BAB II
TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Teori Penyakit

1. Definisi Harga Diri Rendah

Harga Diri Rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan tidak berdaya akibat evaluasi terhadap diri sendiri dan kemampuan diri dalam waktu yang lama dan terus menerus. Harga diri rendah yang berkepanjangan termasuk kondisi tidak sehat mental karena dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan lain, terutama kesehatan jiwa.

2. Etiologi Harga Diri Rendah

Menurut (Handayani *et al*., 2024) halusinasi terbagi menjadi dua faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi :

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor-faktor yang telah ada sebelumnya dan dapat meningkatkan kerentanan seseorang mengalami gangguan harga diri rendah. Faktor ini berperan dalam membentuk respons individu terhadap stres dan masalah kehidupan yang dihadapi. Berdasarkan jurnal terapi okupasi menggambar pada pasien harga diri rendah, faktor predisposisi meliputi pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, penolakan dari keluarga, serta kegagalan yang terjadi berulang kali sehingga individu memandang dirinya negatif, tidak berharga, dan tidak mampu mencapai keberahasilan meliputi :

1) Perkembangan

a) Individu yang mengalami gangguan perkembangan psikososial sejak masa anak-anak, seperti kurang mendapatkan kasih sayang, perhatian, dan dukungan keluarga, berisiko mengalami harga diri rendah.

b) Ketidakmampuan mengembangkan konsep diri yang positif dapat menyebabkan individu merasa tidak berharga.

2) Sosiokultural
   a) Penolakan dari lingkungan keluarga maupun masyarakat dapat menyebabkan individu merasa tidak diterima, terasing, dan kurang dihargai.
   b) Kondisi ini dapat berkembang menjadi perasaan rendah diri yang menetap.
3) Psikologis
   a) Pengalaman traumatis seperti penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, serta kegagalan yang terjadi berulang kali dapat menimbulkan evaluasi negatif terhadap diri sendiri.
   b) Individu cenderung merasa tidak mampu, tidak berguna, dan kehilangan kepercayaan diri.
4) Keluarga
   a) Kurangnya dukungan keluarga, konflik keluarga, maupun penolakan oleh anggota keluarga dapat memengaruhi pembentukan konsep diri seseorang.
   b) Individu menjadi lebih rentan mengalami harga diri rendah akibat kurangnya penghargaan dan penerimaan dari keluarga.
5) Biologis

   Gangguan jiwa yang dialami individu dapat memengaruhi fungsi kognitif, afektif, dan perilaku sehingga berdampak pada penilaian negatif terhadap diri sendiri.

b. Faktor Presipitasi
   1) Dimensi Fisik

      Penganiayaan fisik yang dialami individu dapat menjadi pencetus munculnya harga diri rendah karena menimbulkan rasa tidak aman, malu, dan tidak berharga.
   2) Dimensi Emosional

      Kehilangan orang yang dicintai dapat menimbulkan kesedihan mendalam, perasaan kesepian, dan penurunan penghargaan terhadap diri sendiri.
   3) Dimensi Intelektual

      Kegagalan yang terjadi secara berulang dapat menyebabkan individu menilai dirinya tidak mampu mencapai

tujuan dan merasa tidak kompeten.

4) Dimensi Sosial

Penolakan oleh keluarga maupun lingkungan sosial dapat membuat individu merasa tidak diterima dan kehilangan makna dalam hubungan sosialnya.

5) Dimensi Spritual

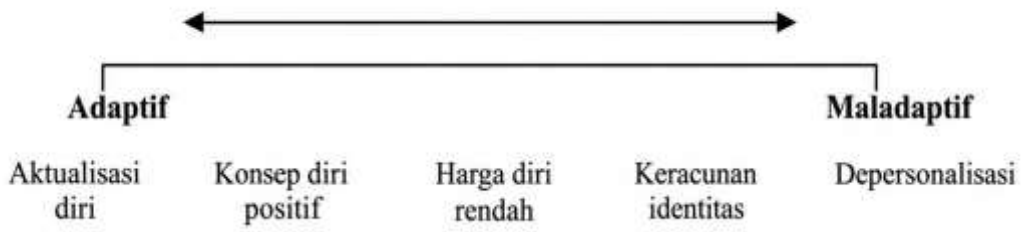
Ketika individu mengalami berbagai masalah kehidupan seperti kehilangan, kegagalan, dan penolakan, individu dapat kehilangan harapan, makna hidup, serta rasa syukur yang akhirnya memperburuk kondisi harga diri rendah.

3. Manifestasi Klinis Harga Diri Rendah

Menurut Imelisa Rahmi (2021) tanda dan gejala harga diri rendah :

a. Merasa dirinya lebih rendah dari orang lain.
b. Mengkritik diri sendiri dan orang lain.
c. Gangguan dalam berhubungan.
d. Rasa diri penting yang berlebihan.
e. Perasaan tidak mampu.
f. Rasa bersalah.
g. Pandangan hidup yang pesimis.
h. Penolakan terhadap kemampuan personal.
i. Menarik diri secara emosional.
j. Khawatir dan menarik diri dari realitas.

4. Rentang Respon Harga Diri Rendah



Gambar 2.1 Rentang Respon Harga Diri Rendah Kronis

Sumber : (Fajariyah, 2024)

Keterangan :

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

5. Mekanisme Koping Harga Diri Rendah

a. Personal *ability*

Kurang komunikatif, hubungan interpersonal yang kurang baik, kurang memiliki kecerdasan dan bakat tertentu, mengalami gangguan fisik, perawatan diri yang kurang baik, tidak kreatif, tidak memiliki aktivitas olahraga dan aktivitas di luar rumah, tidak memiliki seni yang ekspresif.

b. Dukungan sosial

Hubungan yang kurang baik dengan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, kurang terlibat dalam organisasi sosial / kelompok sebaya.

c. Aset material

Penghasilan kurang, sulit memperoleh layanan Kesehatan, tidak memiliki pekerjaan posisi / vokasi.

d. Keyakinan positif

Tidak memiliki keyakinan dan nilai positif, kurang memiliki motivasi, kurang berorientasi pada pencegahan atau lebih senang melakukan pengobatan. (Imelisa Rahmi, 2021).

6. Penatalaksanaan Harga Diri Rendah

1 Penatalaksanaan farmakologis

a Obat anti psikosis: Penotizin

b Obat anti depresi: Amitripilin

c Obat Anti ansietas: Diazepam, bromozepam, clobozam

d Obat anti insomnia: Phneobarbital

2 Penatalaksanaan non farmakologis

a Terapi Kognitif

Terapi koginitif dianggap sebagai pengobatan psikologi untuk pikiran. Secara sederhana terapi kognitif menjalankan asumsi tentang pikiran, keyakinan, sikap dan presepsi terhadap prasangka tanpa tekanan emosi yang berpengalaman dan juga intensitas emosi tersebut.

b Logo Therapy

Logo terapi berfokus pada arti eksistensi manusia dan usahanya mencari arti itu. Logoterapi memandang manusia sebagai totalitas yang terdiri dari tiga dimensi yaitu fisik, psikologis, dan spiritual. Untuk memahami diri dan kesehatan manusia kita harus memprthitungkan ketiganya. Selama ini dimensi spiritual diserahkan kepada agama, dan pada gilirannya agama tidak diajak bicara untuk urusan fisik dan psikologis. Kedoktyeran, termasuk psikoterapi telah mengabaikan dimensi spiritual sebagai sumber kesehatan dan kebahagiaan.

c *Triangle Therapy*

Setiap hubungan antara terapis, klien dan keluarga dalam psikoterapi merupakan bagian dari triangle relationship (hubungan segitiga). Hal ini karena setiap klien merupakan bagian dari multi generasi yang disebut keluarga. Setiap terapi berpengaruh bagi keluarga dan dipengarhi oleh keluarga. Secara alamiah, proses dalam kehidupan manusia dipengaruhi oleh tiga sisi jaringan hubungan tersebut. Ketiga jaringan tersebut membentuk hubungan yang disebut "emotional triangle" pada klien harga diri rendah kronis, pola interaksi dengan keluarga tidak berjalan dengan baik. Sehingga dengan dilakukannya triangle therapy ini dapat membantu klien dalam mengekspresikan perasaannya dan klien dapat diterima dalam

keluarganya dan mendapat support dari keluarga dalam masalah klien.

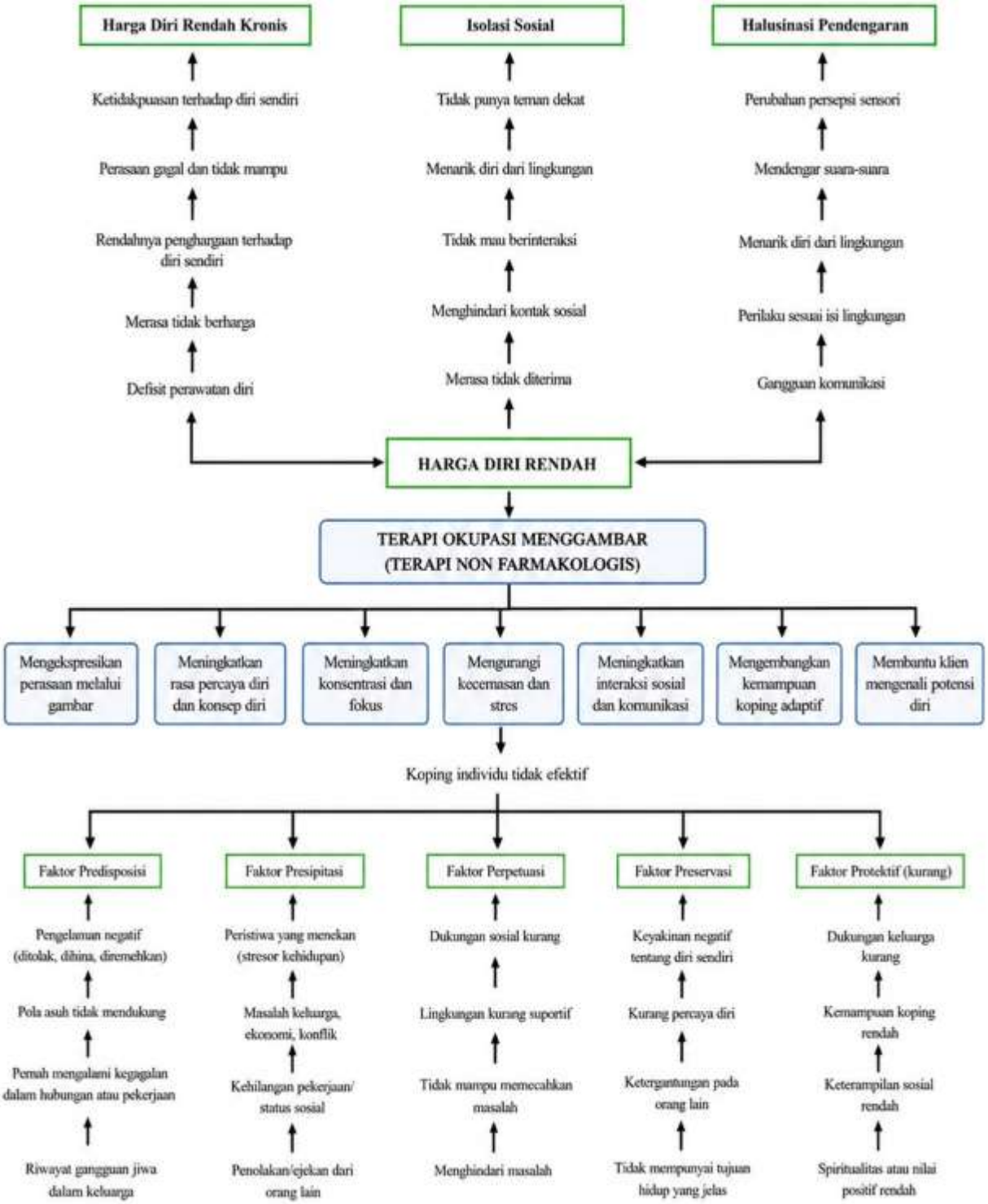
Inti dari terapi ini adalah bukan saja menghilangkan gejala yang ditimbulkan dari masalah yang dihadapi. Akan tetapi adalah bagaimana membantu klien dengan harga diri rendah kronis yang biasanya menggunakan koping regresi menjadi lebih dewasa dalam menghadapi masalah yang dialaminya dan mencegah supaya gejala yang dialaminya tidak muncul kembali. Proses pendewasaan ini adalah proses belajar menjadi diri sendiri dalam berinteraksi dengan orang lain. (Wulandari, 2023).

7. Mengukur Harga Diri Rendah Dengan *Rosenberg Self-Esteem Scale*

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) merupakan instrumen yang untuk mengukur tingkat harga diri (*self-esteem*) seseorang. Instrumen ini terdiri dari 10 pernyataan yang menggambarkan penilaian individu terhadap dirinya sendiri, baik dalam bentuk pernyataan positif maupun negatif. Setiap pernyataan dinilai menggunakan skala *Likert* 4 poin, yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) digunakan secara luas dalam bidang kesehatan jiwa karena memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dalam mengidentifikasi tingkat harga diri individu. Hasil penilaian diperoleh dari jumlah skor seluruh item, kemudian diinterpretasikan untuk menggambarkan tingkat harga diri responden. Semakin tinggi skor yang diperoleh menunjukkan semakin baik tingkat harga diri individu, sedangkan skor yang rendah menunjukkan adanya kecenderungan harga diri rendah yang memerlukan perhatian dan intervensi lebih lanjut.

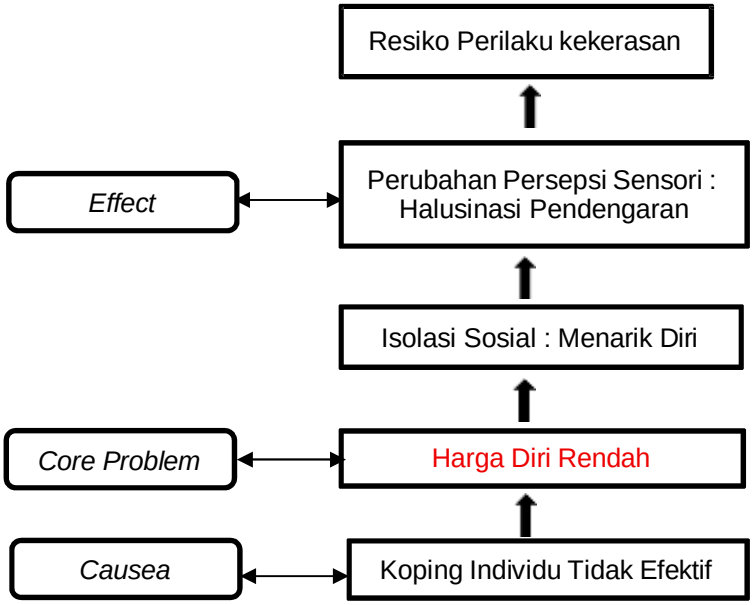
8. *Pathway*



Gambar 2.2 *Pathway* Harga Diri Rendah

Sumber :(Stuart, 2022)

9. Pohon Masalah Harga Diri Rendah



Gambar 2.3 Pohon Masalah Harga Diri Rendah
Sumber : (Fajariyah, 2024)

B. Konsep Teori Inovasi Penerapan Terapi Okupasi Menggambar

1. Definisi Terapi Okupasi Menggambar

Terapi menggambar sebagai bentuk psikoterapi yang menggunakan media seni sebagi cara utama ekspresi dan komunikasi. Terapi menggambar merupakan terapi yang dilakukan untuk mengisi waktu luang dalam bentuk komunikasi secara secara non-verbal berupa gambaran. Media seni dapat menggunakan pensil, kapur berwarna, cat, kerta dan tanah liat. Terapi menggambar dapat membantu penyembuhan dan juga dapat menaikkan kreativitas pasien. (Dewi, 2024)

2. Patofisiologi Terapi Okupasi Menggambar

Harga diri rendah dapat beresiko terjadinya isolasi sosial : menarik diri. Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain (Fajariyah 2024). Tanda dan gejala harga diri rendah :

a. Apatis, ekspresi sedih, afek tumpul.
b. Menghindar dari orang lain (menyendiri)
c. Komunikasi kurang / tidak ada. Klien tidak tampak bercakap-cakap dengan klien lain / perawat.
d. Tidak ada kontak mata, klien sering menunduk.
e. Berdiam diri di kamar atau klien kurang mobilitas.
f. Menolak berhubungan dengan orang lain, klien memutuskan percakapan atau pergi jika diajak bercakap-cakap.
g. Tidak/jarang melakukan kegiatan sehari-hari.

3. Tujuan Terapi Okupasi Menggambar

Tujuan terapi gambar adalah penyembuhan. Terapi menggambar sangat membantu pasien agar bisa melepaskan emosinya, ekspresikan diri, mengurangi stress, media buat menciptakan komunikasi dan menaikkan kegiatan dalam pasien gangguan jiwa. Terapi menggambar bertujuan bagi perawat untuk menilai tingkat perkembangan, keadaan emosional dan hipotesis diagnostik pasien dengan harga diri rendah kronis, serta melakukan intervensi untuk mengatasi masalah mereka. (Dewi, 2024)

4. Manfaat Terapi Okupasi Menggambar

Melalui terapi ini, pasien dapat mengekspresikan diri mereka dengan cara non-verbal, membebaskan emosi yang terpendam, dan membangun komunikasi dengan terapis mereka. Melalui terapi ini pasien dapat melepaskan emosi, mengekspresikan diri melalui cara-cara non-verbal dan membangun komunikasi. Terapi melalui menggambar memiliki manfaat yang signifikan dalam meningkatkan harga diri pasien dengan harga diri rendah kronis. Dengan mengalihkan perasaan negative mereka ke dalam ekspresi kreatif dan meningkatkan kepercayaan diri melalui pencapaian positif dalam aktivitas yang mereka sukai, pasien dapat merasa lebih berdaya dan mengembangkan pandangan yang lebih posiitif tentang diri mereka. (Dewi, 2024)

5. Hormon Yang Berperan

Hormon yang memainkan peranan dalam terapi yaitu hormone oksitosin. Dikenal sebagai hormon cinta, oksitosin diyakini memiliki dampak signifikan pada perilaku manusia. Hormon ini terdapat di hipotalamus di otak dan dilepaskan oleh kelenjar pituitary di dasar otak. Oksitosin memengaruhi perilaku dan respon emosional dengan cara yang mendukung pembentukan ketenangan, kepercayaan, dan stabilitas psikologis. Dipandang sebagai “Obat Ajaib”, oksitosin dapat meningkatkan perasaan positif dan keterampilan sosial. Cara untuk meningkatkan kadar oksitosin dalam darah yang pada gilirannya bermanfaat bagi kesehatan secara keseluruhan. Dengan melibatkan diri dalam kegiatan ini, diharapkan pasien dengan harga diri rendah kronis dapat mengalami pengurangan gejala yang terkait dengan kondisi psikologis mereka. (Dewi, 2024).

6. Prosedur Terapi Menggambar

Menurut Dewi (2024) adapun teknik yang dapat diberikan dalam terapi menggambar, yaitu :

a. Tujuan
    1) Menstimulasi partisipasi yang aktif.
    2) Mendorong untuk mempelajari hal dan fungsi baru.
    3) Mendorong munculnya kesempatan untuk sukses, menjadi positif dan menyenangkan di dalam sosialisasi.
    4) Meningkatkan motivasi.
    5) Pengembangan diri.
    6) Meningkatkan kemandirian dan arah diri.
    7) Meningkatkan kesadaran diri dan memperkuat memori.
    8) Dapat meningkatkan konsep diri dapat terjadi karena tumbuhnya percaya diri dalam bersosialisasi, sehingga memudahkan mereka untuk memandang dirinya lebih positif.
    9) Mengeksplorasi perasaan klien.
    10) Mengembangkan keterampilan sosial.
    11) Mengurangi kecemasan.
    12) Mampu mengatasi tekanan fisik seperti nyeri.

b. Alat dan bahan
    1) Buku gambar.
    2) Pensil / Alat Tulis.
    3) Alat mewarnai.
c. Tahap Kerja Pre Interaksi
    1) Cek catatan keperawatan / catatan medis klien (jika ada).
    2) Siapkan alat-alat.
    3) Identifikasi / kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi.
    4) Cuci tangan.

Tahap Orientasi

1) Beri salam dan panggil klien dengan Namanya dan Bina hubungan saling percaya.
2) Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien atau keluarga.

Tahap Kerja

1) Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan.
2) Menanyakan keluhan utama klien / perasaan yang dirasakan.
3) Atur posisi klien sebelum dilakukan terapi menggambar.
4) Menetapkan ketertarikan pasien terhadap terhadap menggambar.
5) Bagikan alat tulis yang diperlukan dan damping pasien saat menggambar apabila klien bersedia di damping.
6) Identifikasi pilihan / jenis menggambar.
7) Anjurkan pasie untuk menggambar sesuai dengan keinginan pasien.
8) Berdiskusi dengan tujuan berbagi pengalaman.
9) Bantu klien untuk memilih posisi yang nyaman.
10) Apabila sudah selesai berikan kesempatan pasien untuk menjelaskan gambarnya.

Terminasi

1) Evaluasi hasil kegiatan / Kenyamanan pasien.
2) Simpulkan hasil kegiatan.
3) Berikan umpan balik positif.
4) Kontrak pertemuan selanjutnya.
5) Akhiri kegiatan dengan cara baik.
6) Bereskan alat-alat.
7) Cuci tangan.

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah Suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis dan mengiterprestasikan data tentang kondisi kesehatan klien untuk menentukan kebutuhan keperawatan dan merencanakan intervensi yang tepat. Proses pengkajian keperawatan melibatkan pengumpulan informasi dari berbagai sumber, termasuk klien, keluarga dan hasil pemeriksaan fisik serta laboratorium. (Prastiwi Dani, 2024) Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien serta sistematis menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Rasionalnya pengkajian keperawatan merupakan aspek penting dalam proses keperawatan yang bertujuan menetapkan data dasar tentang tingkat kesehatan pasien yang digunakan untuk merumuskan masalah pasien dan sebagai rencana tindakan. Adapun kriteria proses, meliputi:

a. Identitas Klien

Perawat melakukan tahap perkenalan dan menyepakati kontrak kerja dengan klien, yang mencakup penyampaian nama perawat dan nama panggilannya, serta menanyakan nama lengkap dan nama panggilan klien. Selain itu, perawat juga menjelaskan tujuan, waktu, tempat pertemuan, dan topik yang akan dibahas. Perawat kemudian menanyakan dan mencatat informasi penting, seperti: usia, jenis kelamin, agama, alamat lengkap, tanggal masuk, serta nomor rekam medis klien.

b. Alasan Masuk

Keluhan utama klien biasanya berupa bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah, ketakutan biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

c. Riwayat Penyakit Sekarang / Faktor Presipitasi

Menanyakan bagaimana klien bisa mengalami gangguan jiwa. Faktor yang memperberat kejadian seperlu putusnya pengobatan.

d. Faktor Predisposisi

1) Pada umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu.
2) Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.
3) Pengobatan sebelumnya kurang berhasil.
4) Harga diri rendah, klien tidak mempunyai motivasi untuk merawat diri.
5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, yaitu: perasaan ditolak, dihina, dianiaya dan saksi penganiayaan.
6) Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, pengalaman masa lalu yang tidak menyenagkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustasi.

e. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

f. Psikososial

1) Genogram

Disusun hingga tiga generasi untu menggambarkan hubungan antara klien dan anggota keluarganya. Melalui genogram ini, biasanya dapat diidentifikasi adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, serta terlihat pola komunikasi klien, cara pengambilan keputusan dalam keluarga, dan pola

pengasuhan yang diterapkan.

2) Konsep Diri

a) Gambaran diri

Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien mengenai bagian tubuh yang disukai maupun yang tidak disukai.

b) Identitas diri

Kaji status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasaan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai anak laki-laki atau anak perempuan.

c) Peran diri

Meliputi tugas atau peran klien didalam keluarga / pekerjaan / kelompok maupun masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi ataupun perannya, perubahan yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi.

d) Ideal diri

Berisi harapan klien akan keadaan tubuhnya yang ideal, posisi tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar, dan penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.

e) Harga diri

Mengkaji klien tentang hubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien yang berhubungan dengan orang lain, fungsi peran yang tidak sesuai dengan harapan, penilaian klien tentanf pandangan atau penghargaan orang lain.

f) Hubungan sosial

Tanyakan siapa orang terdekat dikehidupan klien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan atau dukungan. Tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok / masyarakat. Klien dengan halusinasi tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada di masyakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.

g. Spritual

Nilai dan Keyakinan serta kegiatan ibadah / menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Apakah isi halusinasinya mempengaruhi keyakinan klien dengan Tuhan nya.

h. Status mental

1) Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki . Pada klien halusinasi mengalami defisit perawatan diri (penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan kotor). Raut wajah nampak takut, kebingungan, cemas.

2) Pembicaraan

Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika diajak bicara tidak fokus, terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.

3) Aktivitas motorik

Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk-nunjuk ke arah tidak tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah, menutup telinga.

4) Afek emosi

Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebih dan eforia.

5) Interaksi selama wawancara

Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) dan mudah tersinggung.

6) Persepsi sensori

a) Jenis halusinasi

Halusinasi visual, halusinasi suara, halusinasi pengecap, halusinasi hipnogogik, halusinasi histerik, halusinasi perintah, halusinasi kinestetik, halusinasi hipnopompik, dan

halusinasi visceral.

b) Waktu

Perawat juga perlu mengkaji waktu muncuknya halusinasi yang dialami klien. Kapan halusinasi terjadi, apakah pagi, sore, malam dan jika muncul pukul berapa.

c) Frekuensi

Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sekali-sekali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi. Pada klien halusinasi sering kalimengalami halusinasi pada saat klien tidak memiliki kegiatan / saat melamun maupun duduk sendiri.

d) Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

Situasi terjadinya apakah ketika sendiri / setelah terjadi kejadian tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadi halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, sehingga klien tidak larut dengan halusinasinya.

e) Respon terhadap halusinasi

Untuk mengetahui apa yang dilakukan klien ketika halusinasi itu muncul, perawat dapat menanyakan kepada klien hal yang dirasakan atau dilakukan saat halusinasi itu muncul. Perawat juga dapat menanyakan kepada keluarganya / orang terdekat klien. Selain itu dapat juga dengan mengobservasi perilaku klien saat halusinasi timbul. Pada klien halusinasi sering kali marah, mudah tersinggung, merasa curiga pada orang lain.

7) Proses berfikir

a) Bentuk fikir

Mengalami dereistik yaitu bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada / tidak mengikuti logiga secara umum (tak ada sangkut pautnya antara proses

individu dab pengalaman yang sedang terjadi). Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

b) Isi fikir

Selalu merasacuriga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh / asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.

8) Tingkat kesadaran

Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis (ascuh tak acuh).

9) Memori

Daya ingat jangka panjang mengingat kejadian lalu lebih dari 1 bulan, daya ingat jangka menengah dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir, daya ingat jangka pendek dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

10) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada klien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi dan dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja di bicarakan dirinya / orang lain.

11) Kemampuan penilaian mengambil keputusan

Gangguan ringan dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain / tidak, gangguan bermakna tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar / melihat ada yang diperintahkan.

12) Daya titik diri

Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan / klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

i. Kebutuhan klien pulang

1) Makan

Klien kurang mampu makan, cara klien yang terganggu serta klien yang terganggu serta klien tidak memiliki kemampuan untuk menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2) Berpakaian

Klien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai dan berdandan.

3) Mandi

Klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi yang benar, tidak tau cara menggosok gigi, tidak mencuci rambut, tidak memotong kuku, tubuh klien tampak kusan dan badan klien mengeluarkan aroma bau.

4) BAB / BAK

Klien BAB / BAK tidak pada tempatnya atau tidak dilakukan secara benar.

5) Istirahat

Istirahat klien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur.

6) Penggunaan obat

Jika klien mendapatkan obat, biasanya klien minum obat tidak teratur.

7) Aktivitas dirumah

Klien tidak mampu melakukan semua akivitas didalam rumah karena klien selalu merasa malas.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensiaI. Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosis keperawatan untuk menuliskan masalah atau *problem* klien atau perubahan satus kesehatan klien PPNI, 2017. Berdasarkan SDKI 2017 Ada diagnosis keperawatan yang sering digunakan pada klien

halusinasi, yaitu :

a) Harga diri rendah berhubungan dengan gangguan psikiatri (D.0086).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosis keperawatan yang muncul. Rencana tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengara meliputi tujuan yang ingin dicapai dan rencana tindakan, dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).

Tabel 2.4 Standar Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Harga Diri Rendah (D.0086) Penyebab : 1. Terpapar situasi traumatis. 2. Kegagalan berulang. 3. Kurangnya pengakuan dari orang lain. 4. Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan. 5. Gangguan psikiatri. 6. Penguatan negatif berulang. 7. Ketidaksesuain budaya	**Harga Diri (L.09069)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x30 menit diharapkan masalah harga diri rendah menurun dan teratasi dengan kriteria hasil : 1. Penilaian diri positif meningkat (5). 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat (5).	**Manajemen Perilaku (I.12463)** **Observasi :** Mengidentifikasi harapan untuk mengandalkan perilaku. **Terapeutik :** 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku. 2. Jadwalkan kegiatan terstruktur. 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap

	Gejala dan Tanda Mayor : Subjektif : 1. Menilai diri negatif. 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. Objektif : 1. Enggan mencoba hal baru. 2. Berjalan menunduk. 3. Postur tubuh menunduk. Gejala dan Tanda Minor : Subjektif : 1. Merasa sulit konsentrasi. 2. Sulit tidur.	3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat (5). 4. Minat mencoba hal baru meningkat (5). 5. Berjalan menampakkan wajah meningkat (5). 6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat(5). 7. Perasaan malu menurun (5). 8. Perasaan bersalah menurun (5). 9. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun (5). 10. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun (5).	dinas. 4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan. 5. Batasi jumlah pengunjung. 6. Bicara dengan nada rendah dan tenang. 7. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi. 8. Cegah perilaku pasif dan agresif. 9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku. 10. Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi. 11. Hindari bersikap menyudutkan dan mengentikan. 12. Hindari sikap mengancam dan berdebat. 13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan.

	3. Mengungkapkan keputus asaan. 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.	Keterangan : 1. Menurun. 2. Cukup menurun. 3. Sedang. 4. Cukup meningkat. 5. Meningkat.	**Edukasi** : Information keluarga, bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan / Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (PPNI, 2018). Dalam implementasi rencana tindakan keperawatan pada pasien jiwa dengan gangguan persepsi sensori aadalah mengkaji keadaan klien dan melibatkan klien serta keluarga dalam penerapan terapi okupasi yang bertujuan untuk memberi motivasi dan memberikan kegembiraan, hiburan, serta mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi yang dialami sehingga pikiran pasien tidak berfokus dengan halusinasinya dan membantu keluarga dalam memberikan asuhan kepada klien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses sistematis dan berkelanjutan untuk membandingkan respons klien dengan hasil yang diharapkan (yang ditetapkan dalam fase perencanaan) dan menentukan sejauh mana tujuan telah tercapai. Menurut (Wiradani, 2026) proses evaluasi melibatkan

beberapa langkah, yaitu :

a. Perawat mengidentifikasi kriteria hasil yang terukur yang telah ditetapkan sebelumnya dalam rencana asuhan.
b. Perawat mengumpulkan data tentang status klien saat ini. Data ini dapat berupa data subjektif (menanyakan kepada klien tetang kemajuan mereka) dan data objektif (mengamati perilaku klien atau mengukur parameter logis).
c. Perawat membandingkan data yang baru dikumpulkan dengan kriteria hasil.
d. Menggunakan temuan evaluasi untuk meninjau kembali dan memodifikasi rencana asuhan.