatkan harga diri⁴⁶. Strategi penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian dari Dewi Narullita yang berjudul Pengaruh *Life Review Therapy* Terhadap Harga Diri Rendah Lansia Di Kabupaten Bungo Pada Tahun 2020 dijelaskan bahwa harga diri rendah pada lansia juga dapat diatasi dengan terapi *life review* yaitu pendekatan terapi yang membantu individu, terutama lansia, untuk merefleksikan dan mengevaluasi pengalaman hidup masa lalu mereka. Proses ini melibatkan mengingat, menceritakan, dan memberikan makna pada peristiwa-peristiwa penting dalam kehidupan seseorang, yang dapat membantu meningkatkan harga diri, mengurangi depresi, dan memberikan rasa kepuasan terhadap hidup. Dengan merefleksikan pengalaman positif dan pencapaian dalam hidup, individu dapat membangun kembali rasa percaya diri dan harga diri yang

mungkin telah menurun seiring dengan usia atau peristiwa hidup yang sulit⁴⁷.

Hasil analisis peneliti terdapat kesesuaian strategi yang peneliti susun dengan hasil penelitian dan teori yaitu dengan menggali hal-hal positif yang klien mampu, memberikan pengalaman yang bisa meningkatkan harga diri klien, mengevaluasi pengalaman positif masa lalu klien, dan melatih klien untuk bertanggung jawab melakukan hal-hal positif.

b. Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah interaksi sosial meningkat dengan kriteria hasil, perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat, perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan meningkat, responsif pada orang lain meningkat, minat melakukan kontak emosi maningkat, kontak mata meningkat, ekspresi wajah responsif meningkat, gejala cemas menurun³³. Perencanaan intervensi keperawatan SIKI yaitu mengidentifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain dan hambatan melakukan interaksi dengan orang lain, memotivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan, memotivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok dan berinteraksi dengan sesama, menganjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap, menjelaskan tujuan melatih keterampilan sosial, menganjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami³².

Strategi yang peneliti susun sudah sejalan dengan hasil penelitian Setiani Rotua Sinaga et al., yang berjudul Hubungan interaksi sosial ke rumah lansia dalam mengurangi rasa kesepian Pada Tahun 2022 menyatakan bahwa interaksi sosial dengan

bersosialisasi dapat menjadi solusi untuk menurunkan rasa tidak berharga pada lansia⁴⁰. Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian Edi Iskandar yang berjudul Edukasi interaksi sosial pada keluarga lansia sebagai upaya peningkatan kualitas hidup lansia Pada Tahun 2024 dijelaskan bahwa intervensi untuk gangguan interaksi pada lansia dapat dilakukan dengan edukasi interaksi sosial sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan untuk meningkatkan pemahaman lansia akan pentingnya berinteraksi dengan sesama⁴⁸. Pada hasil penelitian oleh Sri Setyowati yang berjudul Hubungan Dukungan dan Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia Pada Tahun 2023 dijelaskan bentuk intervensi yang dapat dilakukan yaitu dengan memberikan dukungan berupa dukungan emosional, penghargaan, informasi dan instrumental. Seperti memberikan dukungan kepada lansia untuk mengungkapkan perasaan sedih, senang, cemas, dan marah ataupun memberikan dukungan kepada lansia untuk berani memulai interaksi dengan sesama⁴⁹.

Hasil analisis peneliti terdapat kesesuaian strategi yang peneliti susun dengan hasil penelitian dan teori yaitu dengan memberikan dukungan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan, mengajarkan klien cara berinteraksi dengan baik, dan mengajak klien untuk berinteraksi dengan teman.

c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, kontak mata membaik³³. Perencanaan intervensi keperawatan SIKI yaitu mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan, memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, melatih teknik relaksasi³²

Strategi yang peneliti susun sudah sesuai dengan hasil penelitian dari Harkhomah yang berjudul Teknik Relaksasi Napas Dalam Menurunkan Ansietas Lansia Dengan Di Puskesmas Putri Ayu Kota Jambi Pada Tahun 2022 dijelaskan bahwa penatalaksanaan dalam mengatasi ansietas dapat dilakukan dengan membantu klien mengenal ansietas. Terapi ini memiliki 2 prinsip utama, yaitu membantu klien mengenal masalah ansietas yang dirasakan, melatih klien mengatasi ansietas baik fisik, sosial, emosional dan spiritual ⁵⁰. Pada penelitian dari Suri Salimiyati yang berjudul Intervensi Keperawatan Untuk Mengurangi Kecemasan:Relaksasi Pada Tahun 2022 dijelaskan kecemasan pada lansia dapat dikurangi dengan tindakan keperawatan yaitu melakukan modifikasi lingkungan, edukasi, mengungkapkan perasaan serta dengan penatalaksanaan non farmakologis seperti distraksi, visualisasi dan relaksasi ⁵¹. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian dari Siti Syaiful Muliani yang berjudul Efektifitas Relaksasi Napas dalam pada Lansia yang Mengalami Kecemasan di RS Bhayangkara Palu Polda Sulteng Pada Tahun 2024 dijelaskan bahwa monitor tanda- tanda ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, dengarkan dengan penuh perhatian, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang di alami, melatih relaksasi napas dalam untuk mengurangi tingkat kecemasan ⁵².

Hasil analisis peneliti startegi yang peneliti susun sesuai dengan hasil penelitian dan teori yaitu dengan monitor tanda- tanda ansietas, dengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang di alami, melatih relaksasi napas dalam untuk mengurangi tingkat kecemasan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah disusun berdasarkan teoritis yang didapat ³². Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada Tn.J sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya berdasarkan SIKI dan hasil pengkajian serta observasi. Implementasi ini dilakukan selama 5 hari mulai dari tanggal 18 Februari 2025 - 22 Februari 2025 yang dapat dilihat sebagai berikut:

a. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada peran sosial

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah memonitor tanda-tanda vital klien, mengidentifikasi masalah yang dialami klien, mengidentifikasi penyebab klien mengalami HDR, mengidentifikasi kemampuan yang masih bisa dilakukan klien saat itu, memonitor aktivitas pasien di wisma, mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan ,menganjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih). Mendiskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri dan persepsi negatif diri, memotivasi pasien untuk mempertahankan kontak mata. Memberikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien. Menganjurkan membuka diri terhadap kritik negative, memfasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih. Memonitor aktivitas pasien di wisma . Mengajak pasien berinteraksi dengan lansia lainnya, mengajak dan mendorong klien untuk membersihkan tempat tidur, meningkatkan kepercayaan pasien bahwa pasien bisa melakukan hal yang sama dengan lansia lainnya. Mengajak dan mendorong klien untuk merapikan barang yang berserakan.

Implementasi yang peneliti lakukan sudah sesuai teori dari Fitri Pebriyani yang berjudul Analisis Asuhan Keperawatan pada Lansia

dengan Masalah Keperawatan Harga Diri Rendah Situasional Tahun 2022 yaitu tindakan keperawatan generalis yang diberikan pada pasien dengan harga diri rendah situasional adalah melatih pasien untuk mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki pasien dan melatih kemampuan positif yang dimiliki pasien tersebut³⁷. Pada penelitian dari Syafitri yang berjudul Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . A Dengan Masalah Harga Diri Rendah Pada Tahun 2020 dijelaskan dengan melatih pasien untuk mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki pasien dan melatih kemampuan positif yang dimiliki pasien tersebut dapat meningkatkan harga diri pada lansia³⁹. Implementasi pada penelitian ini juga sudah sejalan dengan penelitian dari Ira Oktavian Siagian et al., yang berjudul Efektifitas Logoterapi terhadap Harga Diri Rendah Situasional Pada Tahun 2022 dijelaskan implementasi logoterapi membantu individu menemukan dan memenuhi makna hidupnya. Individu yang telah menemukan makna hidup akan menjadi lebih berarti, berharga dan bahagia⁴⁶.

Hasil analisis peneliti tidak ada perbedaan antara tindakan yang peneliti lakukan dengan hasil penelitian sebelumnya. Dimana implementasi yang dapat dilakukan pada klien dengan yaitu dengan mendiskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri dan persepsi negatif diri, memotivasi pasien untuk mempertahankan kontak mata. Memberikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien. Mengajurkan membuka diri terhadap kritik negatif, memfasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih. Memonitor aktivitas pasien di wisma. Mengajak pasien berinteraksi dengan lansia lainnya, mengajak dan mendorong klien untuk melakukan hal positif yang bisa meningkatkan harga diri klien.

b. Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain, mengidentifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain, mengidentifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial , menjelaskan tujuan melatih keterampilan social, menganjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami, memotivasi klien agar mampu berkomunikasi dengan baik yaitu dengan mengangkat wajah saat berbicara. Menganjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami. Mendiskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain, menganjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap, memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan, menjelaskan kepada klien bahwa kritikan adalah hal baik untuk memperbaiki diri sendiri. Mengajak berinteraksi dengan lansia lainnya. Mendorong klien untuk lebih meningkatkan volume suaranya saat berbicara.

Implementasi yang peneliti lakukan sejalan dengan teori dari Endang Yuswatiningsih Terapi Social Skill Training (SST) Tahun 2020 yaitu dengan mengajak lansia berinteraksi dengan sesama dapat menurunkan angka kesepian pada lansia (Yuswatiningsih et al.,2020). Berdasarkan hasil penelitian dari Setiani Rotua Sinaga et al., yang berjudul Hubungan interaksi sosial ke rumah lansia dalam mengurangi rasa kesepian Pada Tahun 2022 dijelaskan dengan bersosialisasi dapat menjadi solusi untuk menurunkan rasa tidak berharga pada lansia⁴⁰. Implementasi pada penelitian ini juga sudah sejalan dengan hasil penelitian dari Edi Iskandar yang berjudul Edukasi Interaksi Sosial pada Keluarga Lansia Sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Lansia Pada Tahun 2024 dijelaskan bahwa dengan edukasi interaksi sosial sebagai upaya untuk

meningkatkan kualitas hidup lansia dan untuk meningkatkan pemahaman lansia akan pentingnya berinteraksi dengan sesama⁴⁸. Pada hasil penelitian oleh Sri Setyowati yang berjudul Hubungan Dukungan dan Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia Pada Tahun 2023 implementasi yang dilakukan yaitu dengan memberikan dukungan berupa dukungan emosional, penghargaan, informasi dan instrumental. Seperti memberikan dukungan kepada lansia untuk mengungkapkan perasaan sedih, senang, cemas, dan marah ataupun memberikan dukungan kepada lansia untuk berani memulai interaksi dengan sesama⁴⁹.

Hasil analisis peneliti tidak ada perbedaan antara tindakan yang peneliti lakukan dengan hasil penelitian sebelumnya. Dimana implementasi yang dapat dilakukan pada klien dengan yaitu dengan menganjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap. Mengajak berinteraksi dengan lansia lainnya. Mendorong klien untuk lebih meningkatkan volume suaranya saat berbicara.

c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan, memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, mengidentifikasi situasi yang membuat ansietas. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, melakukan pendekatan kepada pasien kecemasan untuk mengurangi, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, memberikan motivasi kepada pasien untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya. Menggali hal positif pada pasien setiap kali pertemuan dengan lansia, melatih teknik relaksasi, mengajak klien untuk berinteraksi dengan lansia lainnya.

Implementasi yang dilakukan peneliti sesuai dengan teori dari Harkhomah yang berjudul Teknik Relaksasi Napas Dalam Menurunkan Ansietas Lansia Tahun 2022 dijelaskan implementasi yang dilakukan yaitu membantu klien mengenal masalah ansietas yang dirasakan, melatih klien mengatasi ansietas baik fisik, sosial, emosional dan spiritual⁵⁰. Pada penelitian dari Suri Salmiyati yang berjudul Intervensi Keperawatan Untuk Mengurangi Kecemasan:Relaksasi Pada Tahun 2022 implementasi yang dilakukan yaitu melakukan modifikasi lingkungan, edukasi, mengungkapkan perasaan serta dengan penatalaksanaan non farmakologis seperti distraksi, visualisasi dan relaksasi⁵¹. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian dari Siti Syaiful Muliani yang berjudul Efektifitas Relaksasi Napas dalam pada Lansia yang Mengalami Kecemasan di RS Bhayangkara Palu Polda Sulteng Pada Tahun 2024 implementasi yang dilakukan yaitu monitor tanda-tanda ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, dengarkan dengan penuh perhatian, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang di alami, melatih relaksasi napas dalam untuk mengurangi tingkat kecemasan⁵².

Hasil analisis peneliti tidak ada perbedaan antara tindakan yang peneliti lakukan dengan hasil penelitian sebelumnya. Dimana implementasi yang dapat dilakukan pada klien dengan yaitu dengan menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, mengidentifikasi situasi yang membuat ansietas, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, memberikan motivasi kepada pasien untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya, melatih teknik relaksasi, mengajak klien untuk berinteraksi dengan lansia lainnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan lansia/pasien(hasil yang diamati)dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan berdasarkan buku SLKI dan SIKI.Kriteria hasil yang diharapkan pada tahap evaluasi harga diri rendah yaitu melihat konsentrasi meningkat,perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun³³. Setelah dilakukan implementasi keperawatan dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada klien selama 5 hari yang didapatkan yaitu:

a. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh mulai teratasi pada hari keempat.Hal ini ditunjukkan pada hari pertama hingga hari ketiga pasien mengatakan bahwa ia tidak nyaman berada di wisma, tidak berguna dan takut tidak diterima saat berkomunikasi dengan teman yang lain. Klien tampak berbicara dengan pelan dan tidak jelas, tampak menunduk saat diajak berkomunikasi, tidak ada kontak mata saat berbicara pada Tn.J dan tampak lesu dan tidak bersemangat Di hari kelima saat dilakukan evaluasi klien mengatakan bahwa ia mulai berbaur dengan teman lain, mulai bisa berkomunikasi dengan baik, dan mengatakan rasa takutnya sedikit berkurang saat berkomunikasi dengan teman yang lain. Tn.J tampak berbicara dengan mulai jelas, tampak tidak menunduk saat diajak berkomunikasi, kontak mata Tn.J sedikit membaik, dan mulai tampak bersemangat. Jadi setelah dilakukan implementasi klien berada pada skor 1 sedangkan sebelum dilakukan implementasi klien berada pada skor 7 jadi masalah teratasi sebagian dengan kemungkinan HDR

Hasil penelitian diatas juga sudah sesuai dengan teori dari SLKI(2018) evaluasi keperawatan pada klien dengan harga diri

rendah situasional sudah sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan peneliti untuk meningkatkan harga diri terhadap klien yaitu klien mulai berbaur dengan teman lain, mulai bisa berkomunikasi dengan baik, dan mengatakan rasa takutnya sedikit berkurang saat berkomunikasi dengan teman yang lain. Tn.J tampak berbicara dengan mulai jelas, tampak tidak menunduk saat diajak berkomunikasi, kontak mata Tn.J sedikit membaik, dan mulai tampak bersemangat³³

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Narullita 2020 tentang Pengaruh *Life Review Therapy* Terhadap Harga Diri Rendah Lansia Di Kabupaten Bungo yang menyebutkan bahwa terjadi peningkatan harga diri pada lansia dengan dilakukan terapi⁴⁷. Hasil penelitian dari Ira Oktavian Siagian et al., yang berjudul Efektifitas Logoterapi terhadap Harga Diri Rendah Situasional Pada Tahun 2022 dijelaskan dengan implementasi logoterapi membantu individu menemukan dan memenuhi makna hidupnya. Individu yang telah menemukan makna hidup akan menjadi lebih berarti, berharga dan bahagia.⁴⁶.

Analisis peneliti terdapat kesamaan antara hasil yang didapatkan dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya. Dengan menggali hal-hal positif pada klien, memberikan pengalaman positif kepada klien, dan logoterapi yang membantu individu menemukan dan memenuhi makna hidupnya sangat berpengaruh dalam peningkatan harga diri pada klien.

b. Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat mulai teratasi pada

hari keempat. Hal ini ditunjukkan pada hari pertama hingga hari ketiga klien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya saat ini, tidak memiliki teman ataupun orang terdekat , dan susah untuk berkomunikasi dengan teman lainnya. Klien terlihat tidak tertarik untuk berbicara dengan orang lain, terlihat susah untuk bicara, dan kontak mata klien kurang baik saat berkomunikasi. Sedangkan pada hari keempat klien mengatakan mulai nyaman dengan kondisinya saat ini, memiliki 1 orang teman, dan mulai sedikit lancar untuk berkomunikasi dengan teman lainnya. Klien tampak mulai bersemangat untuk bercerita, tampak mulai lancar, dan kontak mata klien sedikit membaik saat berkomunikasi. Jadi setelah dilakukan implementasi klien berada pada skor 1 sedangkan sebelum dilakukan implementasi klien berada pada skor 5 jadi masalah teratasi sebagian dengan gangguan interaksi ringan.

Hasil penelitian diatas juga sudah sesuai dengan teori dari SLKI(2018) evaluasi keperawatan pada klien dengan gangguan interaksi sosial sudah sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan peneliti untuk meningkatkan kemampuan klien berinteraksi yaitu klien mengatakan mulai nyaman dengan kondisinya saat ini, memiliki 1 orang teman, dan mulai sedikit lancar untuk berkomunikasi dengan teman lainnya. Pasien tampak mulai bersemangat untuk bercerita, tampak mulai lancar, dan kontak mata pasien sedikit membaik saat berkomunikasi ³³.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Helsy Desvitasari yang berjudul Analisis Interaksi Sosial Lansia Dengan Kualitas Hidup Pada Tahun 2022 yang menyebutkan bahwa dengan melatih klien berinteraksi sosial dengan sesama dapat meningkatkan kemampuan klien dalam berkomunikasi dengan

orang lain⁵³. Berdasarkan hasil penelitian Setiani Rotua Sinaga et al., yang berjudul Hubungan interaksi sosial ke rumah lansia dalam mengurangi rasa kesepian Pada Tahun 2022 dijelaskan dengan bersosialisasi dapat menjadi solusi untuk menurunkan rasa tidak berharga pada lansia⁴⁰. Berdasarkan hasil penelitian dari Edi Iskandar yang berjudul Edukasi Interaksi Sosial pada Keluarga Lansia Sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Lansia Pada Tahun 2024 dijelaskan bahwa dengan edukasi interaksi sosial sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan untuk meningkatkan pemahaman lansia akan pentingnya berinteraksi dengan sesama⁴⁸.

Analisis peneliti terdapat kesamaan antara hasil yang didapatkan dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya. Dengan melatih klien untuk berinteraksi dengan sesamanya sangat berpengaruh dalam peningkatan kemampuan komunikasi pada klien.

c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis Ansietas berhubungan dengan krisis maturasional mulai teratasi pada hari keempat. Hal ini ditunjukkan pada hari pertama hingga hari ketiga klien mengatakan takut dan cemas saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain, tidak mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya, dan tidak berdaya saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya. Klien tampak gelisah, tampak cemas, tampak banyak menunduk, Kontak mata Tn.J kurang, dan tangan Tn.J tampak tremor. Sedangkan pada hari keempat klien mengatakan takut dan cemasnya sedikit berkurang saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain, mulai mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya, mulai bisa saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya. Gelisah Tn.J tampak sedikit berkurang, tampak mulai

menegakkan kepala saat bicara, kontak mata Tn.J sedikit membaik, dan tangan Tn.J tampak sudah tidak tremor. Jadi setelah dilakukan implementasi klien berada pada skor 1(Tidak mengalami kecemasan) sedangkan sebelum dilakukan implementasi klien berada pada skor 14 (Kecemasan ringan) jadi masalah teratasi.

Hasil penelitian diatas juga sudah sesuai dengan teori dari SLKI(2018) evaluasi keperawatan pada klien dengan ansietas sudah sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan peneliti untuk mengurangi kecemasan yaitu takut dan cemasnya sedikit berkurang saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain, mulai mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya, mulai bisa saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya. Gelisah Tn.J tampak sedikit berkurang, tampak mulai menegakkan kepala saat bicara, kontak mata Tn.J sedikit membaik, dan tangan Tn.J tampak sudah tidak tremor³³. Implementasi yang dilakukan peneliti sesuai dengan teori dari dari Harkhomah yang berjudul Teknik Relaksasi Napas Dalam Menurunkan Ansietas Lansia Tahun 2022 dengan membantu klien mengenal masalah ansietas yang dirasakan, melatih klien mengatasi ansietas baik fisik, sosial, emosional dan spiritual⁵⁰.

Hasil penelitian ini juga sudah sejalan dengan penelitian dari Suri Salmiyati yang berjudul Intervensi Keperawatan Untuk Mengurangi Kecemasan:Relaksasi Pada Tahun 2022 yaitu melakukan modifikasi lingkungan, edukasi, mengungkapkan perasaan serta dengan penatalaksanaan non farmakologis seperti distraksi, visualisasi dan relaksasi⁵¹. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian dari Siti Syaiful Muliani yang berjudul Efektifitas Relaksasi Napas dalam pada Lansia yang Mengalami Kecemasan di RS Bhayangkara Palu Polda Sulteng Pada Tahun 2024 yaitu

monitor tanda-tanda ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, dengarkan dengan penuh perhatian, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang di alami, melatih relaksasi napas dalam untuk mengurangi tingkat kecemasan⁵².

Analisis peneliti terdapat kesamaan antara hasil yang didapatkan dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya. Dengan relaksasi napas dalam dan memberikan dukungan emosional kepada klien sangat berpengaruh dalam menurunkan kecemasan pada klien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Harga Diri Rendah Situasional di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2025, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian Keperawatan

Pada hasil pengkajian didapatkan data klien yang mengalami Harga Diri Rendah Situasional sudah sesuai dengan teori dan tanda gelaja yang ditemukan dilakukan. Adanya kemunduran fisik yang membuat lansia merasa tidak berharga dan merasa malu dengan keadaannya. Lansia yang mengalami harga diri rendah sering mengalami susah tidur dan tidak mau berinteraksi dengan sesama. Namun hal tersebut dapat diatasi secara perlahan-lahan dengan memberikan asuhan keperawatan dengan menyusun rencana keperawatan sesuai masalah yang dialami klien.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada klien yaitu Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada peran sosial, Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat, Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang direncanakan dirumuskan berdasarkan diagnosis keperawatan. Intervensi yang dilakukan untuk diagnosis **Harga diri rendah situasional bd perubahan peran sosial** yaitu dengan mengajarkan klien berpikir positif. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa. **Gangguan interaksi sosial bd ketiadaan orang terdekat** yaitu melatih klien untuk berinteraksi. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa **Ansietas bd krisis situasional** yaitu melatih teknik relaksasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan yang dilakukan kepada Tn.J sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya berdasarkan SIKI dan hasil pengkajian serta observasi. Implementasi ini dilakukan selama 6 hari mulai dari tanggal 17 februari 2025 - 22 februari 2025 yang dapat dilihat sebagai berikut :

Implementasi yang dilakukan pada diagnosis **Harga diri rendah situasional bd perubahan pada peran sosial** adalah melatih klien untuk berpikir positif dan memberikan pengalaman positif kepada klien. Implementasi yang dilakukan pada diagnosis **Gangguan interaksi sosial bd ketiadaan orang terdekat** adalah melatih klien berinteraksi dengan sesama. Implementasi yang dilakukan pada diagnosis **Ansietas bd krisis situasional** adalah melatih teknik relaksasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Peneliti melakukan evaluasi selama 5 hari, setiap selesai melakukan implementasi dengan membuat catatan perkembangan dengan metode dalam bentuk SOAP untuk masalah keperawatan dari 3 diagnosis, dengan dilakukannya implementasi selama 5 hari masalah keperawatan pada 2 diagnosis tersebut dapat teratasi sebagian. Dan pada diagnosis Ansietas bd Krisis Situasional masalah teratasi sepenuhnya.

6. Dokumentasi Keperawatan

Peneliti melakukan pendokumentasian dari tahap informed consent sampai tahap evaluasi. Dari hasil pendokumentasian tersebut digunakan untuk bukti peneliti melakukan penelitian.

B. Saran

1. Bagi Pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin

Kepada Pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin melalui perawat agar dapat melanjutkan penanganan kepada lansia yang mengalami masalah Harga Diri Rendah Situasional dengan melakukan pendekatan pada klien yang mengalami Harga Diri Rendah Situasional, melakukan terapi, bimbingan pada lansia dalam berkomunikasi, meningkatkan motivasi lansia dalam meningkatkan harga diri dengan menunjukkan hal-hal positif yang ada pada lansia itu sendiri, menciptakan lingkungan tidur yang nyaman, menetapkan rutinitas tidur yang teratur mengatur pola makan dan minum, serta dengan lebih meningkatkan terapi psikososial pada lansia. Dan bagi perawat ataupun pengasuh yang ada di PSTW diharapkan dapat meningkatkan keterlibatan lansia dalam kegiatan yang dipanti dengan lebih mengajak dan memotivasi lansia untuk ikut serta. Sehingga lansia yang mengalami Harga Diri Rendah Situasional dapat teratasi, dikurangi, bahkan tidak terjadi lagi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

2. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah informasi tentang asuhan keperawatan pada lansia dengan harga diri rendah sebagai bahan kepustakaan asuhan keperawatan gerontik khususnya lansia dengan Harga Diri Rendah Situasional pada lansia.

3. Bagi Mahasiswa dan Peneliti Selanjutnya

Diharapkan pada peneliti selanjutnya setelah dilakukan penelitian ini dapat melakukan pengkajian dan implementasi yang lebih komprehensif dan mendalam pada lansia dengan melanjutkan implementasi yang dapat menurunkan keluhan sulit tidur pada lansia dan meningkatkan keterlibatan lansia dalam kegiatan sosial. Serta dapat membahas dianalisis lain dalam asuhan keperawatan pada lansia dengan Harga Diri Rendah Situasional yang tidak hanya disebabkan karena

faktor internal namun juga karena adanya faktor eksternal seperti tekanan yang dialami pasien akibat lansia lainnya. Sehingga dapat terlaksananya asuhan keperawatan yang komprehensif terutama pada lansia yang mengalami masalah kesehatan pada psikologis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Yulistanti. Y. Keperawatan Gerontik. 1st ed. Vol. 1, Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. Yayasan Kita Menulis; 2023.
2. Badan Pembinaan Hukum Nasional. Undang-Undang Nomor 13. 1998; Available from: <https://bphn.go.id/data/documents/98uu013.pdf>
3. Diah A, Pratiwi I, Sumarni T, Paulina M, Susanti I. Gambaran Kekuatan Otot pada Lansia di Ryukyu Medicals Okinawa Japan. 2021;178–86.
4. Amelia R, Abdullah D, Sjaaf F, Dewi NP. Pelatihan Deteksi Dini Stroke. 2020;01:25–32.
5. Agung A, Sanjiwani S, Kep M, Lowokwaru K, Malang K. Buku Ajar Psikososial Budaya dalam Keperawatan. Cetakan I. Malang: CV. Literasi Nusantara Abadi Perumahan; 2022. 176 p.
6. Kusumo M prasetyo. Buku Lansia. Buku Lansia [Internet]. 1st ed. Yogyakarta: Lembaga Penelitian, Publikasi dan Pengabdian Masyarakat(LP3M) UMY; 2020. 64 p. Available from: <https://id1lib.org/book/17513624/1d56ea>
7. Susilawati S. Konsep Diri Pada Lansia Di Panti Werdha Pangesti Lawang. J Keperawatan Malang. 2020;3(2013):16–25.
8. Nuriyah EF, Novitasari D, Setyawati MB, Susilarto AD. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Konsep Diri Penyandang Stroke. J Penelit Perawat Prof [Internet]. 2023;5(2):889–96. Available from: <https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/view/1621/1289>
9. Asrina Pitayanti, Fitria Yuliana. Pengaruh Edukasi Berfikir Positif Pada Lansia Dengan Masalah Psikososial Ketidakberdayaan. J Sains dan Kesehat. 2022;6(2):34–42.
10. Rahmaniza R, Permanasari I. Peningkatan Harga Diri Lansia Menggunakan

- Terapi Reminicence Pada Harga Diri Rendah Lansia Yang Tinggal Di Pstw Khusnul Khotimah Pekanbaru. Menara Med. 2022;4(2):246–51.
11. Kementerian Sosial RI. Permensos RI Nomor 19 tahun 2012 Tentang Pedoman Pelayanan Sosial Lanjut Usia. Kemensos RI [Internet]. 2012;2008. Available from: <https://bphn.go.id/data/documents/12pmsos019.pdf>
 12. Gea YK, Raharjao ST, Ginanjar G, Basar K. Analisis Program Pelayanan Sosial Lanjut Usia Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 3 Jakarta. 2024;15:183–94.
 13. Dewi EI, Kristiana I, Kurniyawan EH, Fitria Y, Asih N, Ati L, et al. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Ketidakberdayaan Paien Stroke. 2024;7(2):77–85. Available from: <https://journal.unhasa.ac.id/index.php/jikes/article/view/680>
 14. Nancye PM, Husni A, Sawitri DR. Peningkatan Integritas Diri Lansia melalui Life Review. J Keperawatan. 2022;14(1):163–70.
 15. WHO. Data Jumlah Lansia. 2023; Available from: <https://www.bps.go.id/id/publication/2023/12/29/5d308763ac29278dd5860fad/statistik-penduduk-lanjut-usia-2023.html>
 16. WHO. Data Mental Lansia. 2023; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
 17. BPS. Data Jumlah Lansia. 2023; Available from: <https://www.bps.go.id/id/publication/2023/12/29/5d308763ac29278dd5860fad/statistik-penduduk-lanjut-usia-2023.html>
 18. BPS. Badan Pusat Statistik Sumatra Barat 2023. 2023;
 19. Riskesdas. Profil Kesehatan Indonesia. 2018; Available from: <https://yankes.kemkes.go.id/read/1443/world-stroke-day-2023-greater-than-stroke-kenali-dan-kendalikan-stroke>

20. Dinsos. Data PPKS & PSKS Sumatera Barat. Dinas Sos Provinsi Sumatera barat [Internet]. 2023;1:18–25. Available from: https://dinsos.sumbarprov.go.id/images/2020/12/file/Buku_Data_PPKS_dan_PSKS_Tahun_2020Compressed.pdf
21. Nasrullah D. Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 1 [Internet]. 1st ed. Jakarta: Trans Info Media; 2016. 283 p. Available from: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Keperawatan-Gerontik-Komprehensif.pdf>
22. Sitanggang YF. Keperawatan Gerontik. 1st ed. Yayasan Kita Menulis; 2023. 174 p.
23. Mujiadi, Rachmah Siti. Keperawatan Gerontik. 1st ed. Mojokerto: Stikes Majapahit; 2022.
24. Noor Rachmayani Asiva. Keperawatan Gerontik. 2015;6.
25. Kurniyanti, M. A., Ulfa, M., & Nurcahyaningtyas W. Buku Deteksi Dini Kesehatan Lansia Pasca Bencana. Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. 2024. viii + 70.
26. Kotijah, Yusuf, Sumiatin, Putri. Masalah Psikososial Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan [Internet]. 2021. 2–334 p. Available from: <https://www.mitrawacanamedia.com>
27. Yusuf, A.H F, , R & Nihayati H. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta Selatan: Salemba Medika; 2015. 1–366 p.
28. Yuswatiningsih E, Rahmawati IMH. Terapi Social Skill Training (SST). E-Book Penerbit STIKes Majapahit Mojokerto. 2020. 1–128 p.
29. Ayu IG, Septiarini V, Sendratari LP, Maryati T. Peran dan Fungsi Panti Sosial Tresna Werdha Jara Mara Pati Buleleng,Bali Dalam Pemberian Layanan Kepada Lansia. 2019;1(3):101–11.

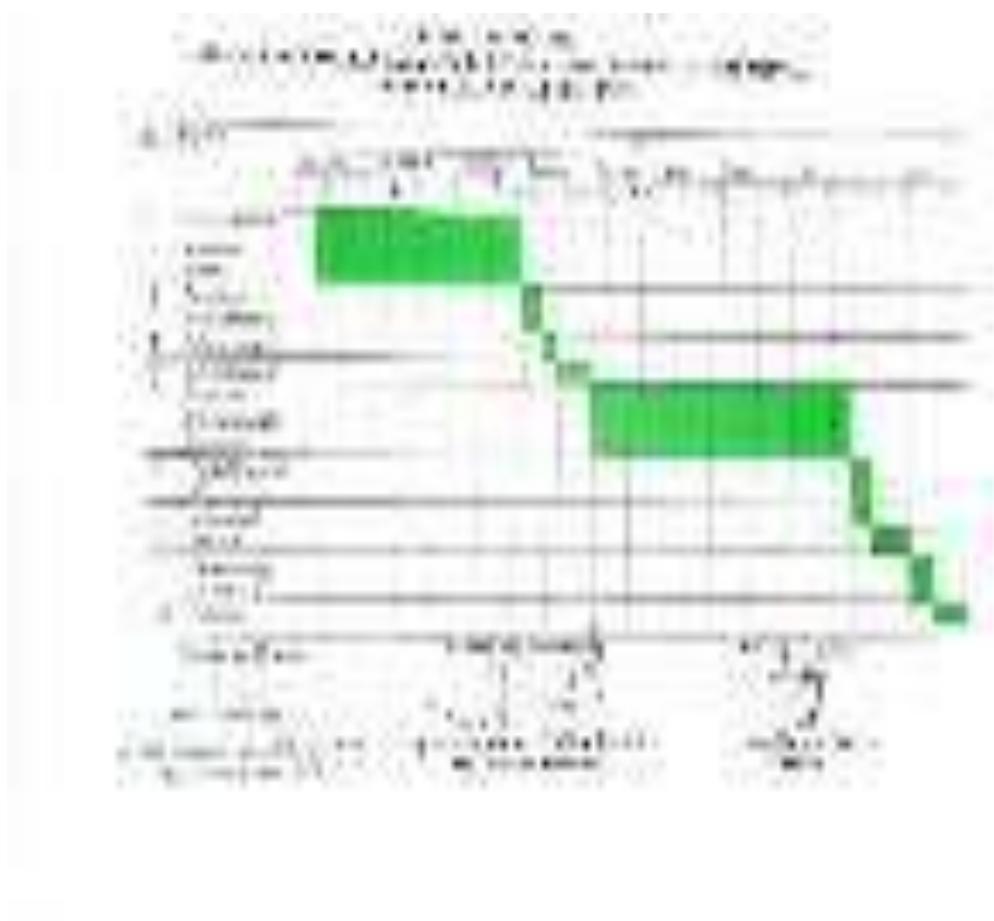
30. Risal Muhammad, Hamu Antonia Helena LW. Ilmu Keperawatan Jiwa. Jawa Barat: Media Sains Indonesia; 2022.
31. PPNI. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. 3rd ed. Tim Pokja DPP PPNI, editor. Vol. 3. jakarta: DPP PPNI; 2018.
32. PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. 3rd ed. Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018, editor. Jakarta: DPP PPNI; 2018.
33. PPNI. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. 3rd ed. Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2018, editor. Jakarta: DPP PPNI; 2018.
34. Risnawati. Konsep Dokumentasi Keperawatan. In: Eureka Media Aksara. 2023.
35. Nurmayunita H. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Harga Diri Lansia Yang Tinggal Di Panti Jompo. *J Keperawatan Malang*. 2021;6(2):148–58.
36. Budiarto E, Rahayu R, Ratnawati R, Studi P, Keperawatan S, Ners DP, et al. Harga Diri Rendah Situasional:Studi Deskriptif. *J Keperawatan Muhammadiyah* [Internet]. 2021;6(4):1–4. Available from: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM>
37. Pebriyani F. Analisis Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Masalah Keperawatan Harga Diri Rendah Situasional. 2022.
38. Fatmawati A. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Harga Diri Rendah. *J Ilmu Keperawatan Jiwa*. 2021;3(2):1–12.
39. Syafitri F. Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . A Dengan Masalah Harga Diri Rendah. *J Chem Inf Model*. 2020;1–52.
40. Sinaga SR, Yosafat Timothy Limbong, Rawatri Sitanggang, Silvia Ningsih Berutu, Stanley Abdi Sitorus. Hubungan interaksi sosial ke rumah lansia dalam mengurangi rasa kesepian. *Pediaqu J Pendidik Sos dan Hum* [Internet]. 2022;1(4):552–9. Available from: <https://publisherqu.com/index.php/pediaqu>

41. Trisnawati, Pinontoan OR, Katuuk ME. Hubungan Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia di BPLU Senja Cerah Provinsi Sulawesi Utara. *J Keperawatan*. 2020;5(1):1–9.
42. Maydinar DD, Supriyanto G, Meifora V, Rahmawati I. Interaksi sosial dengan kualitas hidup lansia di wilayah kerja puskesmas kecamatan kedurang. *J Kesehat Med Udayana*. 2024;10(02):218–31.
43. Ramadia A, Valentino F. Hubungan Ansietas Dengan Kualitas Tidur Lansia Di Wilayah Kerja Uptd Puskesmas Pekan Heran Indragiri Hulu. *Al-Asalmiya Nurs J Ilmu Keperawatan (Journal Nurs Sci)*. 2023;12:1–8.
44. Wicaksana IGAT, Widiarta MBO. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ansietas Lansia. *J Keperawatan Jiwa*. 2021;9(2):349–58.
45. Beba N, Matongka Y, Tarigan S, Ningsih NK. Penerapan Terapi Diversional untuk Menurunkan Kecemasan Pada Lansia. *J Kesehat dan Teknol*. 2020;2:1–6.
46. Siagian IO, Niman S. Efektifitas Logoterapi terhadap Harga Diri Rendah Situasional pada Mahasiswa. *J Keperawatan Jiwa*. 2022;10(2):337.
47. Narullita D. Pengaruh Life Review Therapy Terhadap Harga Diri Rendah Lansia Di Kabupaten Bungo. *J Endur*. 2020;3(1):33.
48. Iskandar E, Supatmi, Tursilowati SY, Suyatno, Setyowati S. Edukasi interaksi sosial pada keluarga lansia sebagai upaya peningkatan kualitas hidup lansia. *2024;06(03):94–101*.
49. Setyowati S, Rahayu BA, Purnomo PS, Supatmi S, Purwaningsih E. Hubungan Dukungan dan Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia. *J Keperawatan*. 2023;15(4):25–32.
50. Harkomah I, Maulani M, AZ R, Dasuki D. Teknik Relaksasi Napas Dalam Menurunkan Ansietas Lansia Dengan Di Puskesmas Putri Ayu Kota Jambi. *JUKESHUM J Pengabdi Masy*. 2022;2(2):184–90.

51. Salmiyati S. Intervensi Keperawatan Untuk Mengurangi Kecemasan:Relaksasi. Intan Husada J Ilm Keperawatan. 2022;10(02):155–65.
52. Muliani SS, Tahir.Maryam. Efektifitas Relaksasi Napas dalam pada Lansia yang Mengalami Kecemasan di RS Bhayangkara Palu Polda Sulteng. 2024;7(1):102–9.
53. Helsy Desvitasisari, Asih Fatriansari, Ika Savitri. Analisis Interaksi Sosial Lansia Dengan Kualitas Hidup. J Kesehat J Ilm Multi Sci. 2022;12(01):18–23.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Ganchart



**Lampiran 2. Surat Izin Survey Data Awal dari Institusi Kemenkes Padang
ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat**



Lampiran 3. Surat Izin Survey Data Awal dari Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat untuk UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin



**Lampiran 4. Surat Izin Survey Data Awal dari UPTD PSTW Sabai Nan
Aluih Sicincin**



Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari Institusi Kemenkes Padang ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat



**Lampiran 6. Surat Izin Penelitian dari Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat
untuk UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin**



**Lampiran 7. Surat Telah Selesai Melakukan Penelitian dari UPTD PSTW
Sabai Nan Aluih Sicincin**



Lampiran 8. Informed Consent



Lampiran 9. Daftar Hadir Penelitian



Lampiran 10. Asuhan Keperawatan Gerontik

PRAKTIK KEPERAWATAN GERONТИK TAHUN 2025

FORM PENGKAJIAN

A. IDENTITAS DIRI KLIEN

Nama (Umur) : Tn.J(65 th)
Jenis kelamin : Laki-laki
Status Perkawinan : Cerai
Agama / Suku : Islam/Koto
Pendidikan terakhir : SD
Sumber Informasi : Klien dan Pengasuh
Keluarga yang bisa di hubungi : Anak kandung
(Jika Ada)
Diagnosis Medis (Jika Ada) :
Alasan Masuk : Klien diantar oleh wali nagari ke PSTW
Sabai Nan Aluih karena anak-anak klien sudah pergi merantau.

B. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

1. Keluhan utama : Saat pengkajian pengkajian pada tanggal 17 Februari 2025 jam 09.00 WIB , didapatkan Tn.J berada di dalam kamar. Tn.J mengatakan bahwa ia tidak nyaman berada di wisma. Tn.J mengatakan dirinya tidak berguna dan tidak berdaya lagi. Tn.J mengatakan sulit untuk bicara(agak pelo) dikarenakan gigi bagian depan klien sudah tidak ada. Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain. Tn.J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata yang ia ucapkan agak tidak jelas . Tn.J mengatakan lebih merasa nyaman di kamar dan memilih sendiri daripada harus bergabung dengan lansia lain. Tn.J tampak berbicara dengan pelan dan tidak jelas. Tn.J tampak menunduk saat diajak berkomunikasi dan tangan Tn.J tampak tremor. Tidak ada kontak mata saat berbicara pada Tn.J. Tn.J tampak lesu dan tidak bersemangat. Tn.J tampak gelisah dan cemas saat dilakukan pengkajian. Tn.J tampak kurang tertarik untuk berkomunikasi dengan orang lain. Kelopak mata klien tampak menghitam.Klien tampak sering menguap.Tn.J mengatakan sulit tidur. Tn.J mengatakan sering terjaga di tengah malam. Tn.J mengatakan tidak puas tidur. Tn.J mengatakan badannya lemas dan tidak semangat untuk

beraktivitas. Tn.J tampak gelisah. Tn.J tampak meringis skala nyeri 2,nyeri kram di otot kaki dan di tangan, nyeri hilang timbul. Klien tampak menunjukan gejala distres. Klien mengatakan tidak nyaman ketika duduk terlalu lama. Klien mengatakan kaki sering terasa kram. Klien mengatakan sering terbangun di tengah malam untuk BAK. Klien mengatakan adanya lemas dan tidak semangat untuk beraktivitas.

2. Kronologi keluhan

- a. Faktor pencetus : Psikososial dan lingkungan
- b. Timbulnya keluhan : () Mendadak(√) Bertahap
- c. Lamanya : 2 bulan
- d. Upaya klien untuk Mengatasi : diam, duduk sendiri

C. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

- 1. Riwayat alergi : Klien mengatakan tidak ada alergi baik berupa makanan, minuman, obat dan sebagainya.
- 2. Riwayat kecelakaan : Klien mengatakan klien tidak pernah mengalami kecelakaan
- 3. Riwayat di rawat di RS : Klien mengatakan tidak pernah dirawat di Rumah Sakit
- 4. Riwayat pemakaian obat : Klien mengatakan tidak ada riwayat pemakaian obat

D. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit menular maupun penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, dan lain-lain.

E. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITAL

- 1. Orang terdekat dengan klien : Klien mengatakan tidak memiliki teman dekat di panti
- 2. Masalah yang mempengaruhi klien : Klien merasa tidak nyaman dan susah untuk berkomunikasi karena memiliki keterbatasan dalam bicara.
- 3. Mekanisme coping terhadap stress:
() Pemecahan masalah () Minum Obat (√) Tidur
() Makan () Cari ertolongan () Lain”, sebutkan
- 4. Persepsi klien terhadap penyakitnya

a. Hal yang sangat dipikirkan klien saat ini :Klien ingin bertemu dengan anaknya

5. Sistem nilai kepercayaan

a. Aktifitas keagamaan / kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekuensi)

Klien melaksanakan sholat 5 waktu

b. Kegiatan keagamaan / kepercayaan yang ingin dilakukan

Klien tidak ada melakukan kegiatan keagamaan yang ingin dilakukan

c. Kepercayaan akan adanya kematian

Klien percaya akan adanya kematian

F. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

1. Nutrisi

Frekuensi makan :3 kali sehari

Nafsu makan:baik

Jenis makanan: Lauk pauk dan nasi

Makanan yang disukai / alergi / pantangan : Klien mengatakan suka memakan roti, klien tidak ada mempunyai riwayat alergi terhadap makanan.

Kebiasaan sebelum makan: mencuci tangan dan membaca doa'

BB / TB :57kg/168 cm

2. Eliminasi

a. Berkemih

➤ Frekuensi : 5 x sehari

➤ Warna :Kuning seperti warna urin biasa

➤ Keluhan yang berhubungan dengan BAK : Klien mengatakan tidak ada keluhan pada saat buang air kecil.

- b. Defekasi
 - Frekuensi : 1 x sehari
 - Warna :Kuning kecoklatan
 - Waktu :Pagi hari
 - Bau :Bau khas BAB
 - Konsistensi :Lembek
 - Keluhan yang berhubungan dengan defekasi : Klien tidak idak ada keluhan
 - Pengalaman makan laksatif :Tidak ada

3. Higiene Personal

a. Mandi

Frekuensi :2 x sehari

Pakai Sabun (Ya / Tidak) : Ya

b. Higiene Oral

Frekuensi : 1 x sehari

Waktu :Pagi hari

c. Cuci Rambut

Frekuensi :2 x sehari

Pakai Shampo (Ya / Tidak): Y a

d. Gunting Kuku

Frekuensi : 1 kali seminggu

4. Istirahat dan tidur

Lama tidur (jam / hari): 5-6 jam
sering terbangun dimalam hari untuk BAK

Tidur Siang (Ya /
Tidak): Ya (2 - 3
jam)

5. Aktivitas dan latihan

a. Olah Raga (Ya / Tidak)

Jenis dan frekuensi: Klien jarang berolahraga dan jarang ikut kegiatan senam di PSTW

b. Kegiatan waktu luang:Tidur

c. Keluhan dalam beraktifitas :Kaki sakit bergerak banyak,kram

() Pergerakan tubuh () Sesak nafas setelah latihan
() Mengenakan pakaian () Mandi
() Bersolek () Lain – lain

6. Kebiasaan

- a. Merokok (Ya / Tidak)

Frekuensi / jumlah / lama pakai : Klien mengatakan tidak merokok

- b. Minuman Keras (Ya / Tidak)

Frekuensi / jumlah / lama pakai : Klien mengatakan tidak mengkonsumsi minuman beralkohol

- c. Ketergantungan obat (Ya / Tidak)

Frekuensi / jumlah / lama pakai : Klien mengatakan tidak mengkonsumsi obat

G. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum (TTV)

- Tekanan Darah: 160/90 mmHg
- Nadi: 101 kali/menit, reguler.
- Respirasi: 21 kali/menit.
- Suhu tubuh: 36.8°C.

7. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

2. Rambut : pendek, bersih, beruban, dan tipis

8. Dada : tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi nafas tambahan

3. Mata : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mata simetris, tidak menggunakan kacamata

9. Abdomen : perut tampak rata, Abdomen simetris, Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri

tekan, tidak ada pembengkakan hepar

4. Hidung : Simetris, tidak ada pembengkakan sinus, tidak ada

10 Genitalia : tidak ada melakukan pemeriksaan dan tidak ada masalah

les tidak ada secret dan tidak ada gangguan penciuman, tidak ada pernapasan cuping hidung

5. Telinga : Telinga simetris, tidak ada serumen, telinga tampak bersih, tidak ada gangguan pendengaran

11 Ekstremitas :

Atas : Bentuk simetris kiri dan kanan, edema(-), CRT 2 detik, akral hangat, fungsi pergerakan sedikit terganggu karena tangan kiri lemah
Bawah : Bentuk simetris kiri dan kanan, edema(-), CRT 2 detik, akral hangat, fungsi pergerakan sedikit

terganggu karena kaki kiri lemah

6. Mulut dan Bibir : gigi sudah tidak lengkap, mukosa bibir kering

B. PENGKAJIAN STATUS MENTAL

1. Daya orientasi (waktu, tempat, orang)

Daya orientasi waktu klien dapat menyebutkan hari, bulan dan tahun pada saat ditanya, klien mengetahui tempat dimana dia sekarang, klien tau nama teman yang ada sekamar dengan klien dan nama peneliti walau klien sering sendiri-sendiri.

2. Daya ingat (jangka panjang, jangka pendek)

Daya ingat klien masih kuat dan bisa mengingat masalalu klien

3. Kontak mata

Selama wawancara klien tidak ada kontak mata dan suka menunduk. pasien cukup kooperatif namun, pasien berbicara dengan nada suara yang lambat dan pelan, serta tidak mau memulai pembicaraan terlebih dahulu.

4. Afek

Klien selama wawancara tampak tidak tenang, gelisah,cemas, raut wajah datar dan menjawab seadanya.

C. PENGKAJIAN LINGKUNGAN (Membuat Denah)

1. Penataan kamar : kamar klien tampak kurang tersusun dan kurang rapi dan ada jendela yang menghadap ke taman tapi sering tertutup.
2. Kebersihan dan kerapian : kamar klien tampak bersih dan rapi
3. Penerangan : penerangan terdapat dari jendela yang dibuka pada pagi hari dan lampu pada malam hari
4. Sirkulasi udara : terdapat 2 ventilasi dikamar klien sehingga udara dapat terus bertukar
5. Penataan halaman : halaman bersih dan asri dan terdapat taman yang dihiasi dengan beberapa bunga
6. Keadaan kamar mandi : kamar mandi berlantai keramik dan tidak licin
7. Pembuangan air kotor : pembuangan air kotor ke selokan belakang wisma
8. Sumber air minum : sumber air minum dari air yang sudah direbus

9. Pembuangan sampah : sampah di buang di tempat sampah
10. Sumber pencemaran : tidak ada

Denah Wisma Tn.J(Wisma Tandikek)



DAFTAR TILIK HARGA DIRI RENDAH (HDR) PADA LANSIA DI PSTW

A. Identitas Responden

Nama	:Tn.J
Umur	:65 Tahun
Jenis Kelamin	:Laki-laki
Wisma	:Tandikek
Tanggal Pengkajian	:17 Februari 2025

B. Harga Diri Rendah pada Lansia

Petunjuk: Berikan tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai dengan kondisi lansia.

No .	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Mengungkapkan perasaan tidak berharga atau tidak berguna	✓	
2.	Merasa malu atau bersalah atas sesuatu	✓	
3.	Sulit mengambil keputusan atau menentukan pilihan	✓	
4.	Menarik diri dari interaksi sosial	✓	
5.	Tidak merawat diri sendiri (misalnya, kebersihan diri, berpakaian)		✓
6.	Mengalami gangguan tidur atau nafsu makan	✓	
7.	Sering mengkritik diri sendiri atau merendahkan kemampuannya	✓	
8.	Merasa putus asa atau tidak memiliki harapan		✓
9.	Tampak murung atau sedih berkepanjangan	✓	
10.	Memiliki pikiran untuk bunuh diri atau menyakiti diri sendiri		✓
	Total	7	3

Keterangan:

Total Skor: (Jumlah jawaban "Ya")

Interpretasi:

- 1) Skor 0-3: Kemungkinan kecil mengalami HDR
- 2) Skor 4-7: Kemungkinan mengalami HDR sedang
- 3) Skor 8-10: Kemungkinan mengalami HDR berat

Format Pengkajian Gangguan Interaksi Sosial

A.Identitas Dasar Lansia

Nama : Tn. J

Usia :65 tahun

Jenis Kelamin :Laki-Laki

Wisma :Tandikek

B.Gangguan Interaksi Sosial pada Lansia

Petunjuk: Berikan tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai dengan kondisi lansia.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Apakah lansia merasa nyaman berada di panti?		✓
2.	Apakah lansia sering berinteraksi dengan keluarga/teman?		✓
3.	Apakah lansia terlibat dalam kegiatan sosial?		✓
4.	Apakah lansia memiliki teman sebaya atau kelompok dukungan >		✓
5.	Apakah lansia bisa berkomunikasi dengan baik?		✓
	Total	0	5

Keterangan

Total skor : (Jumlah jawabab "TIDAK")

Interpretasi:

Skor 0 : Tidak mengalami gangguan interaksi

Skor 1-2 :Gangguan interaksi ringan

Skor 3-4 : Gangguan interaksi sedang

Skor 5 : Gangguan interaksi berat

FORMAT PENGKAJIAN TINGKAT KECEMASAN

NO	Gejala Kecemasan	Nilai Angka (Score)				
		0	1	2	3	4
1.	Perasaan Cemas (anxietas) <ul style="list-style-type: none">▪ Firasat buruk▪ Mudah tersinggung▪ Takut akan pikiran sendiri ✓▪ Cemas ✓			✓		
2.	Ketegangan <ul style="list-style-type: none">▪ Merasa tegang▪ Lesu▪ Mudah terkejut▪ Tidak dapat istirahat dengan tenang▪ Mudah menangis▪ Gemetar ✓▪ Gelisah ✓		✓			
3.	Ketakutan <ul style="list-style-type: none">▪ Pada gelap▪ Ditinggal sendiri▪ Pada orang asing ✓▪ Pada kerumunan banyak orang ✓▪ Pada keramaian lalu lintas▪ Pada Binatang besar		✓			
4.	Gangguan tidur <ul style="list-style-type: none">▪ Sukar memulai tidur▪ Terbangun dimalam hari ✓▪ Mimpi buruk▪ Tidur tidak nyenyak ✓▪ Bangun dengan lesu ✓▪ Banyak bermimpi▪ Mimpi menakutkan		✓			
5.	Gangguan kecerdasan <ul style="list-style-type: none">▪ Daya ingat buruk▪ Sulit berkonsentrasi ✓▪ Daya ingat menurun		✓			
6.	Perasaan depresi <ul style="list-style-type: none">▪ Kehilangan minat ✓▪ Sedih▪ Berkurangnya kesukaan pada hobi▪ Perasaan berubah ubah ✓▪ Bangun dini hari ✓			✓		

7.	Gejala somatic (otot-otot) <ul style="list-style-type: none">■ Nyeri otot■ Kaku■ Kedutan otot		✓			
----	--	--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gigi gemertak ▪ Suara tak stabil ✓ 				
8.	Gejala sensorik <ul style="list-style-type: none"> ▪ Telinga berdengung ▪ Penglihatan kabur ▪ Muka merah dan pucat ✓ ▪ Merasa lemah ✓ ▪ Perasaan ditusuk tusuk 		✓		
9.	Gejala kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> ▪ Denyut nadi cepat ▪ Berdebar debar ▪ Nyeri dada ▪ Rasa lemah seperti mau pingsan ▪ Denyut nadi mengeras ▪ Detak jantung menghilang (berhenti sekejap) 	✓			
10.	Gejala pernafasan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rasa tertekan di dada ▪ Perasaan tercekik ▪ Merasa nafas pendek/sesak ▪ Sering menarik nafas Panjang 	✓			
11.	Gejala gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sulit menelan ▪ Mual ▪ Muntah ▪ Perut terasa penuh dan kembung ▪ Nyeri lambung sebelum dan sesudah makan ▪ Perut melilit ▪ Gangguan pencernaan ▪ Perasaan terbakar diperut ▪ Buang air besar lembek ▪ Konstipasi ▪ Kehilangan berat badan 	✓			
12.	Gejala urigenitalia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sering kencing ▪ Tidak dapat menahan kencing ▪ Tidak dating bulan ▪ Darah haid berlebihan ▪ Darah haid amat sedikit ▪ Masa haid berkepanjangan ▪ Masa haid amat pendek ▪ Haid beberapa kali sebulan ▪ Menjadi dingin ▪ Ejakulasi dini ▪ Ereksi lemah ▪ Ereksi hilang ▪ Impotensi 	✓			

13.	Gejala otonom <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mulut kering ✓ 		✓		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muka merah ▪ Mudah berkeringat ✓ ▪ Sakit kepala ▪ Bulu rompa berdiri ▪ Kepala terasa berat ▪ Kepala terasa sakit 				
14.	Tingkah laku (sikap) pada saat wawancara <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gelisah ✓ ▪ Tidak tenang ✓ ▪ Menggerutkan dahi ✓ ▪ Muka tegang ✓ ▪ Nafas pendek dan cepat ▪ Muka merah ▪ Jari gemetar ✓ ▪ Otot tegang/mengeras 			✓	
Total Skor		14			

Berilah tanda silang (✓) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi responden. Jawaban boleh lebih dari 1 (satu). Masing-masing nilai angka (score) dari ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu :

0-14 = **Tidak ada kecemasan**

14-20 = **Kecemasan ringan**

21-27 = **Kecemasan sedang**

28-41 = **Kecemasan berat**

45-56 = **Panik**

Keterangan penilaian :

Angka 0 : tidak ada (tidak terdapat gejala)

Angka 1 : ringan (mengalami satu atau kurang dari setengah gejala yang ada)

Angka 2 : sedang (setengah dari gejala yang ada)

Angka 3 : berat (mengalami lebih dari setengah gejala yang ada)

Angka 4 : sangat berat (mengalami semua gejala yang ada)

Hasil dari pengkajian tingkat kecemasan pada klien dengan skor 14 dimana klien mengalami gangguan **kecemasan ringan** yang di tandai dengan gelisah, tidak tenang, jari gemetar, mengerutkan dahi, mudah berkeringat, takut pada keramaian, takut pada orang lain, cemas, takut dengan pikiran sendiri.

Sumber : Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

ANALISA DATA KEPERAWATAN GERONTIK

NO.	Data	Masalah	Penyebab
1.	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Klien berbicara pelan dan tidak jelas 2. Klien lebih banyak menunduk saat berjalan dan saat berkomunikasi 3. Postur tubuh klien lebih banyak menunduk 4. Tidak ada kontak mata klien saat diajak berkomunikasi 5. Klien terlihat lesu dan tidak bersemangat 6. Menolak berinteraksi dengan orang lain <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tn.J mengatakan dirinya tidak berguna dan tidak berdaya lagi karena sulit untuk bicara(agak pelo). 2. Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain. 3. Tn.J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata yang ia ucapkan agak tidak jelas 4. Tn.J mengatakan lebih merasa nyaman di kamar dan memilih sendiri daripada harus bergabung dengan lansia lain. 	Harga diri rendah situasional	Perubahan pada peran sosial
2.	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat tidak tertarik untuk berbicara dengan orang lain 2. Pasien terlihat susah untuk bicara 3. Kontak mata pasien kurang baik saat 	Gangguan interaksi sosial	Ketiadaan orang terdekat

NO.	Data	Masalah	Penyebab
	<p>berkomunikasi</p> <p>4. Klien tampak gelisah dan cemas saat diajak berkomunikasi</p> <p>5. Klien tampak lesu dan tidak bersemangat</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin berkomunikasi dengan teman yang lain. 2. Tn.J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata yang ia ucapkan agak tidak jelas 3. Tn.J mengatakan tidak nyaman berada di wisma 4. Klien mengatakan tidak memiliki teman dekat di wisma 		
3.	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak gelisah 2. Klien tampak cemas 3. Klien tampak lebih banyak menunduk saat berjalan dan berkomunikasi 4. Tidak ada kontak mata klien saat diajak berkomunikasi 5. Tangan klien tampak tremor 6. Klien tampak pucat dan suaranya bergetar saat bicara 7. Nadi: 101 kali/menit, reguler. <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan takut dan cemas saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain 2. Klien mengatakan tidak 	<p>Ansietas</p>	<p>Krisis situasional</p>

NO.	Data	Masalah	Penyebab
	<p>mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya</p> <p>3. Klien mengatakan tidak berdaya saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya</p> <p>4. Klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun</p>		
4.	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kelopak mata klien tampak menghitam 2. Klien tampak sering menguap <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tn.J mengatakan sulit tidur 2. Tn.J mengatakan sering terjaga di tengah malam 3. Tn.J mengatakan tidak puas yidur 4. Tn.J mengatakan badannya lemas dan tidak semangat untuk beraktivitas 	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur
5.	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2. Tn.J tampak gelisah 3. Tn.J tampak meringis 4. Klien tampak menunjukan gejala distres <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak nyaman ketika duduk terlalu lama 2. Klien mengatakan kaki sering terasa kram 3. Klien mengatakan sering terbangun di tengah malam untuk BAK 5. Klien mengatakan adannya lemas dan tidak semangat untuk beraktivitas 	Gangguan rasa nyaman	Gejala penyakit

PRIORITAS MASALAH

N O . .	Masalah	A			B						C	D	E	F	Prioritas
		1	2	3	1	2	3	4	5	6					
1.	Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan peran sosial		✓						✓		✓	✓	✓	✓	1
2.	Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat			✓					✓		✓	✓		✓	2
3.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional			✓					✓		✓	✓			3
4.	Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur			✓					✓		✓				4
5.	Gangguan rasa nyaman bd gejala penyakit			✓							✓				5

Sumber:(Nasrullah, 2016)

Keterangan :

- B. Kegawatan
 - 4. Gawat darurat (emergensi)
 - 5. Gawat tapi tidak darurat
 - 6. Tidak gawat tidak darurat
- C. Kebutuhan fisiologis
 - 7. Oksigen
 - 8. Air
 - 9. Makanan
 - 10. Suhu tubuh yang normal
 - 11. Tidur
 - 12. Homeostatis
- G. Kebutuhan akan rasa nyaman
- H. Kebutuhan rasa memiliki dan kasih orang
- I. Kebutuhan akan penghargaan
- J. Kebutuhan akan aktualitasi diri

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO.	Diagnosa Keperawatan	Ditemukan	Dipecahkan	Paraf
1.	Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan peran sosial			
2.	Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat			
3.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional			

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
1.	Harga Diri Rendah Situasional bd Perubahan peran sosial	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 x 45 menit diharapkan harga diri meningkat	1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3. Konsentrasi meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Kemampuan membuat keputusan meningkat 6. Perasaan malu menurun 7. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun	Rencana tindakan keperawatan yang mungkin akan dilakukan sebagai berikut: Promosi Harga Diri Observasi: a. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri Terapeutik a. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri b. Diskusikan persepsi negatif diri c. Dorong klien untuk mempertahankan kontak mata d. Berikan pengalaman yang dapat meningkatkan	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
				<p>kemampuan klien</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif b. Latih cara berfikir dan berperilaku positif <p>Dukungan Emosional</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk b. Identifikasi hal yang telah memicu emosi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih b. Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu c. Kurangi tuntutan 	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
				<p>berpikir saat sakit atau lelah</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu b. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih) c. Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan d. Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan 	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
				<p>yang tepat Kolaborasi</p> <p>a. Rujuk untuk konseling, jika perlu</p>	
2.	Gangguan Interaksi Sosial bd Ketiadaan Orang Terdekat	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 x 45 menit diharapkan interaksi sosial meningkat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat 2. Perasaan mudah menerima atau mengkomunik asikan perasaan meningkat 3. Responsif pada orang lain meningkat 4. Minat melakukan kontak emosi maningkat 5. Kontak mata meningkat 6. Ekspresi wajah responsif meningkat 7. Gejala cemas menurun 	<p>Rencana tindakan keperawatan yang mungkin akan dilakukan sebagai berikut:</p> <p>Promosi Sosialisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain b. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan b. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu 	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
				<p>hubungan</p> <p>c. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok</p> <p>d. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis: jalan-jalan, ke toko buku)</p> <p>e. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>f. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan</p> <p>g. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</p> <p>h. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</p> <p>b. Anjurkan ikut serta kegiatan</p>	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
				<p>sosial dan kemasyarakatan</p> <p>c. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</p> <p>d. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain</p> <p>e. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi</p> <p>f. Latih mengekspresikan marah dengan tepat</p> <p>Modifikasi Perilaku Keterampilan Sosial</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial</p> <p>b. Identifikasi fokus pelatihan keterampilan sosial</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Motivasi untuk berlatih keterampilan</p>	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
				<p>social b. Beri umpan balik positif (mis: pujian atau penghargaan) terhadap kemampuan sosialisasi</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan melatih keterampilan sosial b. Jelaskan respons dan konsekuensi keterampilan sosial c. Anjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami d. Anjurkan mengevaluasi pencapaian setiap interaksi e. Latih keterampilan sosial secara bertahap 	
3.	Ansietas bd Krisis Situasional	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 x 45 menit diharapkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Konsentrasi 	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi saat tingkat ansietas 	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
		tingkat ansietas menurun	<p>membaiik</p> <p>4. Pola tidur membaik</p> <p>5. Kontak mata membaik</p>	<p>berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)</p> <p>b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</p> <p>c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</p> <p>c. Pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>d. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>f. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</p> <p>g. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu</p>	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
				<p>kecemasan</p> <p>h. Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis c. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan d. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi e. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan f. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat g. Latih Teknik 	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
				<p>relaksasi</p> <p>Teknik Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ke tidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif b. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan c. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya d. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan e. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ciptakan lingkungan 	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
				<p>tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi c. Gunakan pakaian longgar d. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama e. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih c. Anjurkan mengambil posisi nyaman d. Anjurkan rileks 	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Paraf
				<p>dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>e. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih</p> <p>f. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</p>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Selasa/ 18 Februari 2025	Harga Diri Rendah Situasional bd Perubahan Peran Sosial	<ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor tanda-tanda vital klien b. Mengidentifikasi masalah yang dialami klien c. Mengidentifikasi penyebab klien mengalami HDR d. Mengidentifikasi kemampuan yang masih bisa dilakukan klien saat itu e. Memonitor aktivitas pasien di wisma f. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan g. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J mengatakan bahwa ia tidak nyaman berada di wisma b. Tn.J mengatakan tidak berguna c. Tn.J mengatakan takut tidak diterima saat berkomunikasi dengan teman yang lain <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J tampak berbicara dengan pelan dan tidak jelas b. Tn.J tampak menunduk saat diajak berkomunikasi c. Tidak ada kontak mata saat berbicara pada Tn.J d. Tn.J tampak lesu dan tidak bersemangat <p>A: Harga diri rendah situasional belum teratas</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			<p>P: Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi kemampuan yang masih bisa dilakukan klien saat itu b. Memonitor aktivitas pasien di wisma c. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan d. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih) e. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri f. Diskusikan persepsi negatif diri g. Dorong klien untuk mempertahankan kontak mata 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Selasa/ 17 Februari 2025	Gangguan Interaksi Sosial bd Ketiadaan Orang Terdekat	<p>a. Mengidentifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p>b. Mengidentifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p>c. Mengidentifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial</p> <p>d. Menjelaskan tujuan melatih keterampilan sosial</p> <p>e. Menganjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami</p> <p>f. Memotivasi klien agar mampu berkomunikasi dengan baik yaitu dengan mengangkat wajah saat berbicara</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya saat ini b. Tn.J mengatakan tidak memiliki teman ataupun orang terdekat c. Tn.J mengatakan susah untuk berkomunikasi dengan teman lainnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien terlihat tidak tertarik untuk berbicara dengan orang lain b. Pasien terlihat susah untuk bicara c. Kontak mata pasien kurang baik saat berkomunikasi <p>A: Gangguan Interaksi Sosial belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menganjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami b. Memotivasi klien agar mampu berkomunikasi 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			<p>dengan baik yaitu dengan mengangkat wajah saat berbicara</p> <p>c. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>d. Menganjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</p> <p>e. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p>	
Selasa/ 18 Februari 2025	Ansietas bd Krisis Situasional	<p>a. Melakukan pendekatan kepada pasien untuk mengurangi kecemasan</p> <p>b. Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan</p> <p>c. Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbalk)</p> <p>d. Menciptakan suasana terapeutik untuk</p>	<p>S:</p> <p>a. Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain</p> <p>b. Tn J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya</p> <p>c. Tn.J mengatakan tidak berdaya saat menjawab pertanyaan dari</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		<p>menumbuhkan kepercayaan</p> <p>e. Mengidentifikasi situasi yang membuat ansietas</p> <p>f. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>	<p>O: teman-teman sewisnya</p> <p>a. Tn.J tampak gelisah</p> <p>b. Tn.J tampak cemas</p> <p>c. Tn.J tampak banyak menunduk</p> <p>d. Kontak mata Tn.J kurang</p> <p>e. Tangan Tn.J tampak tremor</p> <p>A: Ansietas belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>a. Melakukan pendekatan kepada pasien untuk mengurangi kecemasan</p> <p>b. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>c. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>d. Memberikan motivasi kepada pasien untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya.</p> <p>e. Menggali hal</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			positif pada pasien setiap kali pertemuan dengan lansia	
Rabu/ 19 Februari 2025	Harga Diri Rendah Situasional bd Perubahan Peran Sosial	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi kemampuan yang masih bisa dilakukan klien saat itu b. Memonitor aktivitas pasien di wisma c. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan d. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih) e. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri f. Diskusikan persepsi negatif diri 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J mengatakan bahwa ia tidak nyaman berada di wisma b. Tn.J mengatakan tidak berguna c. Tn.J mengatakan takut tidak diterima saat berkomunikasi dengan teman yang lain <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J tampak berbicara dengan pelan dan tidak jelas b. Tn.J tampak menunduk saat diajak berkomunikasi c. Tidak ada kontak mata saat berbicara pada Tn.J d. Tn.J tampak lesu dan tidak bersemangat 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		<p>g. Dorong klien untuk mempertahankan kontak mata</p>	<p>A: Harga diri rendah situasional belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor aktivitas pasien di wisma b. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan c. Berikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien d. Mengajurkan membuka diri terhadap kritik negatif e. Memfasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Rabu/ 19 Februari 2025	Gangguan Interaksi Sosial bd Ketiadaan Orang Terdekat	<p>d. Mengajurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami</p> <p>e. Memotivasi klien agar mampu berkomunikasi dengan baik yaitu dengan mengangkat wajah saat berbicara</p> <p>f. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>g. Mengajurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</p> <p>h. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya saat ini b. Tn.J mengatakan tidak memiliki teman ataupun orang terdekat c. Tn.J mengatakan susah untuk berkomunikasi dengan teman lainnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien terlihat tidak tertarik untuk berbicara dengan orang lain b. Pasien terlihat susah untuk bicara c. Kontak mata pasien kurang baik saat berkomunikasi <p>A:</p> <p>Gangguan Interaksi Sosial belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan kepada klien bahwa kritikan adalah hal baik untuk 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			<ul style="list-style-type: none"> a. memperbaiki diri sendiri b. Mengajurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami c. Memotivasi klien agar mampu berkomunikasi dengan baik yaitu dengan mengangkat wajah saat berbicara d. Mengajak berinteraksi dengan lansia lainnya e. Memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan 	
Rabu/ 19 Februari 2025	Ansietas bd Krisis Situasional	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pendekatan kepada pasien kecemasan, untuk mengurangi b. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan c. Mengajurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi d. Memberikan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain b. Tn J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya c. Tn.J mengatakan 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		<p>motivasi kepada pasien untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya</p> <p>e. Menggali hal positif pada pasien setiap kali pertemuan dengan lansia</p>	<p>tidak berdaya saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewisnya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J tampak gelisah b. Tn.J tampak cemas c. Tn.J tampak banyak menunduk d. Kontak mata Tn.J kurang e. Tangan Tn.J tampak tremor <p>A:</p> <p>Ansietas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan b. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi c. Memberikan motivasi kepada pasien untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya d. Menggali hal positif pada pasien setiap kali pertemuan 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			<p>dengan lansia</p> <p>e. Melatih teknik relaksasi</p>	
Kamis/20 Februari 2025	Harga Diri Rendah Situasional bd Perubahan Peran Sosial	<ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor aktivitas pasien di wisma b. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan c. Berikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien d. Mengajurkan membuka diri terhadap kritik negatif e. Memfasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J mengatakan bahwa ia tidak nyaman berada di wisma b. Tn.J mengatakan tidak berguna c. Tn.J mengatakan takut tidak diterima saat berkomunikasi dengan teman yang lain <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J tampak berbicara dengan pelan dan tidak jelas b. Tn.J tampak menunduk saat diajak berkomunikasi c. Tidak ada kontak mata saat berbicara pada Tn.J d. Tn.J tampak lesu dan tidak bersemangat <p>A: Harga diri rendah situasional belum</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			<p>teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor aktivitas pasien di wisma b. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan c. Memberikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien d. Mengajak pasien berinteraksi dengan lansia lainnya e. Mengajak dan mendorong klien untuk membersihkan tempat tidur f. Meningkatkan kepercayaan klien bahwa 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			klien bisa melakukan hal yang sama dengan lansia lainnya	
Kamis/ 20 Februari 2025	Gangguan Interaksi Sosial bd Ketiadaan Orang Terdekat	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan kepada klien bahwa kritikan adalah hal baik untuk memperbaiki diri sendiri b. Mengajurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami c. Memotivasi klien agar mampu berkomunikasi dengan baik yaitu dengan mengangkat wajah saat berbicara d. Mengajak berinteraksi dengan lansia lainnya e. Memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya saat ini b. Tn.J mengatakan tidak memiliki teman ataupun orang terdekat c. Tn.J mengatakan susah untuk berkomunikasi dengan teman lainnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien terlihat tidak tertarik untuk berbicara dengan orang lain b. Pasien terlihat susah untuk bicara c. Kontak mata pasien kurang baik saat berkomunikasi <p>A: Gangguan Interaksi Sosial belum teratasi</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			<p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan kepada klien bahwa kritikan adalah hal baik untuk memperbaiki diri sendiri b. Mengajurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami c. Memotivasi klien agar mampu berkomunikasi dengan baik yaitu dengan mengangkat wajah saat berbicara d. Mengajak berinteraksi dengan lansia lainnya e. Mendorong klien untuk lebih meningkatkan volume suaranya saat berbicara f. Memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Kamis/ 20 Februari 2025	Ansietas bd Krisis Situasional	<ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan b. Mengajurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi c. Memberikan motivasi kepada pasien untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya d. Menggali hal positif pada pasien setiap kali pertemuan dengan lansia e. Melatih teknik relaksasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J mengatakan takut dan cemas saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain b. Tn J mengatakan tidak mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya c. Tn.J mengatakan tidak berdaya saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J tampak gelisah b. Tn.J tampak cemas c. Tn.J tampak banyak menunduk d. Kontak mata Tn.J kurang e. Tangan Tn.J tampak tremor <p>A:</p> <p>Ansietas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi mengidentifikasi situasi yang 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			<p>memicu kecemasan</p> <p>b. Memberikan motivasi kepada lansia untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya</p> <p>c. Menggali hal positif pada pasien setiap kali pertemuan dengan lansia</p> <p>d. Melatih teknik relaksasi</p> <p>e. Mengajak klien untuk berinteraksi dengan lansia lainnya</p>	
Jum'at/ 21 Februari 2025	Harga Diri Rendah Situasional bd Perubahan Peran Sosial	<p>a. Memonitor aktivitas pasien di wisma</p> <p>b. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan</p> <p>c. Memberikan pengalaman yang dapat meningkatkan</p>	<p>S:</p> <p>a. Tn.J mengatakan bahwa ia mulai berbaur dengan teman lain</p> <p>b. Tn.J mengatakan mulai bisa berkomunikasi dengan baik</p> <p>c. Tn.J mengatakan rasa takutnya sedikit berkurang saat berkomunikasi dengan teman</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		<p>kemampuan klien</p> <p>d. Mengajak pasien berinteraksi dengan lansia lainnya</p> <p>e. Mengajak dan mendorong klien untuk membersihkan tempat tidur</p> <p>f. Meningkatkan kepercayaan klien bahwa klien bisa melakukan hal yang sama dengan lansia lainnya</p>	<p>yang lain</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J tampak berbicara dengan mulai jelas b. Tn.J tampak tidak menunduk saat diajak berkomunikasi c. Kontak mata Tn.J sedikit membaik d. Tn.J mulai tampak bersemangat <p>A: Harga diri rendah situasional sedikit teratasi</p> <p>P: Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor aktivitas pasien di wisma b. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan c. Memberikan pengalaman yang dapat meningkatkan 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			<p>kemampuan klien</p> <p>d. Mengajak pasien berinteraksi dengan lansia lainnya</p> <p>e. Mengajak dan mendorong klien untuk merapikan barang yang berserakan</p> <p>f. Meningkatkan kepercayaan klien bahwa klien bisa melakukan hal yang sama dengan lansia lainnya</p>	
Jum'at/ 21 Februari 2025	Gangguan Interaksi Sosial bd Ketiadaan Orang Terdekat	<p>a. Menjelaskan kepada klien bahwa kritikan adalah hal baik untuk memperbaiki diri sendiri</p> <p>b. Mengajurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami</p> <p>c. Memotivasi</p>	<p>S:</p> <p>a. Tn.J mengatakan sedikit nyaman dengan kondisinya saat ini</p> <p>b. Tn.J mengatakan memiliki 1 orang teman</p> <p>c. Tn.J mengatakan sedikit lancar untuk</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		<p>klien agar mampu berkomunikasi dengan baik yaitu dengan mengangkat wajah saat berbicara</p> <p>d. Mengajak berinteraksi dengan lansia lainnya</p> <p>e. Mendorong klien untuk lebih meningkatkan volume suaranya saat berbicara</p> <p>f. Memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p>	<p>berkomunikasi dengan teman lainnya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak mulai bersemangat untuk bercerita b. Pasien tampak mulai lancar c. Kontak mata pasien sedikit membaik saat berkomunikasi <p>A: Gangguan Interaksi Sosial sedikit teratas</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan kepada klien bahwa kritikan adalah hal baik untuk memperbaiki diri sendiri b. Mengajurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami c. Memotivasi klien agar mampu berkomunikasi dengan baik d. Mengajak berinteraksi dengan lansia lainnya 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			<ul style="list-style-type: none"> e. Mendorong klien untuk lebih meningkatkan volume suaranya saat berbicara f. Memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan 	
Jum'at/ 21 Februari 2025	Ansietas bd Krisis Situasional	<ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan b. Memberikan motivasi kepada lansia untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya c. Menggali hal positif pada pasien setiap kali pertemuan dengan lansia d. Melatih teknik relaksasi e. Mengajak klien untuk berinteraksi dengan lansia 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J mengatakan takut dan cemasnya sedikit berkurang saat ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain b. Tn J mengatakan mulai mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya c. Tn.J mengatakan mulai bisa saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gelisah Tn.J tampak sedikit berkurang b. Tn.J tampak mulai menegakkan 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		lainnya	<p>kepala saat bicara</p> <p>c. Kontak mata Tn.J sedikit membaik</p> <p>d. Tangan Tn.J tampak sudah tidak tremor</p> <p>A: Ansietas sedikit teratas</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan b. Memberikan motivasi kepada lansia untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya c. Menggali hal positif pada pasien setiap kali pertemuan dengan lansia d. Melatih teknik relaksasi e. Mengajak klien untuk berinteraksi dengan lansia lainnya 	
Sabtu/	Harga Diri	a. Memonitor	S:	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
22 Februari 2025	Rendah Situasional bd Perubahan Peran Sosial	<p>aktivitas pasien di wisma</p> <p>b. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan</p> <p>c. Memberikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien</p> <p>d. Mengajak pasien berinteraksi dengan lansia lainnya</p> <p>e. Mengajak dan mendorong klien untuk merapikan barang yang berserakan</p> <p>f. Meningkatkan kepercayaan klien bahwa klien bisa</p>	<p>a. Tn.J mengatakan bahwa mulai nyaman berada di wisma</p> <p>b. Tn.J mengatakan mulai bisa melakukan kegiatan</p> <p>c. Tn.J mengatakan mulai bisa berkomunikasi dengan teman yang lain</p> <p>O:</p> <p>a. Tn.J tampak berbicara dengan jelas</p> <p>b. Tn.J tampak sudah menegakkan kepala saat berkomunikasi</p> <p>c. Kontak mata mulai membaik</p> <p>d. Tn.J tampak mulai bersemangat</p> <p>A: Harga diri rendah situasional teratas sebagian</p> <p>P: Intervensi Dilanjutkan oleh pengasuh</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		melakukan hal yang sama dengan lansia lainnya		
Sabtu/ 22 Februari 2025	Gangguan Interaksi Sosial bd Ketiadaan Orang Terdekat	<p>a. Menjelaskan kepada klien bahwa kritikan adalah hal baik untuk memperbaiki diri sendiri</p> <p>b. Mengajurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami</p> <p>c. Memotivasi klien agar mampu berkomunikasi dengan baik</p> <p>d. Mengajak berinteraksi dengan lansia lainnya</p> <p>e. Mendorong klien untuk lebih meningkatkan volume suaranya saat berbicara</p> <p>f. Memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan</p>	<p>S:</p> <p>a. Tn.J mengatakan mulai nyaman dengan kondisinya saat ini</p> <p>b. Tn.J mengatakan sudah memiliki teman</p> <p>c. Tn.J mengatakan sudah mulai bisa untuk berkomunikasi dengan teman lainnya</p> <p>O:</p> <p>a. Pasien mulai terlihat tertarik untuk berbicara dengan orang lain</p> <p>b. Pasien terlihat sedikit lancar untuk bicara</p> <p>c. Kontak mata pasien mulai membaik saat berkomunikasi</p> <p>A: Gangguan Interaksi Sosial teratasi sebagian</p> <p>P:</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan kemampuan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			Intervensi dilanjutkan oleh pengasuh	
Sabtu/ 22 Februari 2025	Ansietas bd Krisis Situasional	<ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan b. Memberikan motivasi kepada lansia untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya c. Menggali hal positif pada pasien setiap kali pertemuan dengan lansia d. Melatih teknik relaksasi e. Mengajak klien untuk berinteraksi dengan lansia lainnya 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J mengatakan rasa takut dan cemas ingin memulai berkomunikasi dengan teman lain berkurang b. Tn J mengatakan sudah mampu berkomunikasi dengan baik bersama teman-teman di wismanya c. Tn.J mengatakan sudah mulai bisa saat menjawab pertanyaan dari teman-teman sewismanya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.J tampak lebih tenang b. Tn.J sudah tampak tidak menunduk lagi c. Kontak mata Tn.J sedikit membaik d. Tangan Tn.J tampak sudah tidak tremor <p>A: Ansietas teratas</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	

Evaluasi Setelah Dilakukan Implementasi

DAFTAR TILIK HARGA DIRI RENDAH (HDR) PADA LANSIA DI PSTW

C. Identitas Responden

Nama :Tn.J
Umur :65 Tahun
Jenis Kelamin :Laki-laki
Wisma :Tandikek
Tanggal Pengkajian :17 Februari 2025

D. Harga Diri Rendah pada Lansia

Petunjuk: Berikan tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai dengan kondisi lansia.

No .	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Mengungkapkan perasaan tidak berharga atau tidak berguna	✓	
2.	Merasa malu atau bersalah atas sesuatu	✓	
3.	Sulit mengambil keputusan atau menentukan pilihan	✓	
4.	Menarik diri dari interaksi sosial	✓	
5.	Tidak merawat diri sendiri (misalnya, kebersihan diri, berpakaian)	✓	
6.	Mengalami gangguan tidur atau nafsu makan	✓	
7.	Sering mengkritik diri sendiri atau merendahkan kemampuannya	✓	
8.	Merasa putus asa atau tidak memiliki harapan	✓	
9.	Tampak murung atau sedih berkepanjangan	✓	
10.	Memiliki pikiran untuk bunuh diri atau menyakiti diri sendiri	✓	
	Total	1	9

Keterangan:

Total Skor: (Jumlah jawaban "Ya")

Interpretasi:

- 4) Skor 0-3: Kemungkinan kecil mengalami HDR
- 5) Skor 4-7: Kemungkinan mengalami HDR sedang
- 6) Skor 8-10: Kemungkinan mengalami HDR berat

Format Pengkajian Gangguan Interaksi Sosial

A.Identitas Dasar Lansia

Nama : Tn. J

Usia :65 tahun

Jenis Kelamin :Laki-Laki

Wisma :Tandikek

B.Gangguan Interaksi Sosial pada Lansia

Petunjuk: Berikan tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai dengan kondisi lansia.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Apakah lansia merasa nyaman berada di panti?	✓	
2.	Apakah lansia sering berinteraksi dengan keluarga/teman?	✓	
3.	Apakah lansia terlibat dalam kegiatan sosial?		✓
4.	Apakah lansia memiliki teman sebaya atau kelompok dukungan >	✓	
5.	Apakah lansia bisa berkomunikasi dengan baik?	✓	
	Total	4	1

Keterangan

Total skor : (Jumlah jawabab “TIDAK”)

Interpretasi:

Skor 0 : Tidak mengalami gangguan interaksi

Skor 1-2 :Gangguan interaksi ringan

Skor 3-4 : Gangguan interaksi sedang

Skor 5 : Gangguan interaksi berat

FORMAT PENGKAJIAN TINGKAT KECEMASAN

NO	Gejala Kecemasan	Nilai Angka (Score)				
		0	1	2	3	4
1.	Perasaan Cemas (anxietas) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Firasat buruk ▪ Mudah tersinggung ▪ Takut akan pikiran sendiri ▪ Cemas 	√				
2.	Ketegangan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Merasa tegang ▪ Lesu ▪ Mudah terkejut ▪ Tidak dapat istirahat dengan tenang ▪ Mudah menangis ▪ Gemetar ▪ Gelisah 	√				
3.	Ketakutan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pada gelap ▪ Ditinggal sendiri ▪ Pada orang asing ▪ Pada kerumunan banyak orang ▪ Pada keramaian lalu lintas ▪ Pada Binatang besar 	√				
4.	Gangguan tidur <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sukar memulai tidur ▪ Terbangun dimalam hari √ ▪ Mimpi buruk ▪ Tidur tidak nyenyak √ ▪ Bangun dengan lesu ▪ Banyak bermimpi ▪ Mimpi menakutkan 		√			
5.	Gangguan kecerdasan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daya ingat buruk ▪ Sulit berkonsentrasi ▪ Daya ingat menurun 	√				
6.	Perasaan depresi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kehilangan minat ▪ Sedih ▪ Berkurangnya kesukaan pada hobi ▪ Perasaan berubah ubah ▪ Bangun dini hari √ 	√				

7.	Gejala somatic (otot-otot) ■ Nyeri otot ■ Kaku ■ Kedutan otot	√				
----	---	---	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gigi gemertak ▪ Suara tak stabil ✓ 				
8.	Gejala sensorik <ul style="list-style-type: none"> ▪ Telinga berdengung ▪ Penglihatan kabur ▪ Muka merah dan pucat ▪ Merasa lemah ▪ Perasaan ditusuk tusuk 	✓			
9.	Gejala kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> ▪ Denyut nadi cepat ▪ Berdebar debar ▪ Nyeri dada ▪ Rasa lemah seperti mau pingsan ▪ Denyut nadi mengeras ▪ Detak jantung menghilang (berhenti sekejap) 	✓			
10.	Gejala pernafasan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rasa tertekan di dada ▪ Perasaan tercekik ▪ Merasa nafas pendek/sesak ▪ Sering menarik nafas Panjang 	✓			
11.	Gejala gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sulit menelan ▪ Mual ▪ Muntah ▪ Perut terasa penuh dan kembung ▪ Nyeri lambung sebelum dan sesudah makan ▪ Perut melilit ▪ Gangguan pencernaan ▪ Perasaan terbakar diperut ▪ Buang air besar lembek ▪ Konstipasi ▪ Kehilangan berat badan 	✓			
12.	Gejala urigenitalia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sering kencing ▪ Tidak dapat menahan kencing ▪ Tidak dating bulan ▪ Darah haid berlebihan ▪ Darah haid amat sedikit ▪ Masa haid berkepanjangan ▪ Masa haid amat pendek ▪ Haid beberapa kali sebulan ▪ Menjadi dingin ▪ Ejakulasi dini ▪ Ereksi lemah ▪ Ereksi hilang ▪ Impotensi 	✓			

13.	Gejala otonom <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mulut kering 	√				
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muka merah ▪ Mudah berkeringat ▪ Sakit kepala ▪ Bulu rompa berdiri ▪ Kepala terasa berat ▪ Kepala terasa sakit 	√				
14.	Tingkah laku (sikap) pada saat wawancara <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gelisah ▪ Tidak tenang ▪ Menggerutkan dahi ▪ Muka tegang ▪ Nafas pendek dan cepat ▪ Muka merah ▪ Jari gemetar ▪ Otot tegang/mengeras 	√				
Total Skor		4				

Berilah tanda silang (✓) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi responden. Jawaban boleh lebih dari 1 (satu). Masing-masing nilai angka (score) dari ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu :

0-14 = **Tidak ada kecemasan**

14-20 = **Kecemasan ringan**

21-27 = **Kecemasan sedang**

28-41 = **Kecemasan berat**

45-56 = **Panik**

Keterangan penilaian :

Angka 0 : tidak ada (tidak terdapat gejala)

Angka 1 : ringan (mengalami satu atau kurang dari setengah gejala yang ada)

Angka 2 : sedang (setengah dari gejala yang ada)

Angka 3 : berat (mengalami lebih dari setengah gejala yang ada)

Angka 4 : sangat berat (mengalami semua gejala yang ada)

Hasil dari pengkajian tingkat kecemasan pada klien dengan skor 14 dimana klien mengalami gangguan **kecemasan ringan** yang di tandai dengan gelisah, tidak tenang, jari gemetar, mengerutkan dahi, mudah berkeringat, takut pada keramaian, takut pada orang lain, cemas, takut dengan pikiran sendiri.

Sumber : Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Lampiran 11. Lembar Konsultasi

No	Pegawai	Konsultasi	Tujuan
1	Administrator	Memperbaiki sistem	
2	Analisa Data	Menyelesaikan masalah data	
3	Penelitian Data	Menyelesaikan masalah data	
4	Analisa Data	Menyelesaikan masalah data	
5	Analisa Data	Menyelesaikan masalah data	
6	Analisa Data	Menyelesaikan masalah data	
7	Analisa Data	Menyelesaikan masalah data	
8	Analisa Data	Menyelesaikan masalah data	
9	Analisa Data	Menyelesaikan masalah data	

10

REFERENCES

- 1 -

10

- 4 -

634

→ $\pi \rightarrow \pi^+ \pi^-$

177

1970-1971

10 of 10

1990-1991

115-51

145

卷之二

www.ijerph.org

$\omega = 3.3 \text{ rad s}^{-1}$



Category	Description	Quantity	Unit
1.0	1.0	1.0	kg
2.0	2.0	2.0	kg
3.0	3.0	3.0	kg

Lampiran 12. Bukti Persentase Turnitin(Cek plagiat)

