

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Dasar Harga Diri Rendah

2.1.1. Pengertian Harga Diri Rendah

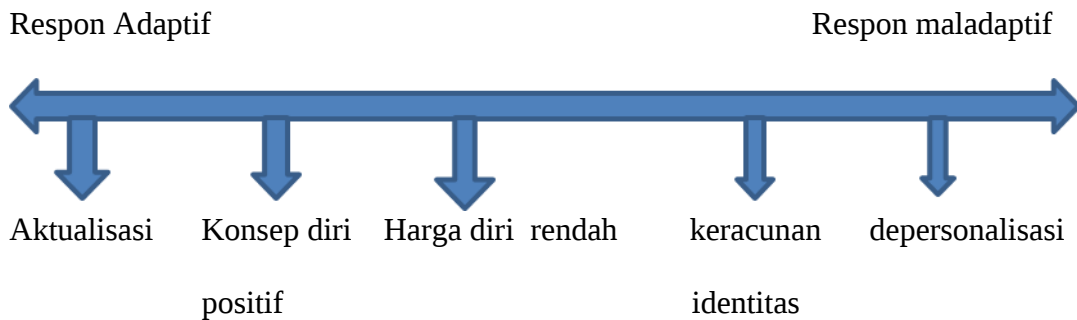
Harga diri rendah adalah merupakan komponen episode depresi mayor, dimana aktivitas merupakan bentuk hukuman atau punishment (Stuart & Laria, 2005 Stuart dalam Lelono, 2015). Gangguan harga diri atau biasa disebut dengan harga diri rendah merupakan suatu persepsi atau pemahaman yang salah yang bersifat negatif terhadap diri sendiri, ditandai dengan hilangnya kepercayaan diri dan merasa gagal dalam mencapai keinginan (Muhith, 2015).

Harga diri rendah dapat terjadi secara situasional atau kronis. Harga diri kronis adalah evaluasi diri atau perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif dan di pertahankan dalam waktu yang lama. Harga diri rendah merupakan perasaan over negatif terhadap diri sendiri, hilangnya kepercayaan diri dan gagal mencapai tujuan yang di ekspresikan secara langsung maupun secara tidak langsung melalui tingkat kecemasan yang sedang sampai berat (Deans & Meocevic, 2006: Stuart 2014).

2.1.2. Rentang Respon Harga Diri Rendah

Menurut Muhith (2015) tentang respon konsep diri dapat di lihat pada gambar berikut ini :

Bagan 2.1 Respon Masalah



Sumber: (Muhith, 2015)

Keterangan :

1. Aktualisasi diri : Pernyataan tentang konsep diri yang positif dengan pengalaman latar belakang sukses.
2. Konsep diri positif : Apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam perwujudan dirinya.
3. Harga diri rendah : Perasaan negatif terhadap diri sendiri, termasuk kehilangan rasa percaya diri, tidak berharga, tidak berdaya, pesimis.
4. Keracunan identitas : Kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak kedalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.
5. Dipersonalisasi : Perasaan tidak realistik dalam kegiatan dari diri sendiri, kesulitan membedakan diri sendiri, merasa tidak nyata dan asing baginya.

2.1.3. Faktor Predisposisi Dan Faktor Prespitasi Harga Diri Rendah

A. Faktor Predisposisi (Keperawatan UI, 2016)

1. Biologi

a. Genetik

- 1) Riwayat adanya trauma yang mengakibatkan adanya lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik.
- 2) Pada anak yang mempunyai riwayat orang tua yang mengalami gangguan jiwa.
- 3) Riwayat janin pada saat prenatal dan perinatal meliputi trauma, penurunan oksigen, prematur, preeklamsi, malnutrisi, stress, dan ibu perokok.

b. Nutrisi

Adanya riwayat gangguan nutrisiditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa

c. Keadaan kesehatan secara umum

Riwayat kesehatan umum, misalnya kurang gizi, kurang tidur, gangguan irama, sirkadia, kelemahan, infeksi.

d. Sensitivitas biologi

- 1) Riwayat penggunaan obat
- 2) Riwayat terkena infeksi dan trauma
- 3) Radiasi dan riwayat pengobatan

e. Paparan terhadap racun

- 1) Paparan virus influenza pada trisemester 3 kehamilan
- 2) Riwayat keracunan CO, asbestos

2. Psikologi

a. Intelegensi

Riwayat kerusakan struktur di lobus frontal dimana lobus tersebut berpengaruh kepada kognitif dan Suplay oksigen terganggu dan glukosa

b. Keterampilan verbal

Gangguan keterampilan verbal akibat faktor komunikasi dalam keluarga, seperti komunikasi peran ganda, tidak ada komunikasi, komunikasi dengan emosi berlebihan. Riwayat kerusakan yang dipengaruhi fungsi bicara, misalnya stroke, trauma kepala.

c. Moral

Riwayat tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral individu, misalnya keluarga yang broken home.

d. Kepribadian

Mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan tinggi, dan menutup diri.

e. Pengalaman masa lalu

Orang tua yang otoriter, suka membandingkan, adanya konflik
Orang tua, anak yang diasuh oleh ibu yang suka cemas, terlalu melindungi, dingin dan tak berperasaan, ayah yang mengambil jarak

dengan anaknya, penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien, dan penilaian negatif yang terus menerus dari orang tua.

f. Konsep diri

Ideal diri yang tidak realitis, Harga diri rendah, Gambaran diri negatif identitas diri yang tak jelas, Krisis peran

g. Motivasi

Riwayat kurangnya penghargaan dan Riwayat kegagalan

h. Pertahanan psikologis

Ambang toleransi terhadap stres rendah dan riwayat gangguan perkembangan

i. *Self control*

Riwayat tidak bisa mengontrol stimulus yang datang, misalnya suara, rabaan, penglihatan, penciuman, pengecap, gerakan.

3. Sosial Budaya

a. Usia

Riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai

b. Gender

Riwayat ketidakjelasan identitas, dan riwayat kegagalan peran gender.

c. Pendidikan

Pendidikan yang rendah dan riwayat putus sekolah dan gagal sekolah.

d. Pendapatan

Penghasilan rendah.

e. Pekerjaan

Pekerjaan stresful, pekerjaan beresiko tinggi.

f. Status sosial

Tuna wisma, kehidupan terisolasi.

g. Latar belakang budaya

Tuntutan sosial budaya seperti paternalistik dan stigma masyarakat.

h. Agama dan keyakinan

- 1) Riwayat tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin.
- 2) Kesalahan persepsi terhadap ajaran agama tertentu

i. Keikutsertaan dalam politik

Riwayat kegagalan dalam berpolitik.

j. Pengalaman sosial

- 1) Perubahan dalam kehidupan, misalnya bencana, perang, kerusuhan, dll.
- 2) Tekanan dalam pekerjaan
- 3) Kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan

k. Peran sosial

- 1) Isolasi sosial khususnya untuk usia lanjut
- 2) Stigma yang negatif dari masyarakat

- 3) Diskriminasi
- 4) Stereotype
- 5) Praduga negatif

B. Faktor Presipitasi (Keperawatan UI, 2016)

1. Biologi

a. Genetik

- 1) Riwayat Trauma yang mengakibatkan adanya Lesi pada daerah frontal, temporal & limbik.
- 2) Persentasi akan semakin meningkat terjadi pada anak yang memiliki orang tua yang mempunyai riwayat sekitar 35%.
- 3) Pada saat janin memiliki riwayat trauma, penurunan oksigen saat melahirkan, prematur, preeklamsi, malnutrisi, stres, ibu perokok, peminum minuman keras.

b. Nutrisi

Adanya riwayat gangguan nutrisi yang ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa.

c. Keadaan kesehatan secara umum

- 1) Riwayat kesehatan umum, misalnya kurang gizi, kurang tidur, gangguan irama sirkadian.
- 2) Kelemahan
- 3) Infeksi

d. Sensitifitas biologi

- 1) Riwayat penggunaan obat
- 2) Riwayat terkena infeksi dan trauma
- 3) Radiasi dan riwayat pengobatannya

e. Paparan terhadap racun

- 1) Paparan virus influenza pada trisemester 3 kehamilan
- 2) Riwayat keracunan CO. Asbestos

2. Psikologi

a. Intelegensi

- 1) Riwayat kerusakan struktur di lobus frontal yang berpengaruh terhadap proses kognitif
- 2) Suplay oksigen tergantung pada glukosa

b. Keterampilan verbal

- 1) Gangguan keterampilan verbal akibat faktor komunikasi dalam keluarga seperti: komunikasi peran ganda, komunikasi tertutup.
- 2) Riwayat kerusakan yang mempengaruhi fungsi bicara, misalnya stroke, trauma kepala.

c. Moral

Riwayat tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral individu misalnya, lingkungan keluarga yang broken home, konflik, lapas.

d. Kepribadian

- 1) Mudah kecewa
- 2) Mudah putus asa
- 3) Kecemasan tinggi
- 4) Menutup diri

e. Pengalaman masa lalu

- 1) Orang tua yang otoriter, suka membandingkan
- 2) Konflik Orang tua
- 3) Anak yang disalahkan oleh ibu yang suka cemas, terlalu melindungi, dingin dan tak berperasaan.
- 4) Ayah yang mengambil jarak dengan anaknya
- 5) Penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.
- 6) Penilaian negatif yang terus menerus dari orang tua

f. Konsep diri

- 1) Ideal diri yang tidak realitis
- 2) Harga diri rendah
- 3) Gambaran diri negatif identitas diri yang tak jelas
- 4) Krisis peran

g. Motivasi

- 1) Riwayat kurangnya penghargaan
- 2) Riwayat kegagalan

h. Pertahanan psikologi

a. Ambang toleransi terhadap stres rendah

b. Riwayat gangguan perkembangan

i. *Self control*

Riwayat tidak bisa mengontrol stimulus yang datang, misalnya suara, rabaan, penglihatan, penciuman, pengecap, gerakan.

3. Sosial

a. Usia

Riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai.

4. Gender

a. Riwayat ketidakjelasan identitas

b. Riwayat kegagalan peran gender

5. Pendidikan

a. Pendidikan yang rendah

b. Riwayat putus sekolah dan gagal sekolah

6. Pendapatan

Penghasilan rendah.

7. Pekerjaan

Pekerjaan stresful, pekerjaan beresiko tinggi.

8. Status sosial

Tuna wisma, kehidupan terisolasi.

9. Latar belakang budaya

Stigma masyarakat

10. Agama dan keyakinan

- a. Riwayat tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin
- b. Kesalahan persepsi terhadap ajaran agama tertentu

11. Keikutsertaan dalam politik

Riwayat kegagalan dalam berpolitik

12. Pengalaman sosial

- a. Perubahan dalam kehidupan, misalnya bencana, perang, kerusuhan, dll
- b. Tekanan dalam pekerjaan
- c. Kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan

13. Peran sosial

- a. Isolasi sosial khususnya untuk usia lanjut
- b. Stigma yang negatif dari masyarakat
- c. Diskriminasi
- d. Stereotype
- e. Praduga negative

2.1.4 Proses Terjadinya Harga Diri Rendah

Harga dirirendah terjadi karena individu tidak pernah mendapat *feedback* dari lingkungan tentang perilaku klien sebelumnya bahkan kecendrungan lingkungan yang selalu memberi respon negatif mendorong individu menjadi harga diri rendah (Muhith, 2015). Harga diri rendah terjadi disebabkan banyak faktor. Awalnya individu berada pada suatu situasi yang penuh dengan stressor (krisis), individu berusaha menyelesaikan krisis tetapi tidak mampu atau merasa gagal

menjalankan fungsi dan peran. Penilaian individu terhadap diri sendiri karena kegagalan menjalankan fungsi dan peran adalah kondisi harga diri rendah situasional, jika lingkungan tidak memberidukung positif atau justru menyalahkan individu dan terjadi secara terus menerus akan mengakibatkan individu mengalami harga diri rendah (Masturah, 2017).

2.1.5 Klasifikasi Harga Diri Rendah

Klasifikasi harga diri rendah dalam diagnosa keperawatan (Nanda, 2010) adalah:

a. Harga diri rendah situasional

adalah persepsi negatif tentang diri sendiri karena adanya situasi yang terjadi seperti, karena adanya trauma yang muncul secara tiba-tiba misalnya, harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara termasuk dirawat di rumah sakit bisa menyebabkan harga diri rendah karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang membuat lingkungan klien tidak nyaman, kegagalan yang dialami, perubahan peran sosial dan penolakan dari lingkungan. Tanda dan gejala adalah merasa tidak mampu menghadapi suatu peristiwa, merasa bimbang, merasa tidak berguna, bicara lambat, dan perilaku tidak asertif (tidak mampu mengkomunikasikan keinginannya).

b. Harga diri rendah kronik

Perasaan negatif tentang diri sendiri yang berlangsung lama. Individu dengan harga diri rendah kronik sebelum sakit atau sebelum dirawat klien sudah memiliki pikiran negatif dan meningkat saat dirawat. Faktor

pendukung penyebab harga diri rendah kronik yaitu tidak dapat beradaptasi dengan lingkungan, kurang kasih sayang, tidak dianggap di lingkungan, ketidaksesuaian perilaku dengan norma yang ada, tidak melakukan aturan norma spiritual, merasa tidak dihargai orang lain, gangguan psikiatrik, mengalami kegagalan yang berulang, berpikir negatif, adanya peristiwa yang mengakibatkan trauma.

Tanda dan gejala adalah bergantung dengan orang lain, merasa tidak mampu menghadapi suatu peristiwa, berpikir negative yang berlebihan tentang diri sendiri, merasa bersalah, merasa malu, sering kurang berhasil dalam suatu kegiatan, tidak mau mencoba situasi baru, merasa ragu, kontak mata kurang, perilaku tidak asertif, mengkritik diri sendiri dan menolak hal positif yang ada pada dirinya (menolak diri sendiri).

2.1.6 Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah

Tanda dan gejala harga diri rendah menurut Muhith (2015) meliputi :

1. Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat adanya penyakit atau akibat tindakan terhadap penyakit.
2. Rasa bersalah terhadap diri sendiri
Individu merasa tidak mampu dan tidak berguna dan memandang dirinya lemah.
3. Gangguan hubungan sosial, seperti menarik diri dari masyarakat, Individu merasa tidak berguna sehingga klien merasa lebih suka menyendiri dan enggan untuk berinteraksi dengan lingkungan masyarakat.

4. Merendahkan martabat.

Individu merasa dirinya lemah merasa bodoh merasa tidak mampu dalam melakukan segala hal, dan individu merasa tidak tahu apa-apa, mengabaikan bahkan menolak kemampuan yang di miliki sehingga produktivitas individu menurun.

2.1.7 Penatalaksanaan Harga Diri

Menurut Maramis (2004), pengobatan harus secepat mungkin diberikan, disini peran keluarga sangat penting karena setelah mendapatkan perawatan di RSJ klien dinyatakan boleh pulang sehingga keluarga mempunyai peran yang sangat penting didalam hal merawat klien, menciptakan lingkungan keluarga yang kondusif dan sebagai pengawasan minum obat (Prabowo, 2014).

2.1.8. Pelaksanaan Medis,

Menurut Struat Laria (2005) penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami harga diri rendah adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain, yaitu:

1. Psikofarmakologis

Obat yang lazim digunakan pada gejala harga diri rendah yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis. Adapun kelompok yang umum digunakan adalah :

Tabel 2.2 terapi Obat

Kelas kimia	Nama generic (dagang)	Dosis harian
Fenotiazin	Tiodazin (Mellaril)	2-40 mg
Tioksanten	Kloprotiksen (Tarctan)	75-600 mg
	Tiotiken (Navane)	8-30 mg
Butirofenon	Haloperidol (Haldol)	1-100 mg
Dibenzodiazepin	Klozapin (Clorazil)	300-900

Sumber (Struat, Laria 2005)

2. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artifisiak dengan melewati aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mampan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi disis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

3. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Penerapan Strategi Pelaksanaan

Menurut Keliat (2007), tindakan keperawatan yang dilakukan :

- Strategi pelaksanaan 1 : Mengidentifikasi aspek positif klien
- Strategi pelaksanaan 2 : Membantu klien memilih kegiatan satu kegiatan kedua (alat dan cara).

- c. Strategi pelaksanaan 3 : Membantu klien memilih kegiatan ke tiga (aj lat dan cara).
- d. Strategi pelaksanaan 4 : Membantu klien memilih kegiatan ke empat (alat dan cara).

Menurut Pusdik Latnakes (2012) tindakan keperawatan tidak hanya ditunjukan untuk klien terapi juga diberikan kepada keluarga, sehingga keluarga mampu mengarahkan klien dalam mengontrol halusinasi.

- a. Strategi pelaksanaan 1 keluarga : Mengenal masalah dalam merawat klien dengan harga diri rendah (tanda dan gejala, proses terjadi, kemampuan aspek positif yang dimiliki klien, latih kelurga memberikan tanggung jawab kegiatan yang dipilih klien).
- b. Strategi pelaksanaan 2 keluarga : Melatih keluarga dalam melakukan kegiatan yang kedua.yang dipilih klien.
- c. Strategi pelaksanaan 3 keluarga : Melatih keuraga dalam melakukan kegiatan yang ke tiga yang dipilih klien.
- d. Strategi pelaksanaan 4 keluarga : Melatih keluarga dalam melakukan kegiatan yang keempat .yang dipilih klien kesehatan untuk *follow up* klien Hdr klien.

4. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong klien bergaul dengan orang lain, klien lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya klien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari :

A. Terapi aktivitas kelompok

Meliputi : Terapi musik, terapi seni, terapi menari, terapi relaksasi, terapi sosial, terapi kelompok, dan terapi lingkungan.

Sesi dari terapi aktivitas kelompok harga diri rendah:

- a. Sesi 1 identifikasi hal positif pada diri
- b. Sesi 2 melatih hal positif pada diri

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pengelompokan data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan kemampuan yang dimiliki (Afnuhazi, 2015).

A. Identitas

Biasanya meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat tanggal pengkajian, nomor rekammedis, ruang rawat, tanggal masuk rumah sakit, diagnose medis dan identitas penanggungjawab.

B. Alasan Masuk

Tanyakan kepada pasien dan keluarga apa alasan pasien dibawa ke rumah sakit, Keluhan utama pasien dengan harga diri rendah biasanya merenung atau menyendiri serta mengkritik atau menyalahkan diri sendiri.

1. Faktor Predisposisi

a. Riwayat Kesehatan Dahulu

- 1) Adanya riwayat gangguan pada pasien atau keluarga.
- 2) Adanya gangguan fisik atau penyakit termasuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

b. Riwayat Psikososial

Pada pasien harga diri rendah riwayat psikososial yang perlu diketahui adalah pernah atau tidak melakukan atau mengalami dan atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam rumah tangga, aniaya, dan tindakan kriminal. Merasakan pengalaman masa lalu lain yang tidak menyenangkan baik bio, psiko, sosio, kultural, maupun spiritual.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Harga diri rendah dapat disebabkan oleh keturunan. Oleh karena itu, pada riwayat penyakit keluarga harus dikaji apakah ada keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa.

2. Faktor Presipitasi

- a. Biologi : Genetic, nutrisi, keadaan kesehatan secara umum, sensitivitas biologi, paparan terhadap racun.
- b. Psikologis : intelegensi, ketrampilan verbal, moral, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologi, *self control*.
- c. Sosio kultural : usia, gender, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, status social, latar belakang Budaya, agama dan keyakinan, keikutsertaan dalam politik, pengalaman sosial, peran sosial.

d. Penilaian terhadap stresor

Penilaian terhadap stresor dapat dikaji dari berbagai sisi, dimulai dari segi kognitif yaitu apa yang dipikirkan klien tentang stresor yang di alaminya, dari segi afekti yaitu bagaimana perasaannya, dari segi fisiologis yaitu bagaimana perubahan fisik yang terjadi akibat stresor, dari segi perilaku yaitu bagaimana perilaku yang ditampilkan terkait stresor dan dari sesi sosial yaitu bagaimana hubungan klien dengan orang lain terkait stresor yang dialaminya.

C. Pmeriksaan Fisik

Kemungkinan tidak ditemukan kelainan dari hasil pengkajian fisik klien, biasanya vital sign dan ukuran pada klien normal.

MK :

- **Resiko Tinggi Perubahan Suhu Tubuh**
- **Defisit volume cairan**
- **Perubahan voleme cairan**
- **Resiko tinggi infeksi**

D. Psikososial

1. Genogram

Genogram biasanya dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga. Tiga generasi yang

dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh pasien maupun keluarga pada pengkajian

MK : Ketidak Efektifan Koping Keluarga.

2. Konsep Diri

a. Citra Tubuh

Kemungkinan ada anggota tubuh pasien yang tidak disukai pasien yang mempengaruhi keadaan pasien saat berhubungan dengan orang lain sehingga pasien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

MK :

- **Gangguan citra tubuh.**

b. Identitas Diri

Kemungkinan pasien merasa tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.

MK :

- **Gangguan Identitas Diri.**

c. Peran Diri

Kemungkinan pasien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya pasien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna

MK : Harga diri rendah.

d. Ideal Diri

Kemungkinan pasien mampu memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat

MK :

- **Harga Diri Rendah.**

e. Harga Diri

Kemungkinan hubungan dengan orang lain tidak terlihat baik, tidak harmonis serta terdapat penolakan atau pasien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun luar lingkungan keluarga.

MK : Harga Diri Rendah.

3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti tempat mengadu, berbicara
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat

MK :

- **Isolasi Sosial**

4. Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan

Kemungkinan pasien menyakini agama yang di anutnya dengan melakukan kegiatan ibadah

b. Kegiatan Ibadah

Kemungkinan selama sakit klien jarang melakukan ibadah.

MK : Distres Spiritual

5. Status Mental

a. Penampilan

Kemungkinan penampilan klien tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai dan cara berpakaian pasien tidak seperti biasanya Kuku panjang, rambut kusam dan pakaian tampak kotor.

MK : Defisit Perawatan Diri

b. Cara Bicara

Kemungkinan cara bicara klien cepat, keras, gagap, apatis, lambat membisu, mudah tersinggung dan tidak mampu memulai pembicaraan.

MK: Hambatan Komunikasi Verbal

c. Aktivitas Motorik

Kemungkinan pasien akan terlihat tegang, gelisah, gerakan agitasi yang menunjukkan kegelisahan, gerakan grimasen otot

muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol klien, gerakan tremor jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menyalurkan tangan dan merentangkan jari-jari dan gerakan kompulsif yang dilakukan berulang-ulang.

MK :

- **Intoleransi Aktivitas**
- **Resiko Tinggi Cidera**

d. Alam Perasaan

Kemungkinan ditemukan keadaan klien tampak seperti sedih, ketakutan, putus asa dan khawatir.

MK:

- **Ansietas Atau Ketakutan**
- **Resiko Tinggi Membahayakan Diri/Mutilasi Diri**

e. Afek

Kemungkinan adek yang terjadi pada klien ada datar yaitu tidak ada perubahan Roman muka pada saat stimulus, afri tumpul hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat, afek labil emosi yang berubah dengan cepat, dan afek tidak sesuai emosi.

MK:

- **Hambatan Komunikasi Verbal**
- **Resiko Cidera**

f. Interaksi selama wawancara

Kemungkinan pasien akan terlihat tidak kooperatif, mudah tersinggung, tidak mau menatap lawan bicara dan curiga.

MK:

- **Resiko Prilaku Kekerasan**
- **Hambatan Komunikasi**
- **Resiko Tinggi Membahayakan Diri/Mutilasi Diri**

g. Persepsi

Kemungkinan pasien mengalami halusinasi, dan persepsinya yaitu isi dari halusinasi, frekuensi, faktor pencetus, waktu terjadi, perasaan, respon. Jika klien tidak mengalami halusinasi kemungkinan klien masih bisa menjawab pertanyaan dengan jelas

MK: Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi

h. Isi pikir

Kemungkinan pasien mengalami pikiran yang selalu muncul walau berusaha menghilangkannya, ketakutan yang patologis dan keyakinan terhadap adanya gangguan.

MK: Gangguan Proses Pikir

i. **Tingkat Kesadaran**

Kemungkinan pasien disorientasi orang, tempat, dan waktu, mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dan tidak sadar, tampak bingung, dan kacau.

MK:

- **Gangguan Proses Pikir**
- **Resiko Cidera**

j. **Memori**

Kemungkinan pasien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi atau tidak dapat mengingat dan mengalami gangguan data ingat jangka panjang maupun daya ingat jangka pendek seperti menceritakan penyebab pasien masuk ke rumah sakit jiwa

MK : Gangguan Proses Pikir

1) **Kemampuan Penilaian**

Kemungkinan pasien kurang mengalami kemampuan penilaian dan tidak mampu mengambil keputusan.

MK:

- **Gangguan Proses Pikir**

2) Daya Tilik Diri

Kemungkinan klien mengingkari penyakit yang diderita dan menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan kondisinya saat ini.

MK: Gangguan Proses Pikir

k. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Kemungkinan pasien tidak ada mengalami penurunan nafsu makan.

MK: Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

2) Mandi

Kemungkinan pasien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang keramas, bercukur dan berhias. Badan klien bau dan kotor dan pasien hanya melakukan kebersihan dirinya bila disuruh.

MK : Defisit Prawatan Diri

3) BAB/BAK

Kemungkinan BAB/BAK klien normal/tidak ada gangguan.

MK : Tidak ada masalah

4) Berpakaian

Kemungkinan pasien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Pasien tidak mampu menggunakan pakaian yang sesuai dan pasien tidak menggunakan alas kaki atau sandal.

MK : Defisit Perawatan Diri

5) Istirahat

Kemungkinan pasien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti menyikat gigi, cuci kaki, dan berdoa. Begitupun sebaliknya saat bangun tidur pasien tidak ada merapikan tempat tidurnya, dan tidak mandi. Frekuensi tidur pasien biasanya berubah-ubah kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

MK : Gangguan Pola Tidur.

6) Penggunaan obat

Kemungkinan klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat putus minum obat

MK : Defisit Pengetahuan

7) Pemeliharaan kesehatan

Kemungkinan klien tidak memperhatikan kesehatanya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

MK : Koping individu tidak efektif

8) Aktivitas didalam rumah

Kemungkinan pasien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

MK : Tidak ada masalah

9) Aktivitas di luar rumah

Kemungkinan klien tidak mau beraktivitas diluar rumah karena klien selalu merasa ketakutan.

MK : Tidak ada masalah.

10) Mekanisme Koping

Kemungkinan pasien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan menarik diri, tidak ingin berkomunikasi, marah-marah keinginannya tidak terpenuhi, klien tampak tidak komunikatif.

MK : Isolasi Sosial

11) Masalah Psikososial dan Lingkungan.

Kemungkinan pasien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan sekitarnya

MK:

- **Isolasi Sosial**
- **Hambatan Interaksi Sosial**
- **Gangguan Konsep Diri**
- **Gangguan Pemeliharaan Lingkungan**
- **Konflik Peran Orang Tua**

12) Pengetahuan

Kemungkinan pasien kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan pasien tidak mengetahui akibat dari putus obat yang di minumnya.

MK:

- **Defisit pengetahuan**
- **Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik**

2.2.2 Daftar Masalah Keperawatan

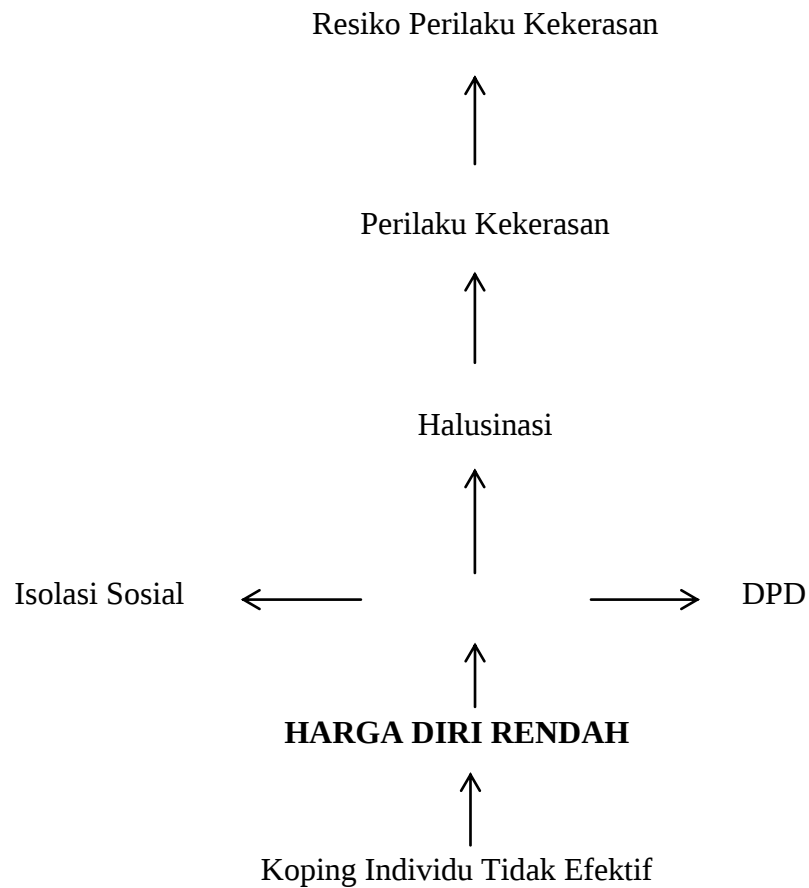
1. Harga diri rendah
2. Isolasi sosial
3. Halusinasi
4. Koping individu tidak efektif
5. Gangguan proses pikir
6. Defisit perawatan diri
7. Gangguan komunikasi verbal
8. Ketidakefektif koping keluarga
9. Gangguan citra tubuh
10. Gangguan identitas diri
11. Distres spiritual
12. Intoleransi aktivitas
13. Resiko perilaku kekerasan
14. Hambatan komunikasi verbal
15. Perubahan nutrisi
16. Gangguan pola tidur
17. Perilaku mencari bantuan kesehatan
18. Gangguan penyesuaian diri
19. Gangguan konsep diri
20. Defisit pengetahuan
21. Ketidakefektif penatalaksanaan program terapeutik
22. Konflik peran orang tua

2.2.3 Kemungkinan Diagnosa Keperawatan

1. Harga dirirendah
2. Isolasi sosial
3. Halusinasi

2.2.4 Pohon masalah

Menurut Yosep (2013), berikut merupakan pohon masalah dari harga diri rendah :



Bagan 2.2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah

2.2.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	SPKlien	SPKeluarga
Harga Diri Rendah	SP1 1. Membina hubungan saling percaya 2. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif. 3. Pasien (buat daftar kegiatan). 4. Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) : buat Daftar kegiatan yang dapat Dilakukan saat ini. 5. Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih. 6. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari	SP1. 1. Diskusikan masalah yang diraskan ketika merawat pasien 2. Jelaskan pengertian tanda dan gejala dan proses terjadinya harga diri rendah. 3. Diskusikan kemampuan atau aspek positif pasien yang pernah dimiliki sebelum dan setelah sakit 4. Jelaskan cara merawat harga diri rendah terutama memberikan pujian semua hal yang positif pada pasien. 5. Latih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan pertama yang dipilih pasien : bimbing dan beri pujian. 6. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal.

	SP2 1. Evaluasi kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih 3. Latih kegiatan kedua (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: dua kegiatan masing 2 dua kali sehari	SP2 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama yang dipilih dan di latih pasien beri pujian 2. Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan Kedua yang dipilih pasien. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal Dan memberi pujian
	SP3 1. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih 3. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: tiga kegiatan, masing-masing dua kali sehari	SP3 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih. Beri pujian 2. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan ketiga yang dipilih 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian

	SP4. 1. Evaluasi kegiatan pertama, kedua, dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian - Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih 3. Latih kegiatan keempat (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: empat kegiatan masing-masing dua kali sehari	SP4 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama, kedua, ketiga. Beripujian 2. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan keempat yang dipilih. 3. Jelaskan follow up ke RSJ atau PKM, tanda tambah, rujukan. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal 4. Dan memberikan pujian.
Isolasi sosial	SP1 1. Membina hubungan saling percaya 2. Identifikasi penyebab isolasi sosial: siapa yang serumah, siapa yang terdekat, yang tidak dekat, dan apa sebabnya. 3. Keuntungan punya temandan bercakap-cakap. 4. Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap 5. Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawatan atau tamu 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan.	SP1 1. Diskusi masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2. Jelaskan tanda dan gejala dan proses terjadinya isolasi sosial 3. Jelaskan cara merawat isolasi sosial 4. Latih cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan Kegiatan harian 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pijian saat besok.
	SP2 1. Evaluasi kegiatan berkenalan (beberapa orang). Berikan pujian	SP2 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih

	2. Latihan cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan) 3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang pasien, perawat dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan harian.	pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian. Berikan pujian 2. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasienberbicar (makan, sholat bersama) dirumah 3. Latih cara membimbing pasien berbicara dan memberikan pujian 6. Anjurkan membantu
	SP3 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenal (beberapa orang) dan bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Berikan pujian 2. Latihan cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru) 3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenal 4-5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.	SP3 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenal,berbicara saat melakukan kegiatan harian. Berikan pujian 2. Jelaskan cara melatih pasein melakukan kegiatan sosial seperti berlanja, memintas suatudll 3. Latih keluargamengajak pasien belanja saat besok 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besok.

	SP4 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenal, bicara saat melakukan empat kegiatan harian. Berikan pujian 2. Latihan cara bicara sosial : meminta sesuatu, menjawab pertanyaan. 3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenal > 5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.	SP4 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenal, berbicara saat melakukan kegiatan harian/RT, berbelanja, berikan pujian. 2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian
Halusinasi	SP1 1. Membina hubungan saling percaya 2. Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, 3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: 4. hardik.obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. 5. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 6. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik.	SP1 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya halusinasi. 3. Jelaskan cara merawat halusinasi. 4. Latih cara merawat halusinasi: hardik 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal member pujian.
	SP2 1. Evaluasi kegiatan menghardik, berikan pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)	SP2 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik beri pujian. 2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal

	3. Masukkan pada jadwal Kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat.	dan memberi pujian
	SP3 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik obat beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, obat dan bercakap-cakap.	SP3 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, bercakap-cakap. 2. Jelaskan cara bercakap-cakao dan melakukan kegiatan untuk mrngontrol halusinasi 3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian
	SP4 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat bercakap-cakap beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan) 3. Masukkan pada jadwalkegiatan untuk latihan menghardik, minim obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian.	SP4 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien meghardik membrikan 2. obat dan bercakap-cakap. Beri pujian 3. Jelaskan follow up ke RSJ tanda kambuh, 4. Rujukan 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pusian.

Sumber : (Probowo, 2014)

2.2.6 Implementasi Keperawatan

Menurut (Pardede, Keliat & Yulia, 2015), implementasi disesuaikan kandungan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata seiring pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (*hereandnow*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknis sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan (Rokhimma & Rahayu, 2020).

2.2.7 Evaluasi Keperawatan

Kemampuan yang diharapkan dari pasien menurut (Keliat, 2018), yaitu:

1. Pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
2. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat dikerjakan
3. Pasien dapat melatih kemampuan yang dapat dikerjakan
4. Pasien dapat membuat jadwal kegiatan harian
5. Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal kegiatan harian.