

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Diri

1. Pengertian Konsep Diri

Konsep diri (*self concept*) adalah cara pandang dan sikap seseorang terhadap diri sendiri. Konsep diri merupakan inti dari kepribadian seseorang dan sangat berperan dalam menentukan dan mengarahkan perkembangan kepribadian serta perilaku seseorang di dalam lingkungannya (Kemenkeu *Learning Center*, 2019). Konsep diri adalah persepsi seseorang tentang dirinya sendiri yang dibentuk melalui pengalaman yang diperoleh (Basuki, 2019).

Konsep diri merupakan gambaran yang dimiliki individu tentang dirinya yang dibentuk melalui pengalaman yang diperoleh dari interaksi lingkungan. Konsep diri bukan faktor bawaan, melainkan berkembang dari pengalaman yang terus-menerus (Eka, 2016).

2. Aspek – Aspek Konsep Diri

Konsep diri memiliki beberapa aspek yaitu (Marliana, 2021) :

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah apa yang kita ketahui tentang diri sendiri. Dalam benak kita ada satu daftar julukan yang menggambarkan kita, usia, jenis kelamin, kebangsaan, suku, dan pekerjaan.

b. Harapan

Harapan merupakan aspek dimana individu mempunyai berbagai pandangan ke depan tentang siapa dirinya, menjadi apa di masa mendatang, maka individu mempunyai pengharapan terhadap dirinya sendiri. Individu mempunyai harapan bagi dirinya sendiri untuk menjadi diri yang ideal.

c. Penilaian

Individu berkedudukan sebagai penilai terhadap dirinya sendiri setiap hari. Penilaian terhadap diri sendiri adalah pengukuran individu tentang keadaannya saat ini dengan apa yang menurutnya dapat terjadi pada dirinya.

3. Jenis – Jenis Konsep Diri

Hardy & Heyes (2013) menjelaskan bahwa konsep diri terbagi dalam dua jenis yaitu :

a. Konsep diri positif

Individu yang memiliki konsep diri positif adalah individu yang tahu betul siapa dirinya sehingga menerima segala kelebihan dan kekurangan. Evaluasi terhadap dirinya menjadi lebih positif serta mampu merancang tujuan yang sesuai dengan realitas.

b. Konsep diri negatif

Individu yang memiliki konsep diri negatif terdiri dari dua tipe yaitu :

- 1) Tipe pertama yaitu individu yang tidak tahu siapa dirinya dan tidak mengetahui kekurangan dan kelebihan
- 2) Tipe kedua adalah individu yang memandang dirinya dengan sangat teratur dan stabil

4. Rentang Respons Konsep Diri

Konsep diri terdiri atas lima komponen yaitu perubahan dalam aktualisasi diri, konsep diri positif, harga diri rendah, kerancuan identitas dan depersonalisasi. Rentang individu berfluktuasi sepanjang rentang respons konsep diri yaitu adaptif sampai maladaptif.



Bagan 2.1 Respons Konsep Diri

Keterangan dari rentang respon konsep diri menurut Fajariyah (2012) adalah sebagai berikut :

- a. Aktualisasi diri adalah pernyataan diri positif tentang latar belakang pengalaman nyata yang sukses diterima.
- b. Konsep diri positif adalah mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri.
- c. Harga diri rendah adalah transisi antara respon diri adaptif dengan konsep diri maladaptif.
- d. Keracunan identitas adalah kegagalan individu dalam kemalangan aspek psikososial dan kepribadian dewasa yang harmonis.
- e. Depersonalisasi adalah perasaan yang tidak realitis terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

5. Komponen Konsep Diri

Menurut Stuart & Sudeen (1998) dalam Wicaksono (2015) terdapat beberapa komponen konsep diri yaitu :

a. Identitas diri

Identitas diri adalah kesadaran tentang diri sendiri yang dapat diperoleh individu dari observasi atau penilaian terhadap dirinya dan menyadari individu bahwa dirinya berbeda dengan orang lain.

b. Gambaran diri (citra tubuh)

Citra tubuh adalah sikap individu terhadap tubuhnya baik disadari atau tidak, meliputi persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran, bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh.

c. Ideal diri

Merupakan persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya bertingkah laku berdasarkan standar pribadi.

d. Peran diri

Peran adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi individu didalam kelompok sosialnya.

e. Harga diri

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri.

B. Harga Diri Rendah

1. Pengertian Harga Diri Rendah

Baron & Byrne (2012) berpendapat bahwa harga diri adalah evaluasi diri yang dibuat oleh setiap individu, sikap orang terhadap dirinya sendiri dalam rentang dimensi positif sampai negatif. Harga diri merujuk pada sikap seseorang terhadap dirinya sendiri. Harga diri yang

tinggi berarti seorang individu menyukai dirinya sendiri, evaluasi positif ini sebagian berdasarkan opini orang lain dan sebagian berdasarkan dari pengalaman spesifik. Sikap terhadap diri sendiri dimulai dengan interaksi paling awal antara bayi dengan ibunya atau pengasuh lain, perbedaan budaya juga mempengaruhi apa yang penting bagi harga diri seseorang.

Eka (2016) mendefinisikan harga diri rendah adalah penilaian tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. Perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Harga diri rendah situasional terjadi bila seseorang mengalami trauma yang terjadi secara tiba-tiba misalnya harus dioperasi, kecelakaan, cerai, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu telah terjadi misalnya pemerkosaan, dituduh KKN, dipenjara secara tiba-tiba (Marmono, 2018)

Gangguan harga diri rendah adalah gangguan konsep diri dimana harga diri merasa gagal mencapai keinginan, perasaan tentang diri yang negatif dan merasa dirinya lebih rendah dibandingkan orang lain. Gangguan harga diri rendah merupakan masalah bagi banyak orang dan diekspresikan melalui tingkat kecemasan dari sedang sampai berat disertai dengan evaluasi diri yang negatif, membenci diri sendiri dan menolak diri sendiri (Damaiyanti, Mukhrifah & Iskandar, 2012).

2. Jenis – Jenis Harga Diri Rendah

Menurut Damaiyanti, Mukhrimah dan Iskandar (2012) harga diri rendah dapat terjadi secara :

a. Situasional

Yaitu terjadi trauma yang tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, dicerai suami, putus sekolah, putus hubungan kerja. Pada pasien yang dirawat dapat terjadi harga diri rendah karena privasi yang kurang diperhatikan, pemeriksaan fisik yang sembarangan, pemasangan alat yang tidak sopan, harapan akan struktur, bentuk dan fungsi tubuh yang tidak tercapai

b. Kronik

Yaitu perasaan negatif terhadap diri telah berlangsung lama sebelum sakit atau dirawat. Pasien mempunyai cara berfikir yang negatif kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya kondisi ini mengakibatkan respons yang maladaptif, kondisi ini dapat ditemukan pada pasien gangguan fisik yang kronis atau pada pasien gangguan jiwa.

3. Etiologi

Beberapa faktor penyebab harga diri rendah menurut Astuti *et al.*, (2015) adalah sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi terjadinya harga diri rendah adalah penolakan orangtua yang tidak realistis, kegagalan berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, ideal diri yang tidak realistis.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah yaitu hilangnya sebagian anggota tubuh, perubahan penampilan atau bentuk tubuh, mengalami kegagalan, serta menurunnya produktivitas. Gangguan konsep diri : harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional maupun kronik :

1) Situasional : Gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis yang terjadi secara situasional bisa disebabkan oleh trauma yang muncul secara tiba tiba misalnya harus dioperasi, mengalami kecelakaan, menjadi korban pemerkosaan, atau menjadi narapidana sehingga harus masuk penjara. Selain itu, dirawat dirumah sakit juga bisa menyebabkan rendahnya harga diri seseorang dikarenakan penyakit fisik, pemasangan alat bantu yang membuat klien tidak nyaman, serta perlakuan petugas kesehatan yang kurang menghargai klien dan keluarga.

2) Kronik : Gangguan konsep diri: harga diri rendah biasanya sudah berlangsung sejak lama yang dirasakan klien sebelum sakit atau sebelum dirawat. Klien sudah memiliki pemikiran negatif

sebelum dirawat dan menjadi semakin meningkat saat dirawat. Baik faktor predisposisi maupun presipitasi di atas bila mempengaruhi seseorang dalam berpikir, bersikap maupun bertindak maka akan dianggap mempengaruhi terhadap coping individu tersebut sehingga menjadi tidak efektif (mekanisme coping individu tidak efektif). Bila kondisi pada klien tidak mau bergaul dengan orang lain (isolasi sosial: menarik diri), yang menyebabkan klien asik dengan dunia dan pikirannya sendiri sehingga dapat muncul perilaku kekerasan.

4. Tanda dan Gejala

Menurut Fitria (2014) dan Fajariyah (2012) tanda dan gejala klien dengan gangguan harga diri rendah adalah :

- a. Mengkritik diri sendiri
- b. Pandangan hidup yang pesimistis
- c. Penurunan produktivitas
- d. Penolakan terhadap kemampuan diri
- e. Kurang perawatan diri
- f. Bicara lambat dengan nada suara lemah
- g. Gangguan hubungan sosial (menarik diri)
- h. Kurang percaya diri

i. Mencederai diri

5. Mekanisme koping

Mekanisme koping harga diri rendah menurut Afnuhazi (2015)

adalah :

a. Jangka pendek

- 1) Kegiatan yang dilakukan untuk lari sementara dari krisis: pemakaian obat-obatan, kerja keras, nonton TV terus menerus.
- 2) Kegiatan mengganti identitas sementara (ikut kelompok sosial, keagamaan, politik).
- 3) Kegiatan yang memberi dukungan sementara (kompetisi olahraga kontes popularitas).
- 4) Kegiatan mencoba menghilangkan identitas sementara (penyalahgunaan obat).

b. Jangka panjang

- 1) Menutup identitas
- 2) Identitas negatif: asumsi yang bertentangan dengan nilai dan harapan masyarakat.

6. Akibat Harga Diri Rendah

Menurut Karika (2015) harga diri rendah dapat berisiko terjadinya isolasi sosial : menarik diri. Isolasi sosial menarik diri adalah

gangguan kepribadian yang tidak fleksibel pada tingkah laku yang maladaptif mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial dan sering ditunjukkan dengan perilaku berikut :

a. Data subyektif

- 1) Mengungkapkan enggan untuk memulai hubungan atau pembicaraan.
- 2) Mengungkapkan perasaan malu untuk berhubungan dengan orang lain.
- 3) Mengungkapkan kekhawatiran terhadap penolakan orang lain.

b. Data obyektif

- 1) Apatis.
- 2) Ekspresi wajah kosong.
- 3) Menurun atau tidak adanya komunikasi verbal.

7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

Menurut Prabowo (2014) terapi pada gangguan jiwa skizofrenia dewasa ini sudah dikembangkan, sehingga penderita tidak mengalami diskriminasi bahkan metodenya lebih manusiawi dari pada masa sebelumnya. Terapi yang dimaksud meliputi :

- 1) Chlorpromazine (CPZ)

Indikasi: Skizofrenia dan kondisi yang berhubungan dengan psikosis, trunkulasi dan kontrol darurat untuk gangguan perilaku. Terapi tambahan untuk gangguan perilaku karena retardasi mental. Kontraindikasinya adalah penekanan sumsum tulang, gangguan hati atau ginjal berat. Sedangkan efek sampingnya adalah ikterus, depresi pernapasan, diskrasia darah, dan gangguan penglihatan

2) Haloperidol (HLP)

Indikasi: skizofrenia akut dan kronik, status ansietas, gelisah dan psikis labil disertai dengan mudah marah, menyerang, astenia, delusi, halusinasi. Kontraindikasinya adalah depresi, gangguan saraf, dan efek sampingnya adalah hipertonia, gemetar, dan gerakan mata yang tidak terkendali,

3) Risperidone

Indikasi: terapi skizofrenia akut dan kronik dan kondisi psikosi lain. Meringankan gejala afektif yang berhubungan dengan skizofrenia. Kontraindikasinya adalah pasien demensia dengan riwayat serangan brovaskular, hipertensi, atau DM, dan efek sampingnya adalah penurunan jumlah neutrophil, trombosit, gelisah, sakit kepala, mengantuk, kesulitan berkonsentrasi, dan lain-lain.

4) Olanzapine

Indikasi : terapi akut dan pemeliharaan untuk skizofrenia dan psikosis lain dengan gejala-gejala positif (seperti delusi, halusinasi, gangguan berpikir, hostilitas atau bermusuhan, curiga) dan gejala-gejala negatif (seperti penarikan diri secara emosional dan sosial, kesulitan berbicara). Mengurangi gejala-gejala afektif sekunder yang umumnya berhubungan dengan skizofrenia dan gangguan terkait. Kontraindikasinya adalah hipersensitivitas, diketahui beresiko mengalami glaukoma sudut sempit, dan efek sampingnya adalah peningkatan BB, peningkatan nafsu makan, pusing, parkinsonisme, efek antikolinergik, dan ruam kulit .

b. Penatalaksanaan keperawatan

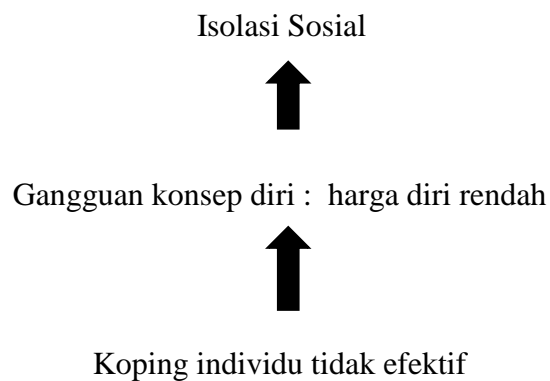
1) Psikoterapi

Terapi kerja baik untuk mendorong penderita bergaul dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter. Tujuannya agar klien tidak mengasingkan diri lagi. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama (Maramis, 2005 dalam Prabowo, 2014).

2) Terapi Modalitas

Terapi modalitas atau perilaku merupakan pengobatan untuk skizofrenia yang ditujukan pada kemampuan dan kekurangan pasien. Teknik perilaku menggunakan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial. Kemampuan memenuhi diri sendiri dan latihan praktis dalam komunikasi interpersonal. Terapi aktivitas kelompok dibagi empat, yaitu terapi aktivitas kelompok stimulus kognitif atau persepsi, terapi aktivitas kelompok stimulus sensori, terapi aktivitas kelompok stimulus realita dan terapi aktivitas kelompok sosialisasi (Keliat & Akemat, 2005 dalam Prabowo, 2014).

8. Pohon Masalah



Bagan 2.2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah

Sumber : Keliat (2006) dalam Fitria (2014).

9. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan konsep diri : harga diri rendah
- b. Koping individu tidak efektif

10. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dengan masalah gangguan jiwa menurut Keliat (dalam Fajariyah, 2012) adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan konsep diri : harga diri rendah
 - 1) Tujuan Umum (TUM) : Pasien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap.
 - 2) Tujuan Khusus (TUK) :
 - a) TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya.
 - (1) Kriteria evaluasi : pasien mampu mengungkapkan perasaannya, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menjawab salam dan mampu mengutarakan masalah yang dihadapi
 - (2) Tindakan Keperawatan :
 - (a) Bina hubungan saling percaya
 - (b) Sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal
 - (c) Perkenalkan diri dengan sopan

- (d) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
 - (e) Jelaskan tujuan pertemuan, jujur, dan menepati janji
 - (f) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
 - (g) Berikan perhatian pada pasien
 - (h) Berikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang penyakit yang dideritanya
 - (i) Dengarkan keluhan kesah pasien
 - (j) Katakan pada pasien bahwa ia adalah seorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu mendorong dirinya sendiri
- b) TUK 2 : Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
- (1) Kriteria evaluasi: Pasien mampu mempertahankan aspek yang positif
 - (2) Tindakan Keperawatan :

- (a) Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien dan diberi pujian atas kemampuan mengungkapkan perasaannya
 - (b) Saat bertemu pasien, hindari memberi penilaian negatif. Utamakan memberi pujian yang realitis.
- c) TUK 3 : Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- (1) Kriteria evaluasi : kebutuhan pasien terpenuhi dan pasien dapat melakukan aktivitas terjadwal
 - (2) Tindakan keperawatan :
 - (a) Diskusikan kemampuan pasien yang masih dapat digunakan selama sakit
 - (b) Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaan di rumah sakit dan di rumah nanti
- d) TUK 4 : Pasien dapat menetapkan dan merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.
- (1) Kriteria evaluasi : pasien mampu beraktivitas sesuai kemampuan dan mengikuti terapi aktivitas kelompok
 - (2) Tindakan keperawatan :

- (a) Rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan : kegiatan mandiri, kegiatan dengan bantuan minimal, kegiatan dengan bantuan total
 - (b) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi pasien
 - (c) Beri contoh pelaksanaan kegiatan yang boleh pasien lakukan
- e) TUK 5 : Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuannya.
- (1) Kriteria evaluasi : pasien mampu beraktivitas sesuai kemampuan.
 - (2) Tindakan keperawatan :
 - (a) Beri kesempatan pasien untuk mencoba kegiatan yang direncanakan
 - (b) Beri pujian atas keberhasilan pasien
 - (c) Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah
- f) TUK 6 : Pasien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.

- (1) Kriteria evaluasi : pasien mampu melakukan apa yang diajarkan.
- (2) Tindakan keperawatan :
 - (a) Berikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat pasien harga diri rendah
 - (b) Bantu keluarga memberi dukungan selama pasien dirawat
 - (c) Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.

Menurut Keliat (dalam Fajariyah, 2012) untuk pelaksanaan tindakan menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) gangguan konsep diri: harga diri rendah sebagai berikut :

1. Klien

- a. Strategi Pelaksanaan 1 (SP 1) yaitu, membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi nilai – nilai positif yang dimiliki klien, menilai kemampuan yang dapat dilakukan di RSJ, membimbing dalam menyusun kegiatan harian dan melatih melaksanakan satu kegiatan dengan cara :
 - 1) Menanyakan penyebab klien mempunyai perasaan malu
 - 2) Menanyakan apakah perasaan malu tersebut membuat klien tidak mau bergaul

- 3) Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
 - 4) Membantu klien menuliskan jadwal kegiatan harian
- b. Strategi Pelaksanaan 2 (SP 2) yaitu, membimbing klien melakukan kegiatan harian dengan cara :
- 1) Meminta klien menyebutkan kegiatan yang akan dilakukan
 - 2) Menjelaskan tujuan dilakukan kegiatan tersebut
 - 3) Mengajarkan cara melaksanakan kegiatan tersebut
 - 4) Memberikan kesempatan mencoba kepada klien
 - 5) Mendiskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah
- c. Strategi Pelaksanaan 3 (SP 3) yaitu, membimbing klien melakukan kegiatan harian dengan cara :
- 1) Meminta klien menyebutkan kegiatan yang akan dilakukan
 - 2) Menjelaskan tujuan dilakukan kegiatan tersebut
 - 3) Mengajarkan cara melaksanakan kegiatan tersebut
 - 4) Mendiskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah
- d. Strategi Pelaksanaan 4 (SP 4) yaitu, menjelaskan cara patuh minum obat dengan cara :

- 1) Menjelaskan nama, warna, dosis, frekuensi, manfaat, kerugian bila berhenti minum obat
- 2) Menjelaskan prinsip 5 benar minum obat
- 3) Menjelaskan efek samping obat
- 4) Menganjurkan minum obat tepat waktu

2. Keluarga

a. Strategi Pelaksanaan 1 (SP 1) :

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Menjelaskan pengertian harga diri rendah, tanda dan gejala, serta proses terjadinya harga diri rendah
- 3) Menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah

b. Strategi Pelaksanaan 2 (SP 2) : dengan cara melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan harga diri rendah

c. Strategi Pelaksanaan 3 (SP 3) : dengan cara melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien harga diri

d. Strategi Pelaksanaan 4 (SP 4) :

- 1) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (*discharge planning*)
- 2) Menjelaskan *follow up* pasien setelah pulang

b. Koping individu tidak efektif

1) Tujuan Umum (TUM) : Klien dapat memiliki koping yang efektif.

2) Tujuan Khusus (TUK)

a) TUK 1 : Klien dapat mengungkapkan perasaannya secara bebas.

(1) Kriteria evaluasi : Klien dapat mengungkapkan perasaannya secara bebas.

(2) Tindakan keperawatan :

(a) Izinkan klien untuk menangis

(b) Sediakan alat tulis jika klien belum mau berbicara

(c) Sampaikan kepada klien bahwa perawat dapat mengerti apabila klien belum siap membicarakan permasalahannya

b) TUK 2 : Klien dapat mengidentifikasi koping dan perilaku yang berkaitan dengan kejadian yang dihadapi.

(1) Kriteria evaluasi : Klien dapat mengidentifikasi koping dan perilakunya yang berkaitan dengan kejadian yang dihadapi

(2) Tindakan keperawatan :

(a) Tanyakan kepada klien apakah pernah mengalami hal yang sama

(b) Tanyakan cara yang dilakukan dalam mengatasi permasalahannya

(c) Identifikasi coping yang pernah dipakai

(d) Diskusikan dengan klien alternatif coping yang tepat bagi klien

c) TUK 3 : Klien dapat memodifikasi pola kognitif yang negatif

(1) Kriteria evaluasi : Klien dapat memodifikasi pola kognitif yang negatif

(2) Tindakan keperawatan :

(a) Diskusikan tentang masalah yang dihadapi klien

(b) Identifikasi pemikiran negatif dan bantu untuk menurunkan melalui interupsi atau substitusi

(c) Bantu klien untuk meningkatkan perasaan yang positif

- (d) Identifikasi ketetapan persepsi klien yang tepat tentang penyimpangan dan pendapatnya yang tidak rasional
 - (e) Kurangi penilaian klien yang negatif terhadap dirinya
 - (f) Evaluasi ketepatan persepsi, logika dan kesimpulan yang dibuat klien
 - (g) Bantu klien untuk menyadari nilai yang dimilikinya dan perubahan yang terjadi
- d) TUK 4 : Klien dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berkenaan dengan perawatan dirinya.
- (1) Kriteria evaluasi : Klien dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berkenaan dengan perawatan dirinya.
 - (2) Tindakan keperawatan :
 - (a) Libatkan klien dalam menetapkan tujuan perawatan yang ingin dicapai
 - (b) Motivasi klien untuk membuat jadwal aktifitas perawatan diri
 - (c) Berikan klien privasi sesuai dengan kebutuhan yang ditentukan

- (d) Beri reinforcement positif untuk keputusan yang dibuat
 - (e) Berikan pujian jika klien berhasil melakukan kegiatan atau penampilannya bagus
 - (f) Motivasi klien untuk mempertahankan kegiatan
- e) TUK 5 : Klien dapat memotivasi untuk aktif mencapai tujuan yang realistik.
- (1) Kriteria evaluasi : Klien dapat memotivasi untuk aktif mencapai tujuan yang realistik.
 - (2) Tindakan keperawatan :
 - (a) Bantu klien untuk menetapkan tujuan yang realistis
 - (b) Bantu klien untuk mengidentifikasi situasi kehidupan yang dapat dikontrolnya
 - (c) Identifikasi cita-cita yang ingin dicapai klien
 - (d) Dorong klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas tersebut dan berikan penguatan positif untuk berpartisipasi dan pencapaiannya
 - (e) Motivasi keluarga untuk berperan aktif dalam membantu masalah klien

11. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Beberapa hal yang perlu perawat lakukan sebelum melaksanakan tindakan keperawatan menurut Stuart dan Laraia (dalam Yosep & Sutini, 2016) adalah :

- a. Memvalidasi dengan singkat rencana tindakan masih sesuai dengan kondisi klien saat ini (*here and now*)
- b. Apakah aman bagi klien.
- c. Buat kontrak dengan klien jelaskan apa yang akan dilaksanakan dan peran serta klien yang diharapkan.

12. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, namun bukan akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan secara *continue* untuk melihat perkembangan dari pasien melalui pemantauan kriteria hasil yang ditetapkan apakah sudah tercapai semua, tercapai sebagian atau tidak tercapai sama sekali. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai berikut :

S : Respon subjektif terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien (Marmono, 2018).