

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Harga Diri Rendah Kronik

2.1.1 Pengertian

Menurut Nanda-I, 2018 menyatakan harga diri rendah kronik merupakan “evaluasi diri/perasaan negatif tentang diri sendiri atau kemampuan diri yang berlangsung minimal tiga bulan”.

Sedangkan menurut SDKI, 2016 menyatakan harga diri rendah kronik adalah “evaluasi perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan pasien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus”.

Adapun menurut Yosep, 2009 mendefinikan harga diri rendah kronik sebagai “Perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri, atau kemampuan diri”.

Dari ketiga pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah kronik adalah penilaian negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri yang berpikir bahwa dirinya tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya, rendah diri yang dirasakan berkepanjangan dalam waktu lama dan terus menerus selama tiga bulan atau lebih.

2.1.2 Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah Kronik

Menurut SDKI 2016, tanda dan gejala harga diri rendah kronik yaitu sebagai berikut:

a. Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif:

- 1) Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)
- 2) Merasa malu/bersalah
- 3) Merasa tidak mampu melakukan apapun
- 4) Meremehkan kemampuan mengatasi masalah
- 5) Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif

6) Lebih – lebih penilaian negatif tentang diri sendiri

7) Menolak penilaian positif tentang diri sendiri

Objektif:

1) Enggan mencoba hal baru

2) Berjalan menunduk

3) Postur tubuh menunduk

b. Tanda dan Gejala Minor

Subjektif:

1) Merasa sulit konsentrasi

2) Sulit tidur

3) Mengungkapkan 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

2.1.3 Psikodinamika

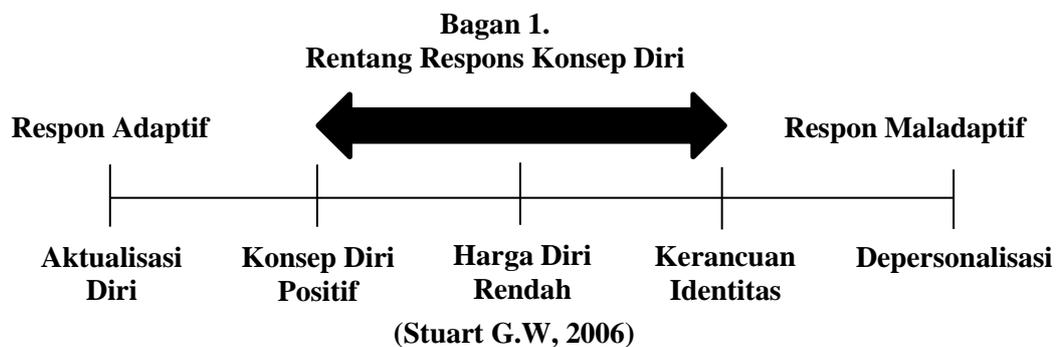
Harga diri rendah kronik merupakan proses kelanjutan dari harga diri rendah situasional yang tidak terselesaikan, atau dapat juga terjadi karena pasien tidak pernah mendapat *feedback* dari lingkungan tentang perilaku pasien sebelumnya bahkan kecenderungan lingkungan yang selalu memberi respons negatif mendorong pasien menjadi harga diri rendah.

Dalam tinjauan *life span history* pasien, penyebab terjadinya harga diri rendah adalah masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Saat pasien mencapai remaja keberadaanya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Menjelang dewasa awal sering

gagal di sekolah, pekerjaan, atau pergaulan. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya (Yosep, 2009).

a. Rentang Respons Konsep Diri

Konsep diri merupakan aspek kritical dan dasar dari perilaku pasien. Pasien 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 pasien dan sosial yang maladaptive. Rentang respons pasien terhadap konsep dirinya dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Respon adaptif terhadap konsep diri meliputi:

1) Aktualisasi Diri

Aktualisasi diri adalah pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima.

2) Konsep Diri Positif

Konsep diri positif adalah bagaimana seseorang memandang apa yang ada pada dirinya meliputi citra dirinya, ideal dirinya, harga dirinya, penampilan peran serta identitas dirinya secara positif. Hal ini akan menunjukkan bahwa pasien itu akan menjadi manusia yang sukses.

Sedangkan respon maladaptif dari konsep diri meliputi:

1) Harga Diri Rendah

Harga diri rendah adalah perasaan negatif terhadap dirinya sendiri, termasuk kehilangan percaya diri, tidak berharga, tidak berguna, pesimis,

tidak ada harapan, dan putus asa. Adapun perilaku yang berhubungan dengan harga diri yang rendah yaitu mengkritik diri sendiri dan/atau orang lain, penurunan produktivitas, destruktif yang diarahkan kepada orang lain, gangguan dalam berhubungan, perasaan tidak mampu, rasa bersalah, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, keluhan fisik, menarik diri secara sosial, khawatir, serta menarik diri dari realitas, jika terus berkepanjangan akan mengakibatkan harga diri rendah kronik.

Harga diri rendah kronik adalah evaluasi diri/perasaan negatif tentang diri sendiri atau kemampuan diri seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu minimal tiga bulan dan terus menerus. Akibatnya pasien akan merasa terkucil dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain, selalu menyendiri maka cenderung akan berhalusinasi, bahkan mampu merusak lingkungan serta dapat melakukan tindakan perilaku kekerasan.

2) Kerancuan Identitas

Kerancuan identitas adalah suatu kegagalan pasien untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak – kanak ke dalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis. Adapun perilaku yang berhubungan dengan kerancuan identitas yaitu tidak ada kode moral, sifat kepribadian yang bertentangan tentang diri sendiri, tingkat ansietas yang tinggi, ketidakmampuan untuk empati terhadap orang lain.

3) Depersonalisasi

Depersonalisasi adalah suatu perasaan yang tidak realistis dimana pasien tidak dapat membedakan stimulus dari dalam atau luar dirinya. Pasien mengalami kesulitan untuk membedakan dirinya sendiri dari orang lain, dan tubuhnya sendiri merasa tidak nyata dan asing baginya.

b. Faktor Presipitasi

Menurut Yosep (2009), faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun. Secara umum, gangguan

konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional dan kronik. Secara situasional karena trauma yang muncul secara tiba – tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara, termasuk dirawat di rumah sakit bisa menyebabkan harga diri rendah disebabkan karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang membuat pasien tidak nyaman. Harga diri rendah kronik, biasanya dirasakan pasien sebelum sakit atau sebelum dirawat pasien sudah memiliki pikiran negatif dan meningkat saat dirawat. (Damaiyanti, & Iskandar, 2014).

Menurut Sunaryo (2004), faktor presipitasi meliputi:

- 1) Konflik peran terjadi apabila peran yang diinginkan pasien, sedang diduduki orang lain.
- 2) Peran yang tidak jelas terjadi apabila pasien diberikan peran yang kabur, sesuai perilaku yang diharapkan.
- 3) Peran yang tidak sesuai terjadi apabila pasien memiliki banyak peran dalam kehidupannya.

Menurut Stuart (2006) stressor pencetus juga dapat berasal dari sumber internal atau eksternal seperti:

- 1) Trauma seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan.
- 2) Ketegangan peran berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dan pasien mengalaminya sebagai frustrasi. Ada tiga jenis transisi peran:
 - a) Transisi peran perkembangan adalah perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan. Perubahan ini termasuk tahap perkembangan dalam kehidupan pasien individu atau keluarga dan norma-norma budaya, nilai-nilai serta tekanan untuk menyesuaikan diri.
 - b) Transisi peran situasi terjadi akibat bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.
 - c) Transisi peran sehat – sakit terjadi akibat pergeseran dari keadaan sehat ke keadaan sakit. Transisi ini dapat dicetuskan oleh kehilangan bagian tubuh, perubahan ukuran, bentuk, penampilan, atau fungsi tubuh,

perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan.

c. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart (2006), faktor – faktor yang mengakibatkan harga diri rendah kronik yaitu sebagai berikut:

- 1) Penolakan orangtua, harapan orangtua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.
- 2) Peran gender, tuntutan peran kerja, dan harapan peran budaya.
- 3) Ketidakpercayaan orangtua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur sosial.
- 4) Adanya kondisi sakit fisik yang dapat mempengaruhi kerja hormon secara umum yang dapat pula berdampak pada keseimbangan neurotransmitter di otak.

2.1.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien dengan harga diri rendah terbagi menjadi 2 yaitu penatalaksanaan medis dan penatalaksanaan keperawatan.

a. Penatalaksanaan Medis

1) Psikofarmaka

Adapun obat psikofarmaka yang ideal yaitu yang memenuhi syarat sebagai berikut:

- a) Dosis rendah dengan efektifitas terapi dalam waktu yang cukup singkat;
- b) Tidak ada efek samping walaupun ada relatif kecil;
- c) Dapat menghilangkan dalam waktu yang relatif singkat, baik untuk gejala positif maupun gejala negatif skizofrenia;
- d) Lebih cepat memulihkan fungsi kognitif;
- e) Memperbaiki pola tidur;
- f) Tidak menyebabkan habituasi, adiksi, dan dependensi;
- g) Tidak menyebabkan lemas otot.

Berbagai jenis obat psikofarmaka yang beredar di pasaran yang hanya diperoleh dengan resep dokter, dapat dibagi dalam 2 golongan yaitu :

a) Golongan generasi pertama (*typical*)

(1) *Chlorpromazine*

(2) *Flupenthixol*

(3) *Fluphenazine*

(4) *Haloperidol*

(5) *Trifluoperazine*

(6) *Zuclopenthixol*

b) Golongan kedua (*atypical*)

(1) *Amisulpride*

(2) *Aripiprazole*

(3) *Clozapine*

(4) *Olanzapine*

(5) *Paliperidone*

(6) *Quetiapine*

(7) *Risperidone*

(8) *Ziprasidone*

Kemungkinan efek samping yang terjadi bisa pasien merasa mengantuk, otot kaku, resah atau gerakan tak terkendali (mis. gerakan tak normal lidah, mulut, jari atau kaki), mulut kering, berat badan naik, penglihatan kabur, pening, perubahan dalam kemampuan buang air besar karena tinja terlalu keras, mual (ingin muntah) atau gangguan pencernaan) (Yani, Sari, Sari M, & Lasmadasari, 2023).

2) *Electro Convulsif Therapy* (ECT)

Electro Convulsif Therapy atau disebut juga *shock therapy* adalah pengobatan medis yang modern dengan cara memberikan rangsangan pada otak dengan pulsa tertentu secara elektrik. Terapi ini biasa digunakan untuk penyakit – penyakit tertentu yang berhubungan dengan mental atau gejala emosional (Yosep, 2007).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Konseling

Perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi konseling untuk membantu pasien meningkatkan atau memperoleh kembali kemampuan koping, memelihara kesehatan mental, dan mencegah penyakit atau ketidakmampuan mental (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

2) Terapi Lingkungan

Perawat kesehatan jiwa memberikan, membentuk, serta mempertahankan suatu lingkungan yang terapeutik dalam kolaborasinya dengan pasien dan pemberian pelayanan kesehatan lain (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

3) Aktivitas Asuhan Mandiri

Perawat kesehatan jiwa membentuk intervensi sekitar aktivitas kehidupan sehari – hari pasien untuk memelihara asuhan mandiri dan kesejahteraan jiwa dan fisik (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

4) Intervensi Psikobiologis

Perawat kesehatan jiwa menggunakan pengetahuan intervensi psikobiologis dan menerapkan keterampilan klinis untuk memulihkan kesehatan pasien dan mencegah ketidakmampuan lebih lanjut (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

5) Penyuluhan Kesehatan

Perawat kesehatan jiwa, melalui penyuluhan kesehatan, serta membantu pasien dalam mencapai pola kehidupan yang memuaskan produktif dan sehat (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

6) Manajemen Kasus

Perawat kesehatan jiwa menyajikan manajemen kasus untuk mengkoordinasi kesehatan yang komprehensif serta memastikan kesinambungan asuhan (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

7) Pemeliharaan dan Peningkatan Kesehatan

Perawat kesehatan jiwa menerapkan strategi dan intervensi untuk meningkatkan, memelihara kesehatan jiwa, serta mencegah penyakit jiwa (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

8) Psikoterapi

Spesialis yang bersertifikasi dalam keperawatan kesehatan jiwa menggunakan psikoterapi pasien, psikoterapi kelompok, psikoterapi keluarga, psikoterapi anak, serta pengobatan terapeutik lain untuk membantu pasien untuk memelihara kesehatan jiwa, mencegah penyakit jiwa dan ketidakmampuan, serta memperbaiki atau mencapai kembali status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

9) Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dirancang dan direncanakan untuk tujuan terapi, dalam rangka membina hubungan antara perawat dengan pasien agar dapat beradaptasi dengan stress, mengatasi gangguan psikologis sehingga dapat melegakan serta membuat pasien merasa nyaman yang pada akhirnya mempercepat proses kesembuhan pasien (Fatimah, 2022).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah Kronik

Proses asuhan keperawatan harga diri rendah kronik meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dari proses asuhan keperawatan yang terbagi menjadi 2 yaitu pengumpulan data dan analisa data, 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

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 Presipitasi

Menurut Sunaryo (2004), faktor presipitasi meliputi:

- a) Konflik peran terjadi apabila peran yang diinginkan pasien, sedang diduduki orang lain.
- b) Peran yang tidak jelas terjadi apabila pasien diberikan peran yang kabur, sesuai perilaku yang diharapkan.
- c) Peran yang tidak sesuai terjadi apabila pasien memiliki banyak peran dalam kehidupannya.

Menurut Stuart (2006) stressor pencetus juga dapat berasal dari sumber internal atau eksternal seperti:

- a) Trauma seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan.
- b) Ketegangan peran berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dan pasien mengalaminya sebagai frustrasi. Ada tiga jenis transisi peran:

- (1) Transisi peran perkembangan
- (2) Transisi peran situasi
- (3) Transisi peran sehat – sakit

d) Faktor Predisposisi

a) Riwayat Kesehatan Dahulu

- (1) Biasanya terdapat riwayat gangguan harga diri rendah
- (2) Biasanya terdapat gangguan fisik atau penyakit termasuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

b) Riwayat Psikososial

- (1) Biasanya pasien pernah melakukan dan/atau mengalami, menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal.
- (2) Biasanya pasien mempunyai pengalaman masa lalu lain yang tidak menyenangkan seperti penyakit yang menyebabkan kecacatan atau mengalami penolakan dari masyarakat, serta pernah direndahkan/disalahkan.

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya terdapat anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa.

e) Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), meliputi tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan. Pemeriksaan keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan head to toe yang berfokus pada kebersihan dan efek obat – obat yang konsumsi pasien, serta biasanya penampilan pasien tampak kotor, acak-acakan, dan penampilannya tidak terawat.

f) Psikososial

a) Genogram

Biasanya berdasarkan garis keturunan terdapat anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa dapat dilihat dari tiga generasi ke atas, tidak mempunyai orang yang di anggap sebagai tempat mengadu dan meminta dukungan, jarang melakukan komunikasi dengan keluarga sehingga lebih memilih memendam perasaannya sendiri, pengambilan keputusan terhadap kehidupan pasien biasanya ditentukan oleh orang lain, pola asuh sejak kecil terlalu terlalu ditekan atau bahkan terlalu di manja.

b) Konsep Diri

(1) Gambaran Diri

Biasanya pasien mengalami kehilangan/kerusakan bagian tubuh (anatomi dan fungsi), perubahan ukuran, bentuk, dan penampilan tubuh (akibat tumbuh kembang atau penyakit), proses penyakit dan dampaknya terhadap struktur dan fungsi tubuh, proses pengobatan, seperti radiasi dan kemotrapi.

(2) Identitas Diri

Biasanya pasien mengalami ketidakpercayaan dari orangtua kepada dirinya, tekanan dari teman sebaya, perubahan struktur sosial.

(3) Ideal diri

Biasanya pasien mempunyai cita – cita yang terlalu tinggi, harapan yang tidak sesuai dengan kenyataan, ideal diri samar atau tidak jelas.

(4) Peran diri

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

(5) Harga diri

Biasanya pasien pernah mengalami penolakan, kurang penghargaan, pola asuh overprotektif, otoriter, tidak konsisten, terlalu dituruti, terlalu dituntut, persaingan antara keluarga, kesalahan dan kegagalan berulang, tidak mampu mencapai standar.

c) Hubungan Sosial dan Sistem Pendukung

(1) Pasien tidak mempunyai orang yang di anggap 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) Spiritual

(1) Falsafah hidup pasien merasa perjalanan hidupnya penuh dengan ancaman, tujuan hidupnya biasanya jelas.

(2) 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.

e) Status Mental

(1) Penampilan

Penampilan tidak rapi karena pasien kurang minat untuk perawatan diri, kemunduran dalam kebersihan dan kerapian, sampai tidak mau merawat kebersihan dirinya.

(2) Pembicaraan

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

(3) Aktivitas Motorik

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

(4) Alam Perasaan

Pasien biasanya merasakan tidak mampu dan pandangan hidupnya selalu pesimis.

(5) Afek

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

(6) Interaksi selama wawancara

Biasanya pasien tidak kooperatif, atau mudah tersinggung, kontak mata kurang tidak mau menatap lawan bicara, defensif selalu mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya, curiga menunjukkan tidak percaya pada orang lain.

(7) Persepsi

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

f) Proses Pikir

Data yang diperoleh dari observasi pada saat wawancara:

(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
- Pasien biasanya merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolak diri sendiri, mengejek dan mengkritik diri sendiri (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).
- g) Tingkat kesadaran
- Menurut Stuart (2016) biasanya pasien tampak bingung dan kacau, stupor adalah gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan berulang-ulang, anggota tubuh pasien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama tetapi pasien menyadari semua yang terjadi dilingkungan, sedasi yaitu pasien mengatakan bahwa ia merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar.
- (1) 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.
- (2) Tingkat konsentrasi dan berhitung
- Biasanya perhatian pasien mudah berganti dari satu obyek ke obyek lain atau tidak, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu berhitung.
- (3) Kemampuan penilaian
- (a) Ringan: dapat mengambil suatu keputusan yang sederhana dengan dibantu.
 - (b) Bermakna : tidak mampu mengambil suatu keputusan walaupun sudah dibantu.
- (4) Daya tilik diri
- Biasanya pasien tidak menyadari bahwa dia mengalami gangguan jiwa.

h) Kebutuhan Persiapan Pulang

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

i) Mekanisme Koping

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

j) 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.

k) 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 *Risporidone* 2x2 mg.

b. Analisa Data

Tabel 1.
Analisa Data

Data	Masalah
<p>a. Tanda dan Gejala Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong) 2. Merasa malu/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 <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enggan mencoba hal baru 2. Berjalan menunduk 3. Postur tubuh menunduk <p>b. Tanda dan Gejala Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa sulit konsentrasi 2. Sulit tidur 3. Mengungkapkan keputusan <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Harga Diri Rendah Kronik</p>
<p>a. Tanda dan Gejala Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa ingin sendirian 2. Merasa tidak aman di tempat umum <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menarik diri 2. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan 	<p>Isolasi Sosial</p>

Data	Masalah
<p>b. Tanda dan Gejala Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa berbeda dengan orang lain 2. Merasa asyik dengan pikiran sendiri 3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afek datar 2. Afek sedih 3. Riwayat ditolak 4. Menunjukkan permusuhan 5. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain 6. Kondisi difabel 7. Tindakan tidak berarti 8. Tidak ada kontak mata 9. Perkembangan terlambat 10. Tidak bergairah/lesu 	
<p>a. Tanda dan Gejala Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu <p>b. Tanda dan Gejala Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan kesal <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar mandir 8. Bicara sendiri 	<p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi</p>

Data	Masalah
Faktor Risiko: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemikiran waham/delusi 2. Curiga pada orang lain 3. Halusinasi 4. Berencana bunuh diri 5. Disfungsi sistem keluarga 6. Kerusakan kognitif 7. Persepsi pada lingkungan tidak akurat 8. Alam perasaan depresi 9. Riwayat kekerasan pada hewan 10. Kelainan neurologis 11. Lingkungan tidak teratur 12. Penganiayaan atau pengabaian anak 13. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain 14. Implusif 	Risiko Perilaku Kekerasan

2.1 Diagnosa Keperawatan yang mungkin terjadi

Menurut Fajariyah, (2012) :

1. Harga Diri Rendah Kronik
2. Isolasi sosial
3. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
4. Resiko perilaku kekerasan

2.3 Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.
Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>Harga diri rendah kronik</p> <p>DS:</p> <p>Tanda dan Gejala Mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong - Merasa malu/bersalah - Merasa tidak mampu melakukan apapun - Meremehkan kemampuan mengatasi masalah 	<p>TUM : Pasien dapat meningkatkan rasa percaya diri.</p> <hr/> <p>TUK 1: Setelah ...x pertemuan pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menjawab salam. 2. Pasien tersenyum 3. Pasien bersedia berkenalan. 4. Pasien dapat mengingat nama perawat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan cara : <ol style="list-style-type: none"> a. Beri salam dengan senyum dan ramah setiap interaksi. b. Mengingatn nama perawat dan nama panggilan pasien. c. Tanyakan nama pasien dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya. <ol style="list-style-type: none"> a. Menunjukkan penghargaan perawat kepada pasien 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

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
<ul style="list-style-type: none"> - Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif - Melebih – lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri - Menolak penilaian positif tentang diri sendiri 	5. Ada kontak mata.	nama kesukaannya.	menyebutkan nama panggilan yang disukai dapat meningkatkan rasa percaya kepada orang lain.
	6. Pasien bersedia menceritakan perasaannya.		
	7. Pasien bersedia mengungkapkan masalah yang sedang di hadapinya.	d. Jelaskan peran perawat - pasien dan kerahasiaan.	d. Meliputi tanggung jawab dan harapan baik pasien maupun perawat dengan menjelaskan prosedur yang dapat atau yang tidak dapat dilakukan.
Tanda dan Gejala Minor <ul style="list-style-type: none"> - Merasa sulit konsentrasi - Sulit tidur - Mengungkapkan keputusan 	8. Pasien bersedia menyepakati kontrak.	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 tersebut pasien tidak akan merasa terancam.
		g. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan.	g. Mengetahui apakah upaya yang telah dilakukan berefek atau tidak.
		h. Jelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan.	h. Memfokuskan Tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi HDRK pada pasien.
		i. Jelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan	i. Kontrak waktu merupakan cara untuk menjalin hubungan yang

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
DO: Tanda dan Gejala Mayor <ul style="list-style-type: none"> - Enggan mencoba hal baru - Berjalan menunduk - Postur tubuh menunduk 		tindakan. j. Sepakati bersama pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. k. Buka pembicaraan topik netral seperti tanyakan aktivitas yang telah dilakukan, perasaan pasien, masalah yang dihadapi, dan berikan respon yang sesuai	terapeutik. j. Dapat mengarahkan pasien terfokus pada tindakan yang akan dilakukan. k. Dengan membuka pembicaraan topik netral dapat membuat Pasien merasadidengarkan dan diperhatikan.
Tanda dan Gejala Minor <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata kurang - Lesu dan tidak bergairah - Berbicara pelan dan lirih - Pasif - Perilaku tidak asertif - Mencari penguatan secara berlebihan - Bergantung pada pendapat orang 	TUK 2: Setelah ...x pertemuanpasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. Kriteria hasil: 1. Pasien dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimilikinya 2. Pasien dapat menyebutkan	1. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien : a. Tanyakan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien. b. Tanyakan aspek positif yang diberikan keluarga. c. Tanyakan aspek positif yang	1. Menggali aspek positif dan kemampuan pasien dapat menyadari bahwa pasien memiliki keistimewaan dalam dirinya. a. Dengan mengetahui aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien dapat menggali potensi yang dimiliki. b. Dengan mengetahui aspek positif yang diberikan keluarga maka akan mengetahui bagaimana keluarga memandang pasien. c. Dengan mengetahui aspek

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
lain - Sulit membuat keputusan	<p>aspek positif keluarga</p> <p>3. Pasien dapat menyebutkan aspek positif pendukung (teman, tetangga, lingkungan disekitar pasien)</p> <p>4. Pasien dapat membuat daftar aspek positif kemampuan yang dimiliki pasien bersama perawat.</p>	<p>diberikan lingkungan.</p> <p>d. Bantu pasien menuangkan aspek positif dan kemampuan miliknya dalam daftar tulisan.</p> <p>e. Beri pujian saat pasien dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimilikinya.</p>	<p>positif yang diberikan lingkungan seperti teman dan tetangga maka akan mengetahui bagaimana lingkungan memandang pasien.</p> <p>d. Dengan membuat daftar tulisan maka akan lebih mudah untuk pasien menuangkan aspek positif yang dimiliki.</p> <p>e. Dengan memberikan pujian maka akan membuat pasien menjadi semangat untuk menggali kemampuannya.</p>

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
	<p>TUK 3: Setelah ...x pertemuan pasien dapat menilai kemampuan yang digunakan. Kriteria hasil: Pasien dapat menentukan kemampuan yang dapat dilakukan di rumah sakit dan di rumah.</p>	<p>Bantu pasien menilai aspek positif dan kemampuan yang dapat digunakan, serta menetapkan kemampuan yang digunakan dan menentukan kegiatan apa yang bisa pasien lakukan di rumah ataupun di rumah sakit untuk mengembangkan kemampuan/ aspek positif yang dimiliki.</p>	<p>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 berbagai kemampuan yang bisa pasien lakukan secara mandiri.</p>

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>TUK 4 : Setelah ...x pertemuan pasien dapat menyusun rencana kegiatan harian.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat membuat daftar rencana kegiatan harian yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan pasien dengan bantuan perawat. 2. Pasien dapat memasukkan daftar rencana ke dalam jadwal sehari-hari. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bersama pasien buat daftar rencana kegiatan dan jadwal kegiatan harian yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan yang dipilih pasien. 2. Memasukan daftar rencana ke dalam jadwal kegiatan sehari – hari. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan adanya kegiatan yang terjadwal dengan baik akan memudahkan bagi pasien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari secara terpola. 2. Rencana yang diinginkan pasien dapat terealisasi sehingga meningkatkan rasa percaya diri. 	

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>TUK 5 : Setelah ...x pertemuan pasien mampu melakukan kegiatan yang dipilih. Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan kegiatan yang sesuai rencana. 2. Merasa senang dan termotivasi melakukan kegiatan yang dipilih pasien. 3. Menyusun tentang pelaksanaan kegiatan setelah pasien pulang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilakukan. 2. Pantau kegiatan yang dilaksanakan pasien. 3. Berikan pujian saat pasien melakukan kegiatan sesuai jadwal. 4. Diskusikan rencana pelaksanaan kegiatan setelah pasien pulang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kegiatan yang terlaksanakan akan meningkatkan rasa percaya diri pasien. 2. Kegiatan yang terawasi dapat meminimalkan kesalahan serta untuk mengevaluasi kemampuan pasien melakukan kegiatan yang dipilih. 3. Meningkatkan motivasi pasien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari dan meningkatkan rasa percaya diri pasien. 4. Kegiatan yang direncanakan akan membiasakan pasien melaksanakan kegiatannya secara terarah. 	

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
TUK 6 : Setelah ...x pertemuan pasien dapat mengikuti Terapi Aktivitas Kelompok (TAK). Kriteria hasil: 1. Pasien dapat menjelaskan tujuan TAK. 2. Pasien dapat menjelaskan kegunaan TAK. 3. Pasien dapat menjelaskan prosedur pelaksanaan TAK. 4. Pasien bersedia terlibat dalam kegiatan TAK.	1. Jelaskan pengertian TAK 2. Jelaskan kepada pasien tujuan dari kegiatan TAK. 3. Jelaskan kepada pasien kegunaan TAK. 4. Jelaskan prosedur pelaksanaan TAK. 5. Motivasi pasien untuk mengikuti TAK. 6. Buat kontrak waktu, tempat, topik dengan pasien untuk melakukan kegiatan TAK. 7. Masukkan TAK kedalam jadwal harian.	1. Dengan pasien mengetahui TAK akan memudahkan pasien memahami kegiatan TAK. 2. Kegiatan TAK dapat mendorong pasien untuk mau berinteraksi dengan dunia luar dan lebih membuka dirinya. 3. Kegiatan TAK akan membuat pasien lebih membuka dirinya karena dalam TAK melibatkan interaksi yang aktif karena kegiatannya dilakukan secara berkelompok. 4. Dengan mengetahui prosedur pelaksanaan maka dapat mempermudah jalannya TAK. 5. Dengan memberikan motivasi dapat memberikan dorongan pasien untuk mengikuti TAK. 6. Kontrak waktu ,tempat, topik merupakan cara agar kegiatan TAK terarah. 7. Dengan memasukan TAK dalam jadwal harian dapat membuat kegiatan menjadi terarah dan pasien tidak lupa.	

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>TUK 7 : Setelah ...x pertemuan keluarga terlibat dalam perawatan pasien. Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga menyatakan bersedia berdiskusi dengan perawat 2. Keluarga menyebutkan masalah yang dirasakan selama merawat pasien di rumah. 3. Keluarga menyebutkan, pengertian, tanda gejala dan proses terjadinya serta merawat pasien HDRK. 4. Berpartisipasi selama pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Diskusikan bersama keluarga tentang hambatan/ masalah yang dirasakan selama merawat pasien di rumah. 3. Jelaskan pengertian, tanda gejala dan proses terjadinya HDRK. 4. Jelaskan cara merawat pasien HDRK. 5. Terima pasien apa adanya (kekurangan kelebihan). 6. Anjurkan keluarga mengenali aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien. 7. Nilai kemampuan yang dapat dikembangkan dan ada kemungkinan keberhasilan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi. 2. Mengetahui hambatan masalah yang dirasakan keluarga di rumah. 3. Keluarga dapat mengenali tanda dan gejala serta agar dapat melakukan tindakan yang tepat dalam membantu pasien. 4. Untuk menambah pengetahuan keluarga mengenai cara merawat pasien dengan HDRK. 5. Menerima setiap kekurangan dan kelebihan pasien akan membuat pasien lebih percaya diri. 6. Peran keluarga sangat membantu dalam mengembangkan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien. 7. Dengan memberikan penilaian terhadap kemampuan yang dimiliki pasien maka akan 	

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
	dirawat di rumah sakit.		mempermudah dalam mengembangkan kemampuan yang di miliki.
5. Menjelaskan cara menggunakan obat yang benar.	8. Anjurkan keluarga agar memberikan kesempatan pasien untuk mengembangkan kemampuan dengan melibatkan pasien dalam kegiatan sehari – hari sesuai kemampuan.	8. Untuk memberikan kesempatan agar pasien dapat mengembangkan aspek dan kemampuan yang dimilikinya.	
6. Menjelaskan followup/kontrol yang tepat.	9. Berikan pujian setiap tindakan yang dilakukan dan tidak mencela.	9. Untuk menguatkan dan memberikan apresiasi atas kemajuan pasien.	
	10. Berikan kesempatan pasien untuk berhubungan dengan orang lain.	10. Memberi kesempatan pasien untuk berhubungan dengan orang lain dapat membantu proses dalam mengembangkan aspek dan kemampuan pasien.	
	11. 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	11. Pengetahuan keluarga mengenai obat akan membantu proses penyembuhan pasien.	

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
		12. Jelaskan kepada keluarga tentang jadwal kontrol ulang pasien dan dampak jika tidak melakukan kontrol ulang	12. Dengan kontrol yang teratur akan memonitor kondisi pasien sehingga kondisinya dapat semakin membaik.

2.2.2 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan disesuaikan dengan rencana 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, tekhnikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi pasien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan (Rokhimma, & Rahayu 2020). Tindakan yang dilakukan menurut Keliat, 2019 yaitu sebagai berikut:

1. Membina hubungan saling percaya.
2. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien.
3. Membantu pasien menentukan kegiatan yang akan dilakukan di rumah dan di rumah sakit.
4. Membantu pasien membuat daftar rencana dan jadwal kegiatan harian.
5. Memantau kegiatan yang dilakukan pasien.
6. Menganjurkan pasien mengikuti Terapi Aktivitas Kelompok (TAK).
7. Mengajarkan dan melibatkan keluarga dalam perawatan pasien.

2.2.3 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon pasien terhadap tindakan yang telah dilakukan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan S, O, A, P yaitu 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 pasien masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontra indikasi dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa rencana diteruskan jika masalah tidak berubah, rencana modifikasi jika masalah tetap padahal semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan, rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan, rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

Pasien dan keluarga perlu dilibatkan dalam evaluasi agar dapat melihat perubahan dan berupaya mempertahankan dan memelihara pada evaluasi sangat diperlukan *reinforcement* untuk perubahan yang positif. Pasien dan keluarga juga dimotivasi untuk melakukan *self reinforcement* (Keliat, 2010).

Evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua jenis yaitu evaluasi proses atau formatif dan evaluasi hasil atau sumatif. Evaluasi proses atau formatif dilakukan setelah selesai melaksanakan tindakan. Sedangkan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Adapun evaluasi keperawatan pada pasien harga diri rendah kronik diharapkan dapat:

1. Terbina hubungan saling percaya.
2. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
3. Pasien dapat menilai kemampuan yang digunakan.
4. Pasien menyusun rencana kegiatan dan jadwal kegiatan harian.
5. Pasien mampu melakukan kegiatan yang dipilih.
6. Pasien dapat mengikuti Terapi Aktivitas Kelompok (TAK).
7. Keluarga terlibat dalam perawatan pasien.