

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Harga Diri Rendah Kronik**

##### **2.1.1 Pengertian Harga Diri Rendah Kronik**

Harga diri rendah kronik adalah evaluasi diri atau perasaan negatif tentang dirinya sendiri atau kemampuan diri yang berlangsung minimal tiga bulan (Keliat, 2020).

Harga diri rendah melibatkan evaluasi diri yang negatif dan berhubungan dengan perasaan yang lemah, tidak berdaya, putus asa, ketakutan, rentan, rapuh, tidak lengkap, tidak berharga, dan tidak memadai (Stuart, 2016).

Harga diri rendah kronik adalah evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya dan berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus (SDKI, 2017).

Berdasarkan definisi di atas disimpulkan bahwa harga diri rendah kronik adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai dengan ideal diri. Gangguan harga diri rendah akan terjadi jika kehilangan kasih sayang.

perlakuan orang lain yang mengancam dan hubungan interpersonal yang buruk.

### **2.1.2 Proses Terjadinya Harga Diri Rendah Kronik**

Harga diri rendah muncul apabila lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya, Proses terjadinya harga diri rendah kronik disebabkan karena sering disalahkan pada masa kecil, jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Individu pada saat mencapai masa remaja keberadaannya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Menjelang dewasa awal sering gagal di sekolah, pekerjaan, atau pergaulan.

Harga diri rendah kronik merupakan lanjutan dari gangguan pada diri pasien yang terjadi akibat harga diri rendah situasional yang tidak terselesaikan atau ketidakadaan feed back (umpan balik) yang positif dari lingkungan terhadap perilaku pasien sebelumnya. Respon negatif dari lingkungan juga memiliki peran terhadap gangguan harga diri rendah kronik. Pada awalnya pasien dihadapkan dengan stresor (krisis) dan berusaha untuk menyelesaikan tetapi tidak tuntas. Ketidaktuntasan tersebut menimbulkan evaluasi diri bahwa ia tidak mampu atau gagal menjalankan peran dan fungsinya.

### **2.1.3 faktor Predisposisi dan Presipitasi Harga Diri Rendah Kronik**

#### a. Faktor predisposisi

##### 1) Biologis

Faktor heriditer (keturunan) adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, riwayat penyakit kronis atau trauma kepala serta penggunaan napza.

##### 2) Psikologis

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti adanya riwayat pengasingan dari lingkungan, penolakan dari lingkungan dan orang terdekat serta harapan yang tidak realistis. Kegagalan berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal dan memiliki ketergantungan yang tinggi pada orang lain merupakan faktor lain yang menyebabkan gangguan jiwa. Selain itu pasien dengan harga diri rendah memiliki penilaian yang negatif terhadap gambaran dirinya, mengalami krisis identitas, peran yang terganggu dan ideal diri yang tidak ralistic. Adanya penilaian yang negatif dari orang-orang yang berarti, sangat berpengaruh terhadap penilain terhadap individu tentang dirinya.

##### 3) Faktor sosial budaya

Penilain negatif dari lingkungan terhadap pasien, sosial ekonomi rendah, pendidikan yang rendah serta adanya riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak, merupakan pengaruh sosial budaya yang dapat menimbulkan harga diri rendah adalah adanya.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang menimbulkan harga diri rendah antara lain:

1) Riwayat trauma

Seperti adanya penganiayaan seksual dan pengalaman psikologis yang tidak menyenangkan, menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan, menjadi pelaku, korban maupun saksi dari perilaku kekerasan.

2) Ketegangan peran : Ketegangan peran dapat disebabkan karena

- a) Transisi peran perkembangan : perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan seperti transisi dari masa kanak-kanak ke remaja. Mengapa masa ini sangat penting karena pada usia remaja merupakan usia dimana individu mulai membentuk konsep diri.
- b) Transisi peran situasi : bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.
- c) Transisi peran sehat-sakit : merupakan pergeseran dari kondisi sehat ke sakit. Transisi ini dapat disebabkan karena hilangnya sebagian anggota tubuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan.

#### 2.1.4 Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah Kronik

Tanda dan gejala harga diri rendah menurut (NANDA,2018-2020) :

a. Perasaan malu atau perasaan bersalah

Rasa malu dan bersalah adalah emosi moral, emosi kesadaran diri, dan emosi sosial. Kedua emosi malu dan bersalah berkaitan erat dengan sistem nilai dan norma yang hidup, diyakini, ditekankan, dan diidealkan. Rasa malu juga berkaitan erat dengan keberadaan orang lain, dan Rasa bersalah yang berkaitan erat dengan hati nurani atau iman dalam diri sendiri.

b. Melebih-lebihkan umpan balik negatif tentang diri sendiri

Umpan balik yang berupaya mencapai tujuannya dengan memberikan respon terhadap Kegagalan pencapaiannya. Memiliki pengaruh perubahan paling sensitif atau paling besar pada kinerja sistem secara keseluruhan.

c. Kontak mata kurang

Kontak mata merupakan salah satu bentuk komunikasi nonverbal yang disebut okulesik (gerakan mata dan posisis mata) dan memiliki pengaruh yang besar dalam perilaku sosial.

d. Mengalami kegagalan hidup berulang

Kurangnya kegigihan dan disiplin diri menjadi salah satu penyebab besar mengapa seseorang mengalami kegagalan. Biasanya orang merasa bersemangat di awal dan langsung melakukan langkah besar, namun hal itu membuatnya menjadi cepat merasa lelah sehingga akhirnya tidak bisa mempertahankan langkah tersebut.

e. Meremehkan kemampuan mengatasi situasi

Meremehkan kemampuan memang ada baiknya, namun sifat ini tidak baik jika berujung pada kebiasaan meremehkan diri sendiri yang akan selalu merasa tidak dihargai oleh orang lain, minder dan canggung melakukan kegiatan apapun.

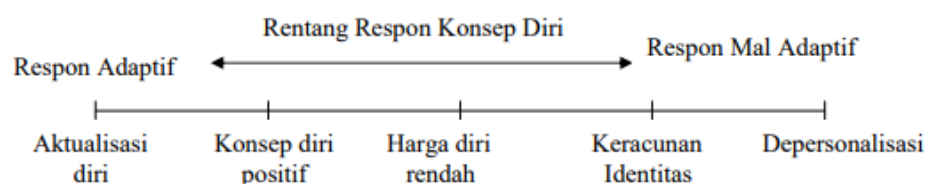
f. Menolak umpan balik positif

Umpan balik positif adalah satu-satunya hal yang dapat memotivasi semua orang untuk tetap melakukan hal baik yang mereka kerjakan dengan bersemangat, bertekad tinggi dan kreatif. Namun pada pasien dengan Harga diri rendah kronis tidak akan menerima umpan balik positif, karena selalu merasa dirinya tidak berguna, tidak dihargai, dan tidak dibutuhkan.

### 2.1.5 Rentang Respon Harga Diri Rendah Kronik

Konsep diri merupakan aspek kritical dan dasar dari perilaku individu. Individu dengan konsep diri yang positif dapat berfungsi lebih efektif yang terlihat dari kemampuan interpersonal, kemampuan intelektual dan penguasaan lingkungan konsep diri yang negatif dapat dilihat dari hubungan individu dan sosial yang maladaftif. Rentang respon individu terhadap konsep dirinya dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar Rentang Respon Konsep - Diri  
(Stuart G.W, 2006)



a. Respon Adaktif

Respon adaktif adalah kemampuan individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

1. Aktualisasi diri adalah Pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima.
2. Konsep diri positif adalah apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri dan menyadari hal-hal positif maupun yang negatif dari dirinya.

b. Respon Maladaktif

Respon maladaktif adalah respon yang diberikan individu ketika dia tidak mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi

1. Harga diri rendah adalah individu yang cenderung untuk menilai dirinya negatif dan merasa dirinya lebih rendah dari orang lain.
2. Kerancuan identitas adalah kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa anak-anak ke dalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis. Adapun perilaku yang berhubungan dengan kerancuan identitas yaitu tidak ada kode moral, sifat kepribadian yang bertentangan, hubungan interpersonal eksploitatif, perasaan hampa. Perasaan mengambang tentang diri sendiri, tingkat ansietas yang tinggi, ketidakmampuan untuk empati terhadap orang lain.
3. Depersonalisasi merupakan suatu perasaan yang tidak realistis di mana pasien tidak dapat membedakan stimulus dari dalam atau dari luar dirinya.

Individu mengalami kesulitan untuk membedakan dirinya sendiri dari orang lain, dan tubuhnya sendiri merasa tidak nyata dan asing baginya.

### **2.1.6 Mekanisme Koping Harga Diri Rendah Kronik**

Seorang dengan harga diri rendah memiliki mekanisme koping jangka pendek dan jangka panjang. Mekanisme jangka pendek tidak memberikan hasil yang telah diharapkan individu, maka individu dapat mengembangkan mekanisme koping jangka panjang (Dwi, 2020). Mekanisme tersebut mencakup sebagai berikut :

- a. Jangka pendek
  - 1) Aktivitas yang dilakukan untuk pelarian sementara yaitu : kerja keras, pemakaian obat-obatan, nonton televisi secara terus menerus.
  - 2) Aktivitas yang memberikan penggantian identitas bersifat sementara, misalnya mengikuti kelompok sosial, agama, dan politik.
  - 3) Aktivitas yang memberikan dukungan sementara misalnya perlombaan.
- b. Jangka panjang
  - 1) Penutupan identitas : Terlalu terburu-buru mengadopsi identitas yang disukai dari orang-orang yang berarti tanpa memperhatikan keinginan atau potensi diri sendiri.
  - 2) Identitas negatif : Asumsi identitas yang bertentangan dengan nilai-nilai dan harapan masyarakat. (Stuart & Sundeen dalam Fajariyah, 2012).

### **2.1.7 Sumber Koping Harga Diri Rendah Kronik**

Semua orang tanpa memperhatikan gangguan perilakunya mempunyai beberapa bidang kelebihan personal yang meliputi: aktifitas olahraga dan



aktifitas diluar rumah, hobi dan kerajinan tangan, seni yang ekspresif, kesehatan dan perawatan diri, pendidikan atau pelatihan, pekerjaan, bakat tertentu, kecerdasan, imajinasi dan kreatifitas hubungan interpersonal (Stuart, 2013).

## **2.2 Asuhan Keperawatan dengan Harga Diri Rendah**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan pengambilan data yang dilakukan pertama kali oleh perawat setelah pasien masuk. Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Disini semua data dikumpulkan secara sistematis untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini.

Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual pasien. Pengkajian keperawatan tidak sama dengan pengkajian medis. Pengkajian medis difokuskan pada keadaan patologis, sedangkan pengkajian keperawatan ditujukan pada respon pasien terhadap masalah-masalah kesehatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Adapun aspek yang dikaji meliputi :

#### **A. Pengumpulan Data**

##### **1) Identitas**

Identitas pasien meliputi inisial, umur, pendidikan, pekerjaan, alamat, no.medrec, agama, status martial, suku, diagnosa medis. Dan identitas

penanggung jawab meliputi inisial, umur, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien, status martial, agama.

## 2) Alasan masuk

Tanyakan kepada pasien dan keluarga apa alasan pasien dibawa ke rumah sakit, Keluhan utama pasien dengan harga diri rendah kronik biasanya muncul tanda gejala mayor yaitu menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong, merasa malu/bersalah, merasa tidak mampu melakukan apapun, meremehkan kemampuan mengatasi masalah , merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif, lebih – lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri, menolak penilaian positif tentang diri sendiri, enggan mencoba hal baru, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk. Dan tanda gejala minor yang muncul yaitu merasa sulit konsentrasi, sulit tidur, mengungkapkan keputusasaan, kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, berbicara pelan dan lirih, pasif, perilaku tidak asertif, mencari penguatan secara berlebihan, bergantung pada pendapat orang lain, sulit membuat keputusan.

## 3) 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

- 1) 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.
- 2) Merasakan pengalaman masa lalu lain yang tidak menyenangkan baik biologi, psikologi, sosiologi, kultural, maupun spiritual.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

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

4) Faktor presipitasi

Masalah khusus tentang harga diri rendah kronik 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 kronis.

5) Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan pasien.

6) Psikososial

a. Genogram

Perbuatan genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

b. Konsep Diri

1) Gambaran Diri

Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

2) Identitas Diri

Kaji kepuasan pasien terhadap jenis kelaminnya, status sebelum dirawat di rumah sakit. Pasien merasa tidak berdaya dan rendah diri sehingga tidak mempunyai status yang di banggakan atau di harapkan di keluarga ataupun masyarakat.

3) Fungsi peran

Biasanya pasien mengalami penurunan produktifitas dan merasa tidak mampu dalam melaksanakan tugas.

4) Ideal diri

Tanyakan harapan tubuh, posisi status, peran. Harapan pasien terhadap lingkungan, dan harapan pasien terhadap penyakitnya.

5) Harga Diri

Pasien mengejek dan mengkritik dirinya sendiri, menurunkan martabat, menolak kemampuan yang dimiliki.

c. Hubungan Sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan pasien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok atau masyarakat (Febriana et. al, 2016).

- 1) Pasien tidak mempunyai orang yang dianggap sebagai tempat mengadu dan meminta dukungan.
- 2) Pasien merasa berada di lingkungan yang mengancam.
- 3) Keluarga kurang memberikan penghargaan kepada pasien.
- 4) Pasien sulit berinteraksi.

d. Spritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah atau menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Menurut (Yosep. 2019) pasien merasa perjalanan hidupnya penuh dengan ancaman, tujuan hidupnya biasanya jelas. Konsep kebutuhan dan praktek keagamaan pasien mengakui adanya Tuhan tapi tidak yakin terhadap Tuhan, putus asa karena tuhan tidak memberikan sesuai apa yang dia inginkan dan tidak mau menjalankan kegiatan agama.

7) Status Mental

a. Penampilan

Penampilan tidak rapi karena pasien kurang minat untuk perawatan diri. Kemunduran dalam tingkat kebersihan dan kerapian,

bau badan karena tidak mandi merupakan salah satu tanda gangguan jiwa dengan harga diri rendah kronik.

b. Pembicaraan

Pasien dengan frekuensi lambat, tertatah, volume suara rendah, sedikit berbicara inkoheren dan bloking.

c. Aktivitas Motorik

Tegang, lambat, gelisah, dan terjadi penurunan aktivitas interaksi.

d. Alam Perasaan

Pasien biasanya merasakan tidak mampu dan pandangan hidupnya selalu pesimis.

e. Afek emosi

Terkadang afek pasien tampak tumpul, emosi pasien berubah-ubah, kesepian, apatis, depresi atau sedih, dan cemas.

f. Interaksi selama wawancara

- 1) Tidak kooperatif : atau mudah tersinggung.
- 2) Kontak mata kurang : tidak mau menatap lawan bicara.
- 3) Defensif : selalu mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya

g. Persepsi-sensori

Pasien mengalami halusinasi dengar atau lihat yang mengancam atau memberi perintah.

h. Proses berpikir

- 1) Arus 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 di pahami oleh umum.
  - g) Sosiasi bunyi: mengucapkan kata-kata yang mempunyai persamaan bunyi.
- 2) Isi Pikir : Merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolakan diri sendiri, mengejek dan mengkritik diri sendiri.
- i. Tingkat kesadaran

Menurut Stuart. (2016) Biasanya pasien tampak bingung dan kacau, stupor adalah gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan berulang-ulang, anggota tubuh klien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama tetapi pasien menyadari semua yang terjadi di lingkungan, sedasi yaitu pasien mengatakan bahwa ia merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar.
  - j. Memori

Biasanya pasien dengan harga diri rendah kronik umumnya tidak terdapat gangguan pada memorinya, baik memori jangka pendek ataupun memori jangka panjang, kecuali pasien dengan gangguan memori seperti skizofrenia.

k. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya perhatian pasien mudah berganti dari satu obyek ke obyek lain atau tidak, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu berhitung.

l. Kemampuan penilaian mengambil keputusan

- 1) Ringan : dapat mengambil suatu keputusan yang sederhana dengan dibantu.
- 2) Bermakna : tidak mampu mengambil suatu keputusan walaupun sudah dibantu.

m. Daya tilik diri

Pasien tidak menyadari bahwa dia mengalami gangguan jiwa.

n. Kebutuhan Persiapan Pulang

Pasien dapat dikatakan siap pulang apabila kebutuhan persiapan pulang telah terpenuhi seperti makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian/berhias, istirahat tidur, pengetahuan penggunaan obat mengenai jenis manfaat dan lamanya obat harus diminum, pemelihara kesehatan, kegiatan dirumah ataupun luar rumah.

o. Mekanisme Koping

Biasanya pasien menggunakan mekanisme koping maladaptif yaitu dengan minum alkohol, reaksi lambat, menghindar dan mencederai



diri.

p. Terapi Modalitas

Konseling, terapi lingkungan, aktivitas asuhan mandiri, intervensi psikobiologis, penyuluhan kesehatan, manajemen kasus, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, psikoterapi, komunikasi terapeutik, terapi kognitif, terapi kognitif perilaku, logoterapi (*medical ministry*), TAK, psikoedukasi keluarga.

q. Aspek Medik

Biasanya pasien dengan harga rendah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Pasien dengan diagnosa medis Skizofrenia biasanya pasien mendapatkan Clorpromazine 1x100 mg, Halloperidol 3x5 mg, Trihexy penidil 3x2 mg, dan Risperidon 2x2 mg.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Analisa data

Data	Masalah
Tanda dan Gejala Mayor Subjektif	Diri Rendah Kronik
1. Menilai diri negatif	
2. Merasa malu atau bersalah	
3. Merasa tidak mampu melakukan apapun	
4. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah	
5. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif	
6. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri	
7. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri	

Data	Masalah
Objektif	
1. Enggan mencoba hal baru	
2. Berjalan menunduk	
3. Postur tubuh menunduk	
4. Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif:	
1. Merasa sulit konsentrasi	
2. Sulit tidur	
3. Menungkapkan keputusasaan	
Objektif	
1. Kontak mata kurang	
2. Lesu dan tidak bergairah	
3. Berbicara pelan dan lirih	
4. Pasif	
5. Perilaku tidak asertif	
6. Mencari penguatan secara berlebihan	
7. Bergantung pada pendapat orang lain	
8. Sulit membuat keputusan	
9. Seringkali mencari penegasan	

## 2. Diagnosa Keperawatan

Kemungkinan Diagnosa yang muncul pada pasien dengan Harga Diri

Rendah Kronik adalah :

- 1) Harga diri rendah kronik
- 2) Isolasi sosial
- 3) Gangguan sensori : halusinasi

### 2.2.3 Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Harga diri rendah kronik	: Pasien dapat meningkatkan rasa kepercayaan dirinya <b>TUK 1:</b> 1. Pasien dapat menunjukkan tanda-tanda percaya. 2. Wajah pasien cerah dan tersenyum 3. Pasien mau berkenalan. 4. Pasien dapat mengingat nama perawat 5. Kontak mata ada 6. Pasien bersedia menceritakan perasaannya. 7. Pasien bersedia mengungkapkan masalah yang sedang di hadapinya. 8. Pasien mau menyepakati kontrak	1. Bina hubungan saling percaya dengan cara :  a. Beri salam dengan senyum dan ramah setiap interaksi  b. Ingatkan nama perawat dan nama panggilan pasien  c. Tanyakan nama pasien dan nama kesukaannya	1. Rasa percaya merupakan dasar keberhasilan askep selanjutnya.  a. Menunjukkan penghargaan perawat kepadapasien, merupakan modal awal seseorang dapat membuka diri dengan orang lain.  b. Membuka diri bagi perawat untuk memudahkan dan membina hubungan saling percaya dengan pasien  c. Memperkenalkan diri dan mengatakan nama panggilan yang disukai dapat meningkatkan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				rasa percaya kepada orang lain
			d. Jelaskan peran P-K dan kerahasiaan	d. Meliputi tanggung jawab dan harapan baik pasien maupun perawat dengan menjelaskan prosedur yang dapat atau yang tidak dapat dilakukan
			e. Atur posisi dan ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dan perawat	e. Posisi yang nyaman dan lingkungan yang aman bagi pasien maupun perawat dapat membuat relaksasi sehingga menjadi tenang.
			f. Tunjukkan sikap empati, tenang, bersahabat serta menatap pasien	f. Dengan perawat mempertahankan sikap
			g. Evaluasi perasaan terkait halusinasi	g. Perasaan pasien yang stabil dan tenang menunjukkan perkembangan

No	Diagnosa t keperawatan	tujuan	Intervensi	Rasional
			h. Validasi upaya yang dilakukan untuk mengatasi halusinasi	h. Mengetahui apakah upaya yang telah dilakukan berefek atau tidak
			i. Jelaskan Tindakan yang akan dilakukan	i. Memfokuskan Tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi halusinasi pasien
			j. Jelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan	j. Dengan menjelaskan tujuan tindakan dapat mengarahkan pembicaraan terfokus pada tujuan yang hendak dicapai.
			k. Jelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan Tindakan	k. Kontrak waktu merupakan cara untuk menjalin hubungan yang terapeutik
			l. Sepakati bersama pasien tentang Tindakan yang akan dilakukan	l. Dapat mengarahkan pasien terfokus pada Tindakan yang akan dilakukan
			m. Buka pembicaraan topik netral seperti tanyakan	m. Dengan membuka pembicaraan topik netral

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			aktivitas yang telah dilakukan, perasaan pasien dan berikan respon yang sesuai	Dapat membuat pasien merasa didengarkan dan diperhatikan
	<b>TUK 2:</b> Setelah ... x pertemuan pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. Dengan kriteria evaluasi, pasien dapat : Dapat membuat daftar aspek positif dan kemampuan yang dimiliki bersama perawat		<p>1. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien :</p> <p>a. Tanyakan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki</p> <p>b. Tanyakan aspek positif yang diberikan keluarga</p> <p>c. Tanyakan aspek positif yang diberikan lingkungan</p>	<p>a. Dengan mengetahui aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien dapat menggali potensi yang dimiliki</p> <p>b. Dengan mengetahui aspek positif yang diberikan keluarga maka akan mengetahui bagaimana keluarga memandang pasien</p> <p>c. Dengan mengetahui aspek positif yang diberikan keluarga maka akan mengetahui bagaimana</p>

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				keluarga memandang pasien
			d. Bantu pasien menuangkan aspek positif dan kemampuan yang ia miliki dalam daftar tulisan	d. Dengan membuat daftar tulisan maka akan lebih mudah untuk pasien menuangkan aspek positif yang dimiliki
			e. Beri pujian saat pasien dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan	e. Dengan memberukan pujian maka akan membuat pasien menjadi semangat untuk menggali kemampuannya
	TUK 3: Setelah ...x pertemuan pasien dapat menilai kemampuan yang digunakan dengan kriteria hasil : Pasien dapat menunjukkan kemampuan yang dapat dilakukan di rumah sakit dan di rumah		a. Bantu pasien untuk menyadari dan mengetahui kegiatan apa yang bisa dia lakukan dengan segala kemampuan positif yang dia miliki baik di rumah ataupun di rumah sakit.	a. Pasien menyadari apa yang bisa dilakukan baik di rumah dan di rumah sakit, dapat memicu kembali semangat dan rasa percaya diri atau perasaan bahwa pasien akan mampu melakukan berbagai kegiatan karena memang memiliki

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				berbagai kemampuan yang bisa dilakukan secara mandiri
		TUK 4 : Setelah ...x pertemuan dengan kriteria pasien dapat :	a. Bersama pasien buat daftar rencana kegiatan dan jadwal kegiatan harian yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan pasien dengan bantuan perawat	a. Dengan adanya kegiatan yang terjadwal dengan baik akan memudahkan bagi pasien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari secara terpola
		a. Pasien dapat membuat daftar rencana kegiatan harian yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan pasien dengan bantuan perawat	b. Masukan daftar rencana ke dalam jadwal kegiatan sehari – hari	b. Rencana yang diinginkan pasien dapat terealisasi sehingga meningkatkan rasa percaya diri
		b. Pasien dapat memasukkan daftar rencana ke dalam jadwal sehari-hari		
		TUK 5 : Setelah ...x pertemuan dengan kriteria pasien dapat :	a. Anjurkan pasien untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilakukan	a. Kegiatan yang terlaksanakan akan meningkatkan rasa percaya diri pasien
		a. Melaksanakan kegiatan yang sesuai rencana	b. Pantau kegiatan yang dilaksanakan pasien	b. Kegiatan yang terawasidapat meminimalkan kesalahan
		b. Merasa senang dan termotivasi melakukan kegiatannya		



No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
		c. Menyusun Tujuan tentang pelaksanaan kegiatan setelah pasien pulang	c. berikan pujian saat pasien melakukan kegiatan sesuai jadwal	c. meningkatkan motivasi pasien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari dan meningkatkan rasa percaya diri pasien
			d. diskusikan rencana pelaksanaan kegiatan setelah pasien pulang	d. Kegiatan yang di rencanakan akan membiasakan pasien melaksanakan kegiatannya secara terarah
	TUK 6 : setelah ...x pertemuan pasien dapat :	a. Pasien dapat menjelaskan tujuan dari aktivitas kelompok yang akan dilakukan	a. Jelaskan kepada pasien tujuan dari kegiatan TAK	a. Kegiatan TAK dapat mendorong pasien untuk mau berinteraksi dengan dunia luar dan lebih membuka dirinya
	b. pasien dapat menyebutkan manfaat dari TAK		b. Jelaskan kepada pasien kegunaan TAK	b. Kegiatan TAK akan membuat pasien lebih membuka dirinya karena dalam terapi aktivitas kelompok, tertentu melibatkan inetraksi yang aktif karena
	c. Bersedia untuk mengikuti kegiatan TAK			

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				kegiatannya dilakukan secara berkelompok
			c. Jelaskan prosedur pelaksanaan TAK	c. Dengan mengetahui prosedur pelaksanaan maka dapat mempermudah jalannya TAK
			d. Motivasi pasien untuk mengikuti TAK	d. Dengan memberikan motivasi kepada pasien, dapat memberikan dorongan pasien untuk mengikuti TAK
			e. Buat kontrak waktu, tempat, topik dengan pasien untuk melakukan kegiatan TAK	e. Kontrak waktu, tempat, topik merupakan cara agar kegiatan TAK terarah
			f. Masukkan TAK kedalam jadwal harian	f. Dengan memasukkan TAK dalam jadwal harian dapat membuat kegiatan menjadi terarah
		<b>TUK 7 :</b> setelah ...x pertemuan pasien dapat memanfaatkan	1. Pasien memanfaatkan sistem pendukung yang ada di	

No	Diagnosa Keperawatan	tujuan	Intervensi	Rasional
		sistem pendukung yang ada dengan kriteria keluarga:	keluarganya	
		a. Dapat menyebutkan masalah yang dirasakan selama merawat pasien di rumah	a. Diskusikan bersama keluarga tentang hambatan/masalah yang dirasakan selama merawat pasien di rumah	a. Mengetahui hambatan masalah yang di rasakan keluarga di rumah
		b. Dapat menyebutkan pengertian, tanda gejala dan proses terjadinya sertamerawat pasien HDRK	b. Jelaskan pengertian, tanda gejala dan proses terjadinya HDRK	b. Keluarga dapat mengenali tanda dan gejala agar dapat melakukan tindakan yang tepat dalam membantu pasien
		c. Berpartisipasi selamapatient dirawat di rumah sakit	c. Jelaskan cara merawat pasien HDRK	c. Untuk menambah pengetahuan keluarga mengenai cara merawat pasien dengan HDRK
		d. Menjelaskan cara menggunakan obat yang benar	d. Terima pasien apa adanya (kekurangan kelebihan)	d. Menerima setiap kekurangan dan kelebihan pasien akan membuat pasien lebih percaya diri
		e. Menjelaskan follow up/kontrol yang tepat	e. Anjurkan keluarga mengenali aspek positif dan kemampuan	e. Peran keluarga sangat membantu dalam mengembangkan aspek

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			yang dimiliki pasien	positif dan kemampuan yang pasien miliki
			f. Nilai kemampuan yang dapat dikembangkan dan ada kemungkinan keberhasilan	f. Dengan memberikan penilaian terhadap kemampuan yang pasien miliki maka akan mempermudah dalam mengembangkan kemampuan yang dimiliki
			g. Anjurkan keluarga agar memberikan kesempatan pasien untuk mengembangkan kemampuan dengan melibatkan pasien dalam kegiatan sehari – hari sesuai kemampuan	g. Untuk memberikan kesempatan agar pasien dapat mengembangkan aspek dan kemampuan yang dimilikinya
			h. Berikan pujian setiap tindakan yang dilakukan dan tidak mencela	h. Untuk menguatkan dan memberikan apresiasi atas kemajuan pasien
			i. Berikan kesempatan pasien untuk berhubungan	i. Memberi kesempatan pasien untuk berhubungan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			dengan orang lain	dengan orang lain dapat membantu proses dalam mengembangkan aspek dan kemampuan pasien
			j. Jelaskan kepada keluarga cara minum obat yang benar, cara mempertahankan kontinuitas minum obat dan membuat jadwal minum obat dan jelaskan dampak jika tidak minum obat secara benar	j. Pengetahuan keluarga mengenai obat akan membantu proses penyembuhan pasien
			k. Jelaskan kepada keluarga tentang jadwal kontrol ulang pasien dan dampak jika tidak melakukan kontrol ulang	k. Dengan kontrol yang teratur akan memonitor kondisi pasien sehingga dapat mencegah kambuhnya halusinasi

#### **2.2.4 Implementasi**

Pada situasi nyata sering 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 pasien sesuai dengan kondisinya. 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).

#### **2.2.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi dua jenis yaitu: evaluasi proses atau formatif dilakukan selesai melaksanakan tindakan. Evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Evaluasi keperawatan yang diharapkan pada klien yang mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi, klien mampu mengenali halusinasi, klien terlatih mengontrol halusinasi, klien mampu bercakapcakap dengan orang lain, klien mampu beraktivitas secara terjadwal (Andri, & Utama 2019).