

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pengertian**

Gangguan Harga Diri Rendah adalah evaluasi diri dan perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif dapat secara langsung atau tidak langsung di ekspresikan (Townsend, 1998).

Gangguan Harga Diri Rendah digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, termasuk hilangnya percaya diri, dan harga diri, merasa gagal mencapai keinginan, (Keliat, 2006).

Gangguan Harga Diri Rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negative terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri (Keliat, 1998 dikutip Yosep, I., 2009)

Jadi dapat disimpulkan bahwa Gangguan Harga Diri Rendah adalah perasaan negatif terhadap diri sendiri yang dapat diekspresikan secara langsung dan tidak langsung.

#### **B. Rentang Respon konsep Diri**

Respon individu terhadap konsep diri berfluktuasi sepanjang rentang respon aktualisasi diri yang paling adaptif sampai status depersonalisasi yang paling

mal adaptif. Kerancuan identitas merupakan kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi dimasa kanak - kanak kedalam kepribadian pada masa dewasa yang harmonis. Depersonalisasi merupakan suatu keadaan yang tidak realistis dan merasa asing terhadap diri sendiri. Individu mengalami kesulitan membedakan diri sendiri dan orang lain, ia merasa asing dan tidak nyata. Hal ini berhubungan dengan ansietas individu pada tingkat panik dan kegagalan pada uji realita. (Keliat, 2006)

Gambar II. 1 Rentang Respon



(Keliat, 2006)

### C. Etiologi

#### 1. Faktor Predisposisi

Faktor penunjang terjadi perubahan konsep diri dapat dibagi menjadi tiga faktor (Stuard, G. W. 2007), yaitu :

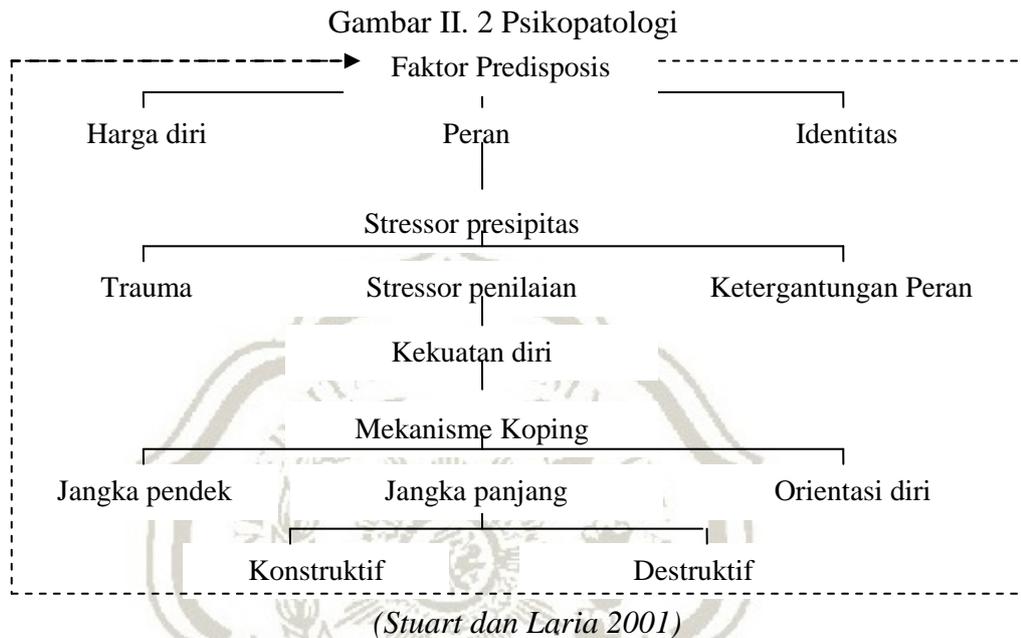
##### a. Faktor penunjang harga diri rendah

- 1) Penilaian orang tua.
- 2) Harapan Orang Tua yang tidak realistis.
- 3) Kegagalan yang berulang kali.
- 4) Kurang mempunyai tanggung jawab personal.
- 5) Ketergantungan kepada orang lain.

- b. Faktor mempengaruhi penampilan peran
    - 1) Stereotip peran seks.
    - 2) Harapan peran kultural.
  - c. Faktor identitas personal
    - 1) Ketidakpercayaan orangtua.
    - 2) Tekanan dari kelompok sebaya.
    - 3) Perubahan dalam struktur sosial.
2. Faktor Presipitasi :
- a. Sumber internal dan eksternal
    - 1) Trauma : Menyaksikan kejadian yang mengancam kehidupannya.
    - 2) Frustrasi : Ketegangan peran yang berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dimana individu mengalami.
  - b. Transisi peran
    - 1) Transisi peran perkembangan : perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan dalam kehidupan individu, keluarga dan norma-norma budaya dan tekanan untuk penyesuaian diri.
    - 2) Transisi peran situasi terjadi dengan bertambah / berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.
    - 3) Transisi peran sehat sakit sebagai peran akibat pergeseran dari keadaan sehat ke keadaan sakit.

#### D. Psikopatologi

Menurut Stuart dan Laria (2001). Model stres adaptasi "Stuart" berhubungan dengan konsep diri.



Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang yaitu Faktor predisposisi yang merupakan faktor pendukung harga diri rendah meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang kali, kurang mempunyai tanggungjawab personal, ketergantungan pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis. Faktor yang mempengaruhi peran adalah peran gender, tuntutan peran kerja, dan harapan peran budaya. Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur sosial. Sedangkan faktor presipitasi munculnya harga diri rendah meliputi trauma seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau

menyaksikan kejadian yang megancam kehidupan dan ketegangan peran berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dimana individu mengalami frustrasi. Pada mulanya klien merasa dirinya tidak berharga lagi sehingga merasa tidak aman dalam berhubungan dengan orang lain. Biasanya klien berasal dari lingkungan yang penuh permasalahan, ketegangan, kecemasan dimana tidak mungkin mengembangkan kehangatan emosional dalam hubungan yang positif dengan orang lain yang menimbulkan rasa aman. Klien semakin tidak dapat melibatkan diri dalam situasi yang baru. Ia berusaha mendapatkan rasa aman tetapi hidup itu sendiri begitu menyakitkan dan menyulitkan sehingga rasa aman itu tidak tercapai. Hal ini menyebabkan ia mengembangkan rasionalisasi dan mengaburkan realitas daripada mencari penyebab kesulitan serta menyesuaikan diri dengan kenyataan. Semakin klien menjauhi kenyataan semakin kesulitan yang timbul dalam mengembangkan hubungan dengan orang lain.

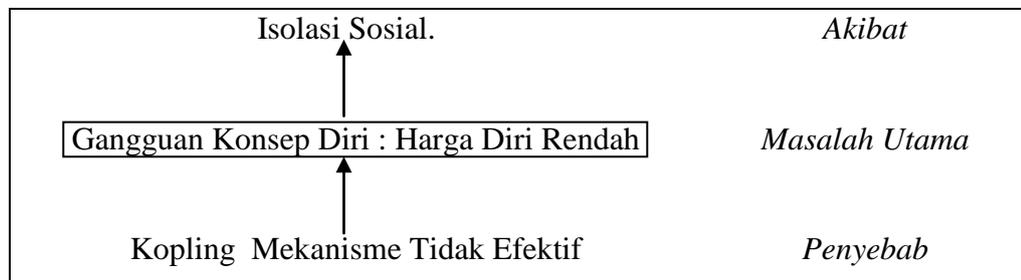
#### **E. Tanda Dan Gejala**

Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah :

1. Perasaan negatif terhadap diri sendiri.
2. Merasa tidak berguna, tidak berharga dan tidak mampu.
3. Menarik diri dari kehidupan sosial.
4. Krisis terhadap diri sendiri dan orang lain.
5. Mudah tersinggung.
6. Penolakan terhadap diri sendiri.
7. Menarik diri sendiri.

## F. Pohon Masalah

Gambar II. 3 Pohon Masalah



(Keliat, 2006)

## G. Masalah keperawatan

1. Isolasi Sosial.
2. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.
3. Koping Mekanisme Tidak Efektif

## H. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
2. Isolasi Sosial

## I. Fokus intervensi

### 1. Gangguna konsep diri : Harga diri rendah (Keliat, 2006)

Tujuan Umum : Pasien dapat meningkatkan harga diri.

#### TUK I : BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya).

- Kriteria Hasil :
- a. Klien mau membalas salam
  - b. Klien mau berjabat tangan

- c. Klien mau menyebutkan nama
- d. Klien mau tersenyum
- e. Klien mau mengetahui nama perawat

- Intervensi :
- a. Sapa klien dengan ramah, baik verbal atau non verbal.
  - b. Perkenalkan diri dengan sopan.
  - c. Tanyakan nama lengkap dan nama yang disukai.

**TUK II : Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.**

Kriteria Hasil : Klien mengingat dan mengungkapkan kemampuan positif yang dimiliki klien kepada perawat

Intervensi : Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki Klien.

**TUK III : Klien dapat menilai kemampuan klien yang masih dapat dilakukan.**

Kriteria Hasil : Klien mampu mengungkapkan kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit

Intervensi : Rencanakan bersama Klien aktifitas yang dapat dilakukan sesuai kemampuan.

**TUK IV : Klien dapat memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai kemampuan.**

Kriteria Hasil : Klien dapat memilih kegiatan yang masih dapat dilakukan selama di rumah sakit ( kegiatan mandiri, kegiatan dengan bantuan sebagian, kegiatan yang membutuhkan bantuan total)

Intervensi : Diskusikan dengan Klien kegiatan yang dipilih klien.

**TUK V : Klien mau melakukan kegiatan yang sesuai kegiatan yang dipilih.**

Kriteria Hasil : a. Klien dapat mendemonstrasikan kegiatan yang telah dipilih  
b. Klien dapat mengevaluasi kemampuannya dalam melakukan kegiatan yang telah dipilih

Intervensi : Melatih Klien kegiatan pertama.

## **2. Isolasi Sosial (Keliat, 2006)**

**TUK I : Klien dapat membina hubungan saling percaya.**

Kriteria Hasil : Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau

mengutarakan masalah yang dihadapi.

- Intervensi :
- a. Menyapa klien dengan ramah.
  - b. Memperkenalkan diri dengan sopan.
  - c. Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai.
  - d. Menjelaskan tujuan pertemuan kepada klien.

## **TUK II : Klien dapat mengenal penyebab Isolasi Sosial.**

Kriteria Hasil : Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri yang berasal dari : diri sendiri, orang lain, lingkungan.

- Intervensi :
- a. Mengkaji pengetahuan klien tentang penyebab isolasi sosial.
  - b. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan penyebab isolasi sosial.
  - c. Mendiskusikan bersama klien tentang perilaku isolasi sosial, tanda-tanda yang muncul serta penyebabnya.
  - d. Memberikan pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya.

**TUK III : Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian jika tidak berhubungan dengan orang lain.**

- Kriteria Hasil :
- a. Klien dapat menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain (misalnya : banyak teman, tidak sendiri, bisa diskusi, dll)
  - b. Klien dapat menyebutkan kerugian bila tidak berinteraksi dengan orang lain (misalnya : sendiri, tidak memiliki teman, sepi, dll)

- Intervensi :
- a. Mengkaji pengetahuan klien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain.
  - b. Mendiskusikan bersama tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian jika tidak berhubungan dengan orang lain.
  - c. Memberi pujian positif terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasanya.

**TUK IV : Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.**

- Kriteria Hasil : Klien dapat mendemonstrasikan interaksi sosial secara bertahap antara : klien - perawat, klien - perawat - perawat lain, klien – perawat –perawat lain

- klien lain, klien – keluarga / kelompok / masyarakat

- Intervensi :
- a. Mengkaji kemampuan klien dalam membina hubungan dengan orang lain.
  - b. Memberi pujian positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai.
  - c. Membantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan dengan orang lain.

**TUK V : Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhasil berhubungan dengan orang lain.**

Kriteria Hasil : Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berinteraksi dengan orang lain untuk : diri sendiri, orang lain

- Intervensi :
- a. Mendorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan dengan orang lain.
  - b. Mendiskusikan dengan klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain.
  - c. Memberi pujian positif atas kemampuan klien mengungkapkan, manfaat berhubungan dengan orang lain.

**TUK VI : Klien dapat memberdayakan sistem pendukung yang ada atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.**

Kriteria Hasil : Keluarga dapat menjelaskan perasaannya, menjelaskan cara merawat klien menarik diri, mendemonstrasikan cara merawat klien menarik diri, berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri.

- Intervensi :
- a. Mendiskusikan dengan keluarga tentang perilaku menarik diri, penyebab, akibat, yang terjadi bila perilaku menarik diri tidak di tangani.
  - b. Mengajukan keluarga secara bergantian menjenguk klien, minimal 1x seminggu.
  - c. Memberi pujian atas hal-hal yang telah di capai oleh keluarga.

