

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Remaja**

##### **2.1.1 Pengertian Remaja**

Menurut Kusmiran (2014) Secara etimologi remaja berarti “tumbuh menjadi dewasa”. Definisi remaja (*adolescence*) menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) adalah periode usia antara 12 sampai 19 tahun, sedangkan Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) menyebut kaum muda (*youth*) untuk usia antara 15 sampai 21 tahun.

Gunarsa (1978) mengungkapkan bahwa “masa remaja merupakan masa peralihan dari masa anak – anak ke masa dewasa, yang meliputi semua perkembangan yang dialami sebagai persiapan memasuki masa dewasa. Masa remaja adalah masa yang penting dalam perjalanan kehidupan manusia” (Kusmiran, 2014).

Berdasarkan dua pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa remaja merupakan masa perkembangan serta peralihan antara masa anak-anak ke masa dewasa dengan periode usia antara 12 – 21 tahun.

### 2.1.2 Tahapan perkembangan remaja

Menurut Sarwono dan Hurlock (2011) proses peralihan antara masa anak-anak ke masa dewasa, ada 3 tahap perkembangan remaja yaitu:

a. Remaja awal (*Early adolescent*) umur 12-15 tahun

Remaja pada tahap ini akan terjadi perubahan pada tubuhnya. Perubahan itu disertai pengembangan pikiran baru sehingga cepat tertarik pada lawan jenis dan mudah terangsang. Pada tahap ini remaja sulit mengerti dan dimengerti oleh orang dewasa. Remaja ingin bebas dan mulai berpikir abstrak. Sementara dilain pihak sikap orang tua yang tidak mengerti perasaan anak sering kali menimbulkan konflik yang dapat mempengaruhi tumbuh kembangnya.

b. Remaja madya (*middle adolescent*) berumur 15-18 tahun

Pada tahap ini remaja membutuhkan teman-teman, remaja merasa senang jika banyak teman yang menyukainya. Ada kecenderungan mencintai pada diri sendiri, dengan menyukai teman-teman yang memiliki sifat yang sama dengan dirinya. Pada fase ini mulai timbul keinginan untuk berkencan, berkhayal dan mulai mencoba aktivitas seksual yang mereka inginkan.

c. Remaja akhir (*late adolescent*) berumur 18-21 tahun

Tahap ini merupakan masa konsolidasi menuju periode dewasa dan ditandai dengan pencapaian 5 hal yaitu:

- 1) Minat yang makin mantap terhadap fungsi intelek.

- 2) Egonya akan mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang lain dan mencari pengalaman baru.
- 3) Terbentuk identitas seksual yang tidak akan berubah lagi.
- 4) Egosentrisme (memusatkan perhatian pada diri sendiri)
- 5) Tumbuh “dinding” yang memisahkan dirinya (*privateself*) dengan masyarakat umum.

## **2.2 Konsep Dasar Obesitas**

### **2.2.1 Pengertian Obesitas**

Menurut Adriani & Wiratmadi (2012) Obesitas adalah “kelebihan berat badan akibat penimbunan lemak tubuh yang berlebihan dalam jaringan adiposa sehingga mengganggu kesehatan.”

Dilain pihak Nirwana (2012) menjelaskan obesitas juga diartikan “suatu kondisi kronik yang sangat erat hubungannya dengan peningkatan risiko sejumlah penyakit degeneratif akibat akumulasi lemak berlebihan dalam tubuh sehingga terjadi peningkatan berat badan melebihi batas kebutuhan fisik” (Elvie, 2018).

Berdasarkan dua pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa obesitas merupakan keadaan yang tidak dikehendaki, yaitu terdapatnya penimbunan lemak yang berlebihan dari yang diperlukan fungsi tubuh yang normal.

### 2.2.2 Klasifikasi Obesitas

Obesitas secara klinis dinyatakan dalam bentuk indeks massa tubuh (IMT)  $>30 \text{ kg/m}^2$ . Wanita dikatakan obesitas bila lemak tubuhnya lebih dari 27% berat badan, sedangkan laki-laki disebut obesitas bila lemak tubuhnya lebih 25% berat badannya. Obesitas digolongkan menjadi tiga kelompok, yaitu :

Tabel 1

#### Klasifikasi IMT menurut WHO

Klasifikasi Obesitas	IMT
Berat badan kurang (Underweight)	$< 18,5$
Berat badan normal	18,5 - 24,9
Kelebihan berat badan (Overweight)	25,0 – 27,0
Obesitas II	$\geq 27,0$

Sumber : Redefining Obesity WHO Western Pacific Region (2000) dalam (Kementrian Kesehatan RI, 2018)

Menurut Kementrian Kesehatan RI (2020) dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2020 menjelaskan pada usia remaja usia 5-18 tahun yang sering dilakukan untuk menyatakan indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) dengan menggunakan ambang batas *Z-score*. Dan status gizi di kelompokkan menjadi 4 kategori, yaitu : Gizi Kurang (*thinness*)  $-3 \text{ SD}$  sd  $<-2 \text{ SD}$ , Gizi Baik (normal)  $-2 \text{ SD}$  sd  $+1 \text{ SD}$ , Gizi Lebih (*overweight*)  $+1 \text{ SD}$  sd  $+2 \text{ SD}$  dan Obesitas (*obese*)  $>+2 \text{ SD}$ .

### 2.2.3 Faktor yang mempengaruhi Obesitas

Menurut Pratiwi, dkk (2022) terdapat beberapa faktor yang menyebabkan kejadian obesitas pada remaja yaitu:

a. Tipe kelamin

Kegemukan lebih kerap ditemukan pada wanita dibandingkan dengan pria diakibatkan karena adanya pengaruh hormonal. Pada umur 11- 18 tahun anak muda wanita mempunyai IMT lebih besar dibanding dengan anak muda pria.

b. Genetik

Kegemukan pada remaja sebagian besar di warisi dari keluarganya. Seseorang remaja yang mempunyai ayah dan ibu yang gemuk, akan cenderung mengalami kegemukan pula.

c. Tingkatan sosial ekonomi

Remaja yang mempunyai status sosial ekonomi yang cukup dapat mempengaruhi terhadap peristiwa kegemukan. Hal ini disebabkan karena sarana dan fasilitas keluarga tersebut mendukung minimnya kegiatan yang dicoba oleh anak muda.

d. Kegiatan fisik

Remaja yang mempunyai aktivitas fisik yang kurang dengan mayoritas duduk beresiko mengalami kegemukan. Di era modern ini, dengan segala kemudahan remaja cenderung malas untuk melaksanakan kegiatan fisik.

e. Pola makan

Kebiasaan pola makan yang tidak teratur dapat mempengaruhi berat badan. Contohnya konsumsi *Junk food* dapat mempengaruhi pola makan

Remaja karena memiliki cita rasa yang lezat, praktis dan menarik. *Junk food* mengandung kalori, lemak, protein, gula dan garam yang relatif tinggi dan rendah serat, jika dikonsumsi secara berkesinambungan dan berlebihan dapat mengakibatkan masalah gizi lebih.

#### **2.2.4 Manifestasi Klinis Obesitas**

Kegemukan bisa terjadi pada setiap umur dan gambaran klinis obesitas pada remaja dapat bervariasi dari bentuk yang ringan sampai dengan yang berat sekali. Menurut Pratiwi, dkk (2022) gejala klinis umum yang terjadi pada remaja yang menderita obesitas adalah sebagai berikut:

- a. Pertumbuhan berjalan dengan begitu cepat atau pesat disertai adanya ketidakseimbangan antara peningkatan berat badan yang berlebihan dibandingkan dengan tinggi badannya.
- b. Jaringan lemak di bawah kulit menebal sehingga terlihat lipatan kulit lebih besar dan kulit nampak lebih kencang.
- c. Wujud pipi lebih tembem, hidung serta mulut nampak relatif lebih kecil, bisa jadi diiringi dengan wujud dagunya yang berganda (dagu ganda).
- d. Pada dada terdapat pembesaran buah dada yang bisa meresahkan apabila terjalin pada anak pria.
- e. Perut membengkak serta kadangkala diiringi garis putih ataupun ungu (*striae*).
- f. Lingkar lengan atas serta paha lebih besar.

- g. Bisa terdapat kendala psikologis berbentuk: kendala emosi, sukar bergaul, bahagia menyendiri serta sebagainya.
- h. Obesitas dapat menyebabkan penyakit jantung serta paru (*sindroma pickwickian*) dengan indikasi sesak nafas, sianosis, pembesaran jantung serta kadang- kadang sulit berpikir.

### **2.2.5 Remaja Obesitas Secara Psikologis**

Menurut Khodijah, dkk (2010) dalam masa remaja merupakan masa yang sudah mulai memikirkan tentang penampilan fisik. Obesitas dianggap memberikan dampak negatif secara psikologis. Para remaja yang mengalami obesitas sering mengalami diskriminasi, menerima komentar negatif karena berat badan mereka sehingga dapat menurunkan rasa percaya diri, timbulnya rasa malu dan ketidakpuasan akan bentuk tubuhnya sendiri sehingga dapat menyebabkan masalah mental yang membuat rendahnya harga diri.

Remaja yang mengalami obesitas biasa pasif dan depresif karena sering tidak dilibatkan pada kegiatan yang dilakukan oleh teman sebayanya, merasa bentuk tubuhnya jelek, merasa rendah diri, dan obesitas pada remaja akan berakibat pada masa selanjutnya. Ketidakmatangan pola pikir serta keinginan kuat untuk meniru lingkungan menimbulkan masalah tersendiri bagi remaja. Keterbatasan fungsi fisik, mental, emosional dan sosial akan berdampak pada kualitas hidupnya.

## **2.3 Konsep Dasar Harga Diri Rendah Situasional**

### **2.3.1 Pengertian Harga Diri Rendah**

Harga diri rendah merupakan “perasaan negatif terhadap dirinya sendiri, termasuk kehilangan kepercayaan diri, tidak berharga, tidak berguna, pesimis, tidak ada harapan dan putus asa.” (Purwasih & Susilowati, 2016) .

Pendapat lain menyatakan bahwa harga diri rendah adalah “memberikan penilaian negatif terhadap dirinya sendiri yang menyebabkan kehilangan rasa percaya diri, pesimis, dan tidak berharga di kehidupan.” (Atmojo & Purbaningrum, 2021)

Harga diri rendah merupakan keadaan individu mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan dirinya. Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa harga diri rendah yaitu seseorang yang mengalami gangguan untuk menilai dirinya sendiri dan kemampuan yang dimilikinya, sehingga menyebabkan hilangnya rasa kepercayaan diri.

Menurut Mukhriyah Damaiyanti (2014) dalam Yosep & Sutini (2007) menjelaskan bahwa gangguan harga diri rendah dapat terjadi secara:

- a. Situasional, yaitu terjadi terutama yang tiba-tiba, misalnya harus operasi, kecelakaan, dicerai suami atau istri, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu (korban perkosaan dan dipenjara tiba-tiba).
- b. Kronik, yaitu perasaan negatif terhadap diri berlangsung lama, yaitu sebelum sakit atau dirawat. klien ini mempunyai cara yang berpikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negative terhadap dirinya.



Kondisi ini mengakibatkan respon mal yang adaptif. Kondisi ini dapat ditemukan pada klien gangguan fisik yang kronik atau pada klien gangguan jiwa.

### 2.3.2 Tanda dan Gejala

Tanda gejala yang muncul pada klien dengan Harga Diri Rendah Situasional adalah sebagai berikut:

Tabel 2  
Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah Situasional

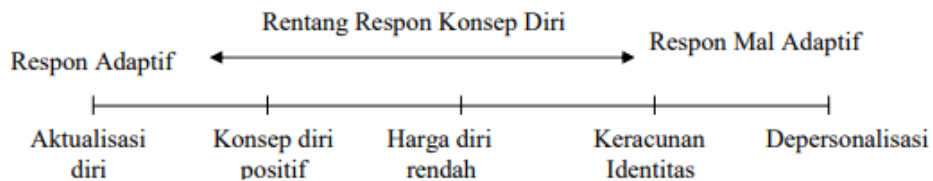
Data Mayor	Data Minor
Subjektif	Subjektif
- Menilai diri negatif (mis. Tidak berguna, tidak tertolong)	- Kontak mata kurang
- Merasa malu/ bersalah	- Lesu dan tidak bergairah
- Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri	- Pasif
- Menolak penilaian positif tentang diri sendiri	- Tidak mampu membuat keputusan
Objektif	Objektif
- Berbicara pelan dan lirih	- Sulit berkonsentrasi
- Menolak berbicara dengan orang lain	
- Berjalan menunduk	
- Postur tubuh menunduk	

Sumber : (PPNI, 2017)

### 2.3.3 Psikodinamika

#### a. Rentang Respon Harga Diri Rendah

Gambar 1. Skema Rentang Respon Harga Diri Rendah



Sumber : Stuart dan Sundeen, 2016

Keterangan :

- 1) Aktualisasi diri : Pernyataan tentang konsep diri yang positif dengan pengalaman latar belakang sukses.
- 2) Konsep diri positif : Dapat menerima kondisi dirinya sesuai dengan yang diharapkan dan sesuai dengan kenyataan
- 3) Harga diri rendah : Perasaan negatif terhadap diri sendiri, termasuk kehilangan rasa percaya diri, tidak berharga, tidak berdaya, pesimis dan merasa gagal mencapai keinginan.
- 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.

#### b. Proses Terjadinya Harga Diri Rendah Situasional

Menurut Mukhrimah Damaiyanti (2014) dalam Yosep & Sutini (2007) harga diri rendah situasional terjadi bila seseorang mengalami trauma yang

terjadi secara tiba-tiba misalnya harus operasi, kecelakaan, dicerai suami atau istri, putus sekolah, putus hubungan kerja, dan perasaan malu karena sesuatu (korban perkosaan dan dipenjara tiba-tiba). Harga diri rendah situasional yang tidak terselesaikan atau ketidakadaan *feed back* (umpan balik) yang positif dari lingkungan terhadap perilaku klien sebelumnya menimbulkan evaluasi diri yang negatif terhadap diri sendiri, termasuk kehilangan rasa percaya diri, tidak berharga, tidak berdaya, pesimis dan merasa gagal mencapai keinginan.

Harga diri yang rendah yang dialami seseorang selama lebih dari 3 bulan merupakan harga diri rendah situasional. Sedangkan jika harga diri rendah yang dialami seseorang lebih dari 6 bulan merupakan harga diri rendah kronik yang harus segera ditindak lanjuti (Meryana, 2017).

c. Etiologi

Menurut Stuart (2006) dalam Yosep & Sutini (2007). Faktor- faktor yang mengakibatkan harga diri rendah meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi sebagai berikut:

1) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktifitas yang menurun. Secara umum, gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional karena trauma yang muncul secara tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara. Termasuk dirawat dirumah sakit bisa

menyebabkan harga diri rendah disebabkan karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang membuat klien tidak nyaman.

## 2) Faktor Predisposisi

Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis. Faktor yang mempengaruhi performa 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.

### **2.3.4 Dampak Remaja Obesitas dengan Harga Diri Rendah Situasional terhadap Kebutuhan Dasar Manusia**

Menurut teori Abraham Maslow, kebutuhan dasar manusia terbagi ke dalam lima bagian yang terbentuk piramid dengan semakin ke atas bentuknya semakin meruncing atau mengecil. Adapun dampak terjadinya gangguan harga diri rendah tersebut adalah :

#### a. Kebutuhan Fisiologis

##### 1) Kebutuhan nutrisi

Tidak semua klien dengan harga diri rendah mengalami gangguan pemenuhan nutrisi. Sebagian memang ada, dikarenakan klien selalu asyik dengan dunianya.

2) Istirahat dan tidur

Pada klien harga diri rendah adakalanya mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur dikarenakan aktifitas fisiknya yang hiperaktif atau karena pikirannya yang fokus pada masalah sehingga klien tidak bisa tidur.

3) Perawatan diri klien

Klien harga diri rendah hampir semuanya mengalami defisit perawatan diri, hal ini disebabkan ketidaktahuan, ketidakmampuan dan tidak ada minat. Tetapi ada juga yang bisa merawat dirinya sendiri dengan baik.

4) Aktifitas klien dengan harga diri rendah cenderung menarik diri, kurang bergaul dengan orang lain tetapi ada juga yang menjadi hiperaktif sehubungan dengan adanya perubahan isi pikir.

5) Eliminasi BAB dan BAK tidak mengalami gangguan karena intake makanan cukup dan aktifitas fisik meningkat.

- b. Kebutuhan rasa aman harga diri rendah bisa mengakibatkan individu merasa gelisah, bingung, kadang takut terhadap sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi sehingga menimbulkan dampak pada rasa aman.
- c. Kebutuhan rasa mencintai dan memiliki dengan harga diri rendah cenderung individu tidak memperhatikan dirinya apalagi bila masalah yang dihadapi adalah masalah keluarga, maka ia lebih memperhatikan keluarganya sendiri.
- d. Kebutuhan harga diri dengan masalah yang dihadapinya, seperti masalah keluarga maka individu cenderung untuk mengalah, diam sehingga menyebabkan individu merasa direndahkan.

- e. Kebutuhan aktualisasi diri yakni dengan adanya harga diri rendah menyebabkan keluarga individu dapat mengatasi kelemahannya secara adekuat bahkan tidak bisa menyadari bahwa ia memiliki kemampuan yang patut dibanggakan.

### **2.3.5 Penatalaksanaan Harga Diri Rendah Situasional Pada Remaja Obesitas**

Penatalaksanaan Harga Diri Rendah Situasional Remaja Obesitas terdiri dari:

- a. Penatalaksanaan Medis

Menurut Retno (2019) penatalaksanaan pada remaja obesitas yaitu:

- 1) Pengaturan diet

Prinsip pengaturan diet pada remaja obesitas adalah diet seimbang sesuai dengan angka kecukupan gizi, hal ini karena anak masih mengalami pertumbuhan dan perkembangan. Perencanaan diet harus disesuaikan dengan usia anak, derajat obesitas dan ada tidaknya penyakit penyerta.

- 2) Pengaturan aktivitas fisik

Peningkatan aktifitas fisik mempunyai pengaruh terhadap laju metabolisme. Latihan fisik yang diberikan sesuai dengan tingkat perkembangan motorik, kemampuan fisik dan umurnya. Aktifitas fisik untuk anak remaja lebih tepat yang menggunakan ketrampilan otot, seperti bersepeda, berenang, menari dan senam. Dianjurkan untuk melakukan aktifitas fisik selama 20-30 menit per hari.

- 3) Modifikasi gaya hidup

Menurut Anto, dkk (2017) modifikasi gaya hidup dapat memberikan perubahan yang cukup terhadap status gizi, pola makan, dan asupan gizi

remaja. Adanya kerjasama dari semua pihak dalam mengupayakan modifikasi gaya hidup dapat menurunkan prevalensi obesitas pada remaja. Berikut adalah bentuk kerjasama untuk memodifikasi gaya hidup pada remaja obesitas:

- a) Pengawasan sendiri terhadap: berat badan, asupan makanan dan aktifitas fisik serta mencatat perkembangannya.
- b) Mengontrol rangsangan untuk makan.
- c) Orang tua diharapkan dapat menyingkirkan rangsangan disekitar anak yang dapat memicu keinginan untuk makan.
- d) Mengubah perilaku makan, dengan mengontrol porsi dan jenis makanan yang dikonsumsi dan mengurangi makanan camilan.
- e) Pengendalian diri, dengan menghindari makanan berkalori tinggi yang pada umumnya lezat seperti pizza, *cheese burger*, hot dog dan kentang goreng dan memilih makanan berkalori rendah seperti bayam, buncis, semangka, apel dan lainnya.

#### 4) Terapi intensif

Terapi intensif diterapkan pada anak dengan obesitas berat dan yang disertai komplikasi yang tidak memberikan respon pada terapi konvensional, terdiri dari diet berkalori sangat rendah (*very low calorie diet*), farmakoterapi dan terapi bedah.

#### b. Penatalaksanaan Keperawatan

Teknik komunikasi terapeutik merupakan pola penanganan yang tepat terhadap masalah harga diri rendah pada remaja obesitas, karena masa remaja

merupakan masa labil yang dimana saat itu berusaha mencari jati diri mereka. Sehingga teknik komunikasi terapeutik dianggap sangat efektif dalam mengatasi masalah harga diri rendah pada remaja.

Dalam asuhan keperawatan harga diri rendah pada remaja obesitas difokuskan pada komunikasi terapeutik dengan penerapan rencana tindakan keperawatan, yaitu :

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengekspresikan perasaan
- 3) Membantu klien mengidentifikasi evaluasi diri positif
- 4) Membantu mengidentifikasi pikiran yang meningkatkan penilaian negatif
- 5) Menilai sistem pendukung saat ini
- 6) Membantu klien untuk mengetahui kemampuan koping baru
- 7) Meningkatkan pengetahuan dan kesiapan keluarga dalam merawat klien dengan harga diri rendah situasional.

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah Situasional Pada Remaja Obesitas**

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Pengkajian meliputi pengumpulan data objektif dan subjektif dengan metode wawancara atau observasi, melakukan pemeriksaan fisik *head to toe* dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi guna menentukan kesehatan klien adapun aspek yang dikaji meliputi:



a. Identitas

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin Pendidikan agama, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, nomer medik, ruang rawat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis dan identitas penanggung jawab.

b. Alasan Masuk RS

Tanyakan kepada klien dan keluarga apa alasan klien dibawa ke rumah sakit, Keluhan utama klien dengan harga diri rendah situasional biasanya menilai diri negatif, merasa malu dan bersalah. Biasanya pada remaja obesitas dengan harga diri rendah situasional tidak percaya diri, tidak mampu menerima keadaan dirinya, minder dan merasa malu.

c. Faktor Presipitasi

Masalah khusus tentang harga diri rendah situasional disebabkan oleh setiap situasi yang dihadapi individu dan ia tak mampu menyelesaikan masalah yang di hadapi . Situasi atas stressor ini dapat mempengaruhi terjadinya harga diri rendah.

d. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Kesehatan Dahulu

- a) Adanya riwayat gangguan pada klien atau keluarga.
- b) Adanya gangguan fisik atau penyakit termasuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

## 2) Riwayat Psikososial

- a) Pada klien harga diri rendah riwayat psikososial yang perlu diketahui adalah pola asuh dalam keluarga, pernah atau tidak melakukan, mengalami bahkan menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam rumah tangga, aniaya, dan tindakan kriminal.
- b) 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.

## 3) Genogram

Buatlah genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga. Jelaskan klien tinggal dengan siapa dan apa hubungannya, jelaskan masalah yang terkait dengan pola asuh keluarga terhadap klien dan anggota keluarga lainnya, pola komunikasi, pola pengambilan keputusan.

### e. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), meliputi tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan. Pemeriksaan keseluruhan tubuh yaitu mengukur tinggi badan dan berat badan, pemeriksaan *head to toe* yang biasanya penampilan klien kotor dan acak-acakan serta penampilannya tidak terawat.

f. Psikososial

1) Konsep diri

- a) Gambaran diri : Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.
- b) Identitas diri : Tanyakan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok), kepuasan klien sebagai laki-laki/ perempuan.
- c) Peran : Tanyakan tentang tugas dan peran klien dikeluarga, kegiatan sehari-hari klien di rumah untuk keluarga.
- d) Ideal diri : Tanyakan tentang harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat).
- e) Harga diri : Pandangan dan perasaan klien terhadap kondisinya saat ini. Biasanya klien mengejek dan mengkritik dirinya sendiri, menurunkan martabat, dan menolak kemampuan yang dimiliki.

g. Hubungan sosial

- 1) Tanyakan kepada klien siapa orang yang berarti dalam hidupnya.
- 2) Tanyakan kelompok/ organisasi yang diikutinya dan sejauh mana terlibat dalam kelompok tersebut.

h. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan : Tanyakan tentang pandangan akan gangguan jiwa sesuai norma budaya dan agama yang dianutnya.

- 2) Kegiatan ibadah : Tanyakan kegiatan ibadah klien di rumah secara individu.

i. Status Mental

- 1) Penampilan : Lihat penampilan klien, rapi atau tidaknya. Misalnya : rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak ditutup.
- 2) Pembicaraan : Amati cara berbicara atau berkomunikasi klien apakah cepat, keras, inkoherensi, apatis, lambat, membisu, atau tidak mampu memulai pembicaraan.
- 3) Aktivitas motorik (Data diperoleh melalui observasi)

Kelambatan

- a) Hipokinesa, hipoaktivitas : Gerakan atau aktivitas yang berkurang
- b) Katalepsi : Mempertahankan secara kaku posisi badan tertentu, juga bila hendak diubah orang lain.
- c) Flexibilitas serea : Mempertahankan posisi yang dibuat orang lain

Peningkatan

- a) Hiperkinesa, hiperaktifitas : Aktivitas yang berlebihan
- b) Gaduh gelisah katonik : Aktivitas motorik yang tidak bertujuan yang dilakukan berkali-kali seakan tidak dipengaruhi rangsangan luar
- c) Tremor : Jari- jari tampak gemetar ketika klien menjulurkan tangan
- d) Kompulsif : Kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti mencuci tangan, mencuci muka, mandi dan mengeringkan tangan.

- 4) Alam perasaan : Tanyakan kepada klien apakah klien merasa gelisah, putus asa, khawatir, gembira berlebihan, serta berikan penjelasan mengapa klien merasakan perasaan itu.
- 5) Afek : Terkadang afek klien datar, tumpul, emosi, klien berubah-ubah, kesepian, apatis, defresi atau sedih dan cemas.
- 6) Interaksi selama wawancara
  - a) Bermusuhan, tidak kooperatif, atau mudah tersinggung.
  - b) Kontak mata kurang : Tidak mau menatap lawan bicara
  - c) Defensif : Selalu mempertahankan pendapatnya
  - d) Curiga : Menunjukkan tidak percaya pada orang lain
- 7) Alur pikir :
  - a) Koheren: pembicaraan dapat dipahami dengan baik.
  - b) Inkoheren: kalimat tidak berbentuk, kata-kata sulit dipahami.
  - c) Tangensial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan.
  - d) Flight of ideas: pembicaraan yang melompat dari satu topik ke topik lainnya masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan.
  - e) Bloking: pembicaraan terhenti tiba-tiba kemudian dilanjutkan kembali.
  - f) Neologisme: membentuk kata-kata baru yang tidak dipahami oleh umum.
  - g) Sosiasi bunyi: mengucapkan kata-kata yang mempunyai persamaan bunyi.

- 8) Isi fikir : Data didapat melalui wawancara apakah klien mengalami obsesi, phobia, hipokondria, depersonalisasi atau adanya pikiran magis.
  - 9) Tingkat kesadaran : Biasanya klien akan lebih banyak diam dan menunduk
  - 10) Memori : Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang
  - 11) Kemampuan penilaian : Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.
    - a) Ringan: mengambil suatu keputusan yang sederhana dengan dibantu.
    - b) Bermakna : tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu.
  - 12) Daya titik : Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya.
- j. Analisa Data

Menurut setiawan (2012) (Bandung, 2021), Analisa data pada pengkajian proses keperawatan bertujuan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan sehingga membantu perawat dalam menentukan diagnosa keperawatan. Dalam menganalisis data terdapat empat cara yaitu : memvalidasi data, observasi, pengelompokan dan membuat kesimpulan.

Berikut merupakan hasil pengelompokkan data pada diagnosa keperawatan pada harga diri rendah situasional.

Tabel 3  
Analisa Data Harga Diri Rendah Situasional

Data	Masalah
Data Mayor	Harga Diri Rendah Situasional
Subjektif	
- Menilai diri negatif (mis. Tidak berguna, tidak tertolong)	
- Merasa malu/ bersalah	
- Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri	
- Menolak penilaian positif tentang diri sendiri	
Objektif	
- Berbicara pelan dan lirih	
- Menolak berbicara dengan orang lain	
- Berjalan menunduk	
- Postur tubuh menunduk	
Data Minor	
Subjektif	
- Kontak mata kurang	
- Lesu dan tidak bergairah	
- Pasif	
- Tidak mampu membuat keputusan	
Objektif	
Sulit berkonsentrasi	

Sumber : (PPNI, 2017)

#### 2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Yosep & Sutini (2007) menjelaskan terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan harga diri rendah situasional salah satunya pada remaja obesitas yaitu :

- a) Harga diri rendah situasioanal
- b) Koping individu tidak efektif
- c) Gangguan body image

### 2.4.3 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4  
Perencanaan Keperawatan Harga Diri Rendah Situasional

No	Dx Kep	Perencanaan		
		Tujuan (Tuk/ Tum)	Perencanaan	Rasional
1	Harga diri rendah situasional	<p>TUM : Klien mengungkapkan pandangan positif terhadap dirinya</p> <p>TUK 1 : Setelah 1 x pertemuan klien dapat membina hubungan saling percaya, dengan kriteria hasil: Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada Perawat melalui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekspresi wajah cerah, tersenyum</li> <li>- Mau berkenalan</li> <li>- Ada kontak mata</li> <li>- Bersedia menceritakan perasaannya</li> </ul>	<p>1.1 Bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ucapkan salam terapeutik. Sapa klien dengan ramah, baik verbal ataupun nonverbal.</li> <li>b. Perkenalkan diri dengan sopan</li> <li>c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang klien sukai</li> <li>d. Jelaskan tujuan pertemuan.</li> </ul>	<p>1.1 Kepercayaan dari klien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau perencanaan selanjutnya terhadap klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ucapan salam perawat kepada klien menunjukkan penghargaan perawat kepada klien. Penghargaan kepada orang lain merupakan modal awal seseorang dapat membuka diri dengan orang lain.</li> <li>b) Memperkenalkan diri dan mengatakan nama panggilan yang disukai dapat meningkatkan rasa percaya kepada orang lain</li> <li>c) Membuka diri bagi perawat untuk memudahkan dan membina hubungan saling percaya dengan klien</li> <li>d) Mengarahkan pembicaraan terfokus pada tujuan yang hendak dicapai.</li> </ul>



No	Dx Kep	Perencanaan		
		Tujuan (Tuk/ Tum)	Perencanaan	Rasional
	- Bersedia mengungkapkan masalah	e. Buat kontrak topik waktu, dan tempat setiap kali bertemu klien	e) Kontrak waktu, topik dan tempat merupakan cara untuk menjalin hubungan yang terapeutik.	
		f. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.	f) Perawat mempertahankan sikap terbuka, menilai dan mendengarkan dengan penuh perhatian ketika berinteraksi dengan klien	
		g. Berikan perhatian kepada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien	g) Reinforcement positif meningkatkan harga diri klien	
	TUK 2 : Setelah 1 x pertemuan klien dapat mengidentifikasi dan mengekspresikan perasaan, dengan kriteria hasil: Klien dapat mengidentifikasi dan mengekspresikan perasaannya	2.1 Tanyakan apa yang terjadi saat dia mulai merasa seperti ini.	2.1 Dengan mengetahui perasaannya dapat membantu mengidentifikasi dan mengelola perasaan klien serta membuat strategi untuk meningkatkan harga diri klien	
		2.2 Jangan mengecilkan ungkapan kemarahan, tangisan dan sebagainya.	2.2 Mengecilkan ungkapan ekspresi emosi dapat menyebabkan stress yang berkepanjangan dan dapat menghambat proses pemulihan.	
		2.3 Jadilah empati, tidak menghakimi.	2.3 Perawat mempertahankan sikap terbuka, menilai dan mendengarkan dengan penuh perhatian ketika berinteraksi dengan klien	
		2.4 Jelaskan hubungan antara peristiwa kehidupan	2.4 Membantu klien memahami bahwa peristiwa kehidupan dapat mempengaruhi kesehatan	

No	Dx Kep	Perencanaan		
		Tujuan (Tuk/ Tum)	Perencanaan	Rasional
				mental dan membantu klien mengidentifikasi peristiwa yang mungkin memicu atau memperburuk keadaan
	TUK 3 : Setelah 1 x pertemuan klien dapat mengidentifikasi evaluasi diri positif, dengan kriteria hasil: Klien menyebutkan aspek positif yang dimiliki klien, seperti kegiatan klien di rumah, adanya keluarga, dan lingkungan paling dekat lingkungan klien.	3.1 Diskusikan bagaimana klien menangani krisis lainnya.  3.2 Diskusikan bagaimana cara mengatasi masalah, seperti melalui olahraga menarik diri, minum, narkoba atau dengan bicara.  3.3 Kuatkan mekanisme penanganan adaptif.  3.4 Ajarkan memperkuat kemampuan dan sifat positif (misalnya : hobi, keterampilan, sekolah, hubungan penampilan, loyalitas dan sifat rajin.  3.5 Bantu klien menerima perasaan positif dan negatif.	3.1 Diskusikan mengenai tingkat kemampuan klien seperti menilai realitas, kontrol diri atau integritas ego diperlukan sebagai dasar asuhan keperawatan.  3.2 Jawaban dari klien menandakan klien sudah mencoba berpikir rasional. Hal ini dilakukan perawat untuk meningkatkan kemampuan analisa klien terhadap suatu masalah.  3.3 Mekanisme adaptif dapat membantu klien mengatasi masalah dan mengidentifikasi cara sehat dan efektif untuk meningkatkan mekanisme adaptif klien.  3.4 Penguatan ( <i>reinforcement</i> ) positif akan meningkatkan harga diri klien.  3.5 Menerima perasaan negatif dapat membantu seseorang mengatasi stress dan trauma.	

No	Dx Kep	Perencanaan	
		Tujuan (Tuk/ Tum)	Rasional
			Sementara menerima perasaan positif dapat meningkatkan kesejahteraan klien.
		3.6 Jangan membantah pembelaan klien.	3.6 Membantah klien dapat menyebabkan klien merasa tidak didengar, tidak dipahami.
		3.7 Komunikasikan kepercayaan diri pada kemampuan seseorang.	3.7 Membantu mengembangkan keyakinan pada kemampuan klien untuk mengatasi masalahnya.
		3.8 Mintalah klien menulis pernyataan kebenaran positif tentang diri sendiri (menurut persepsi klien sendiri), kemudian mintalah klien membaca daftar nya setiap hari sebagai bagian dari rutinitas normal.	3.8 Klien adalah individu yang bertanggung jawab atas dirinya sendiri. Klien perlu bertindak secara realistis dalam kehidupan
		3.9 Libatkan orang dalam penetapan tujuan bersama.	3.9 Mendorong keluarga untuk mampu merawat klien mandiri di rumah
		3.10 Kuatkan penggunaan latihan membangun harga diri( <i>self affirmations</i> , <i>imagery</i> , meditasi/doa, relaksasi atau penggunaan humor)	3.10 <i>Self affirmations</i> dapat mengidentifikasi keyakinan dan nilai diri klien yang positif.

No	Dx Kep	Perencanaan		
		Tujuan (Tuk/ Tum)	Perencanaan	Rasional
	TUK 4 : Setelah 1 x pertemuan klien mampu mengidentifikasi pikiran klien yang berlebihan dan tidak rasional yang meningkatkan penilaian diri negatif (Varcarolis, 2006 dalam Carpenito- Moyet) , dengan kriteria hasil: Klien dapat mengidentifikasi pikiran klien yang berlebihan dan tidak rasional	<p>4.1 Ubah pemikiran klien menjadi lebih realistis.</p> <p>4.2 Ajarkan klien untuk fokus pada setiap acara</p> <p>4.3 Ajarkan penyalahan terhadap diri sendiri (<i>self-blame</i>)</p> <p>4.4 Ajarkan untuk mengevaluasi apakah klien benar-benar bertanggung jawab serta alasan yang mendasarinya.</p> <p>4.5 Latih klien membaca pikiran (<i>main-reading</i>)</p> <p>4.6 Anjurkan untuk mengklarifikasi secara verbal apa yang klien pikir sedang terjadi</p>	<p>4.1 Mengenal perasaan tidak berharga klien dapat membantu pemikiran klien menjadi lebih realistis.</p> <p>4.2 Pemusatan perhatian dapat membantu mengurangi stress dan kecemasan secara berlebihan pada masalah klien.</p> <p>4.3 Membantu klien mengenali tanda-tanda penyalahan diri sendiri dan mengubah pola pikir yang tidak sehat.</p> <p>4.4 Mengajarkan klien evaluasi diri dapat membantu mengurangi rasa bersalah klien.</p> <p>4.5 <i>Main-reading</i> mampu mengenali pola pikir negatif klien.</p> <p>4.6 Mendorong klien untuk mengidentifikasi dan mengekspresikan perasaannya dapat membantu memahami masalah yang dihadapi klien dan memberikan dukungan yang lebih efektif.</p>	

No	Dx Kep	Perencanaan	
		Tujuan (Tuk/ Tum)	Rasional
		4.7 Abaikan ( <i>discounting</i> ) tanggapan orang lain Req: Mengenali pola perilaku dan belajar lebih sensitif (peduli) terhadap orang lain	4.7 Membantu klien memperbaiki hubungan interpersonal dan meningkatkan harga diri klien.
		4.8 Ajarkan untuk hanya menanggapi dengan ucapan: terima kasih.	4.8 Mengembangkan sikap yang lebih positif terhadap perasaan dan tanggapan orang lain.
	TUK 5 : Setelah 1 x pertemuan klien dapat menilai dan memobilisasi sistem pendukung yang ada saat ini , dengan kriteria hasil: Klien memanfaatkan sistem pendukung yang ada	5.1 Ajarkan klien untuk mengetahui sistem pendukung yang ada pada saat ini melalui penilaian berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apakah dia tinggal sendiri?</li> <li>- Apakah dia di pekerjaan?</li> <li>- Apakah dia memiliki teman dan keluarga yang tersedia?</li> <li>- Apakah agama itu pendukung?</li> <li>- Pernah kah dia menggunakan sumber daya masyarakat?</li> </ul>	5.1 Dukung sosial meningkatkan akal, harga diri dan kesejahteraan (Dirksen dalam Crapenito – Moyet, 2009)
		5.2 Rujuk klien ke rehabilitasi vokasional untuk pelatihan ulang	5.2 Mereferensikan klien ke program rehabilitasi dapat membantu memperbaiki kualitas hidup klien.
		5.3 Dukung kembali ke sekolah untuk latihan lebih lanjut	5.3 Membantu klien untuk menemukan makna dan tujuan hidup yang baru, serta meningkatkan rasa percaya diri dan harga diri.

No	Dx Kep	Perencanaan		
		Tujuan (Tuk/ Tum)	Perencanaan	Rasional
			5.4 Bantu klien untuk melibatkan organisasi sukarelawan lokal (pekerjaan warga senior, kakek nenek angkat ataupun kelompok pendukung lokal)	5.4 System pendukung dari keluarga dan kelompok untuk memfasilitasi eksplorasi diri klien.
			5.5 Atur kelanjutan studi sekolah bagi siswa.	5.5 Mengembalikan dan meningkatkan motivasi dan tujuan yang jelas dalam hidup klien.
	TUK 6 : Setelah 1 x pertemuan klien dapat mengetahui kemampuan koping baru, dengan kriteria hasil: Klien dapat mengatasi harga diri rendah situasional nya dengan koping yang adaptif	6.1 Latih bicara sendiri (Murray dalam Carpenito – Moyet, 2009): a. Tulislah uraian singkat tentang perubahan dan konsekuensinya (misalnya pasangan saya berselingkuh, saya dihianati ) b. Tuliskan tiga hal yang mungkin berguna mengenai situasi ini	6.1 Pembicaraan sendiri tidak menyiratkan bahwa orang menyukai perubahan. Akan tetapi hal ini membantu seseorang menemukan manfaat potensial dari perubahan (Murray dalam Carpenito – Moyet, 2009).  Meningkatkan rasa percaya diri dan memotivasi klien untuk menghadapi tantangan hidup.	
		6.2 Komunikasikan kepada klien bahwa ia dapat menangani perubahan tersebut	6.2 Mengembangkan keterampilan dan membantu klien mengidentifikasi sumber daya internal dan eksternal yang dapat mendorong untuk mencapai tujuan tersebut serta memperkuat rasa percaya diri dan memiliki kontrol terhadap kehidupannya.	

No	Dx Kep	Perencanaan	
		Tujuan (Tuk/ Tum)	Rasional
		6.3 Tantang klien untuk membayangkan masa depan yang positif dan hasilnya.	6.3 Mencoba perilaku baru klien dapat memperoleh pengalaman untuk meningkatkan kepercayaan dirinya, mengurangi rasa takut serta memperkuat perilaku adaptifnya.
		6.4 Dorong percobaan perilaku baru.	6.4 Meningkatkan rasa percaya diri klien dan mengembangkan rasa tanggung jawab atas kehidupannya sendiri.
		6.5 Tegaskan Keyakinan bahwa orang tersebut memiliki kendali atas situasi ini.	6.5 Mengurangi perasaan putus asa dan ketidakberdayaan yang seringkali menghambat kemajuan klien
		6.6 Berkomitmen untuk bertindak.	6.6 Menumbuhkan rasa tanggung jawab atas tindakan klien serta membantu mengembangkan keterampilan <i>problem-solving</i> yang efektif.
	TUK 7 : Klien memperoleh dukungan keluarga Kriteria hasil: Dalam 1 x pertemuan keluarga dapat: Meningkatkan pengetahuan dan kesiapan keluarga dalam merawat klien dengan harga	7.1 Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 7.2 Diskusikan tentang harga diri rendah situasional dan dampaknya.	7.1 Keluarga sebagai <i>support system</i> atau sistem pendukung akan sangat berpengaruh dalam proses percepatan penyembuhan klien. 7.2 Agar klien mengetahui tindakan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan harga dirinya dan mengembangkan keterampilan yang dibutuhkan untuk mengatasi situasi yang sulit.

No	Dx Kep	Perencanaan		
		Tujuan (Tuk/ Tum)	Perencanaan	Rasional
		diri rendah situasional, dengan kriteria hasil: Keluarga mengetahui masalah harga diri rendah situasional serta mengetahui cara perawatan dan penanganan anggota keluarga terhadap gangguan psikososial ini.	7.3 Latih keluarga untuk mempraktikkan cara merawat klien dengan harga diri rendah situasional. 7.4 Diskusikan dengan keluarga tentang sumber bantuan yang dapat dimanfaatkan klien serta perilaku klien yang perlu di rujuk dan bagaimana cara merujuk klien.	7.3 Support system keluarga akan sangat berpengaruh pada mempercepat proses penyembuhan klien 7.4 Memperoleh informasi penting yang berguna dalam perawatan klien

Sumber : Sutejo, (2016) dimodifikasi oleh penulis.



#### **2.4.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Pelaksanaan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Adapun rencana tindakan keperawatan pada klien dengan harga diri rendah situasional situasional diawali dengan membina hubungan saling percaya, membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengekspresikan perasaan, mengidentifikasi evaluasi diri positif pada klien, dan membantu mengidentifikasi pikiran klien yang berlebihan dan tidak rasional yang meningkatkan penilaian diri negatif, membantu menilai sistem pendukung saat ini untuk mengetahui kemampuan koping baru dan meningkatkan pengetahuan dan kesiapan keluarga dalam merawat klien dengan harga diri rendah situasional (Sutejo, 2016)

#### **2.4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan sedangkan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP/SOAPIER.

S = Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O = Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A = Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P = Perencanaan atau tindakan lanjut berdasarkan hasil analisa pada respons klien . rencana tindak lanjut dapat berupa:

- 1) Rencana teruskan, jika masalah tidak berubah.
- 2) Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan.
- 3) Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan.
- 4) Rencana dan diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara serta mempertahankan kondisi baru.

I = Implementasi yaitu tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan yang telah teridentifikasi dalam perencanaan.

E = Evaluasi yaitu respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.