

**ASUHANKEPERAWATAN JIWA GANGGUAN KONSEP DIRI  
HARGA DIRI RENDAH PADA NY. Y DI RUANG 1  
(GRAHA ARIMBI) RUMAH SAKIT JIWA  
Dr. AMINO GONDO HUTOMO  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

**Suryani**  
**89.331.2925**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji  
Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula  
Semarang pada:

Hari : Senin

Tanggal : 24 Mei 2010



(Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati S.Kep)

NIK. 210 998 006

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin, Tanggal 31 Mei 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 31 Mei 2010

Tim Penguji,

Penguji I



(Wahyu Endang Setyowati, SKM)

NIK. 210998004


Penguji II



(Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati S.Kep)

NIK. 210998006

Penguji III



(Ns. Ade Irmawaty S.Kep)

NIK.210909015

## MOTO

Dan janganlah kamu memalingkan mukamu dari manusia(karena sombong) dan janganlah kamu berjalan di muka bumi dengan angkuh

Sesungguhnya allah tidak menyukai orang-orang yang sombong lagi membanggakan diri

(luqman:18)



## **KATA PENGANTAR**

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan berkah dan rahmatNYA kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan laporan kasus ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.Y DI RUANG I (GRAHA ARIMBI ) DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH** Penulisan laporan kasus ini disusun guna untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Diploma III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penulis menyadari dalam penulisan laporan kasus ini tidak lepas bantuan, dorongan maupun dukungan dari berbagai pihak oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang tak terhingga yang penulis tujukan kepada :

1. Prof. DR.Laode M.Kamaluddin ,M.Sc., M.Eng., selaku Rektor Unissula Semarang
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku Kaprodi DIII Keperawatan FIK Unissula
4. Ibu Hj. Dwi Heppy R., S.Kep., Ns, selaku pembimbing yang telah sabar memberikan bimbingan kepada penulis

5. Bapak Ibu Dosen serta staf pengajar yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan kepada penulis selama menempuh studi di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
6. Ibu, Bapak dan adik tercinta yang selalu mendoakanku serta memberikan kasih sayang, bimbingan dan perhatiannya yang tak ternilai
7. Teman-temanku angkatan 2007 Prodi DIII Keperawatan Unissula Semarang
8. Semua pihak yang telah membantu menyelesaikan laporan kasus ini

Penulis menyadari akan kekurangan sempurnaan dalam menulis laporan kasus ini. Oleh karena itu segala bentuk kritik maupun saran yang bersifat membangun senantiasa penulis harapkan agar kemudian hari dapat menghasilkan karya yang lebih baik.

Akhir kata penulis berharap semoga laporan kasus ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membacanya.

Semarang, 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI .....	iii
MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vi
<b>BAB I    PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar belakang.....	1
B. Tujuan .....	2
C. manfaat.....	3
<b>BAB II    KONSEP DASAR .....</b>	<b>4</b>
A. Pengertian .....	5
B. Etiologi.....	6
1. Faktor Predisposisi.....	6
2.Faktor Presipitasi .....	6
C. Rentang Respon .....	7
D. Batasan Karakteristik.....	8
E. Pohon Masalah.....	9
F. Manifestasi Klinik.....	9
G. Daftar Masalah keperawatan.....	11

H. Diagnosa Keperawatan.....	11
I. Fokus Intervensi.....	12
<b>BAB III RESUME KEPERAWATAN .....</b>	<b>20</b>
A. Pengkajian .....	21
B. Diagnosa Keperawatan .....	24
C. Fokus Intervensi .....	24
D. Implementasi .....	26
E. Evaluasi .....	26
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>30</b>
A. Pengkajian .....	31
B. Diagnosa keperawatan.....	31
C. Intervensi Keperawatan .....	31
D. Implementasi.....	32
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>34</b>
A. Kesimpulan .....	34
B. Saran .....	35

**DAFTAR LAMPIRAN**

Asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan Gangguan Konsep Diri:

Harga Diri Rendah di Ruang 1(Graha Arimbi) Rumah Sakit Jiwa

Daerah Dr.Amino Gondhutomo Semarang.

**DAFTAR PUSTAKA**



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Konsep diri merupakan konsep dasar yang perlu di ketahui perawat untuk mengerti perilaku dan pandangan klien terhadap dirinya, masalahnya serta lingkungannya. Dalam memberikan asuhan keperawatan ,perawat harus dapat meyakini bahwa klien adalah mahluk bio-psiko-sosial-spiritual yang utuh dan unik sebagai satu kesatuan dalam berinteraksi terhadap lingkungannya dan dirinya sendiri (suliswati dkk, 2005)

Manusia social yang hidup di lingkungan masyarakat yang saling berinteraksi, berhubungan atau berkomunikasi yang membutuhkan suatu pernyataan diri seseorang yaitu harga diri, dengan melalui proses pengkajian keadaan klien di uang I (Graha Arimbi) RSJD. Dr. AMINO GONDO HUTOMO SEMARANG, yang dimulai pengkajian tanggal 30Maret 2010 dengan cara berinteraksi langsung dengan klien. Dengan masalah utama gangguan konsep diri Harga Diri rendah yang ditandai dengan merasa tidak berguna, kurang percaya diri, tidak mempunyai motivasi hidup, putus asa, semua itu dapat berisiko mencederai diri sendiri.

Sebagai perawat pelayanan kesehatan harus memberikan Asuhan Keperawatan pada mereka (klien) supaya mereka mempunyai semangat untuk lebih baik, dan semangat untuk hidup dengan memberikan kepada mereka reinforcement positif setiap klien melakukan suatu kegiatan mandiri maupun

dengan bantuan perawat dan mengidentifikasi kemampuan yang klien miliki. Dan dengan adanya Keperawatan ini saya akan mengambil kasus keperawatan sebagai bahan KARYA TULIS ILMIAH (KTI) dan untuk membantu klien untuk menyelesaikan masalah klien dengan gangguan konsep diri : Harga diri rendah dengan cara berinteraksi langsung dengan klien.

## **B. Tujuan Umum Dan Khusus**

### **1. Tujuan Umum**

Mendeskripsikan tentang pemberian asuhan keperawatan pada Ny.y dengan masalah Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah di Ruang 1 (Graha Arimbi) RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mendiskripsikan hasil pengkajian selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah.
- b. Mendiskripsikan diagnosa keperawatan pada Ny.Y
- c. Mendiskripsikan Intervensi pada Ny.Y dengan Gangguan konsep diri : Harga diri rendah
- d. Mendiskripsikan Implementasi dan Evaluasi pada Ny.Y dengan Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

### C. Manfaat

Penulis berharap semoga kasus asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan gangguan konsep diri :harga diri rendah dapat bermanfaat bagi pembaca, dan pada umumnya ada beberapa pihak-pihak yang terkait khususnya antara lain :

#### 1. Penulis

Penulis dapat melakukan Asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah dan memperoleh pengetahuan, ketrampilan di dalam memberikan Asuhan keperawatan secara koperhensif dalam mengelola klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah

#### 2. Institusi

Untuk meningkatkan mutu pendidikan keperawatan melalui pembelajaran Karya tulis ilmiah dalam rangka menciptakan perawat yang berkualitas dan profosional.

#### 3. Lahan Praktik

Membantu di dalam mengembangkan kualitas pada asuhan keperawatan jiwa di rumah sakit jiwa daerah Dr.Amino Gondhohutomo

#### 4. Masyarakat

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. PENGERTIAN**

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negative terhadap diri dan kemampuan diri.

(Damayanti, Mukripah 2008 : 80)

Konsep diri adalah cara individu dalam melihat pribadinya secara utuh menyangkut fisik, emosi intelektual, sosial dan spiritual.

(Sunaryo 2004 : 32 )

Konsep diri adalah perasaan, kepercayaan dan nilai yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam hubungan dengan orang lain.

( Wartonah, Tarwato 2006 : 120 )

Dari pengertian diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa harga diri rendah adalah perasaan yang tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang menyangkut fisik, emosi, intelektual, social dan spiritual dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain.

## B. ETIOLOGI

### 1. Faktor Predisposisi

Menurut Yosep Iyus (2009 : 256) ada beberapa faktor yang menyebabkan Harga Diri Rendah adalah :

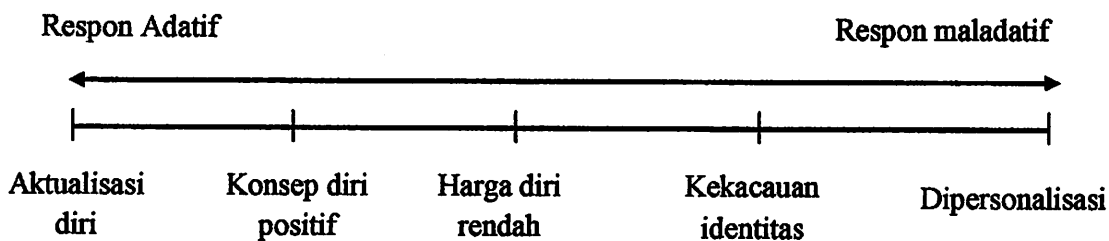
- a. Penolakan orang tua yang tidak realistik
- b. Kegagalan berulang kali
- c. Kurang mempunyai tanggung jawab personal
- d. Ketergantungan pada orang lain
- e. Ideal diri yang tidak realistik

### 2. Faktor Presipitasi

- a. Kehilangan bagian tubuh
- b. Perubahan penampilan atau bentuk tubuh
- c. Kegagalan
- d. Produktivitas yang menurun

Secara umum, Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional misalnya karena trauma secara tiba-tiba misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau di penjara termasuk di rumah sakit bila menyebabkan Harga diri rendah disebabkan karena penyakit fisik. Harga diri rendah kronik biasanya dirasakan klien sebelum sakit atau sebelum dirawat, klien sudah memiliki pikiran negatif saat dirawat.

### C. RENTANG RESPON



Gambar 1. Tentang respon menurut Yosep Iyus ( 2009 : 2)

#### 1. Respon Adaptif :

Aktualisasi diri dan konsep diri yang positif serta bersifat membangun (konstruktif) dalam usaha mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.

#### 2. Respon Maladaptif

Aktualisasi diri dan konsep diri yang negatif serta bersifat merusak (deskruktif) dalam usaha mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.

#### 3. Aktualisasi diri.

Respon adaptif yang tertinggi karena individu dapat mengekspresikan kemampuan yang di miliknya.

#### 4. Konsep diri positif.

Individu dapat mengidentifikasi kemampuan dan kelemahan secara jujur dan dalam menilai suatu masalah individu berfikir secara positif dan realistis.

#### 5. Harga diri rendah.

Transisi antara respon konsep diri adaptif dan maladaptif.

#### 6. kekacauan identitas.

Suatau kegagalan individu untuk menginteraksikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak ke dalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.

#### 7. Depersonalisasi

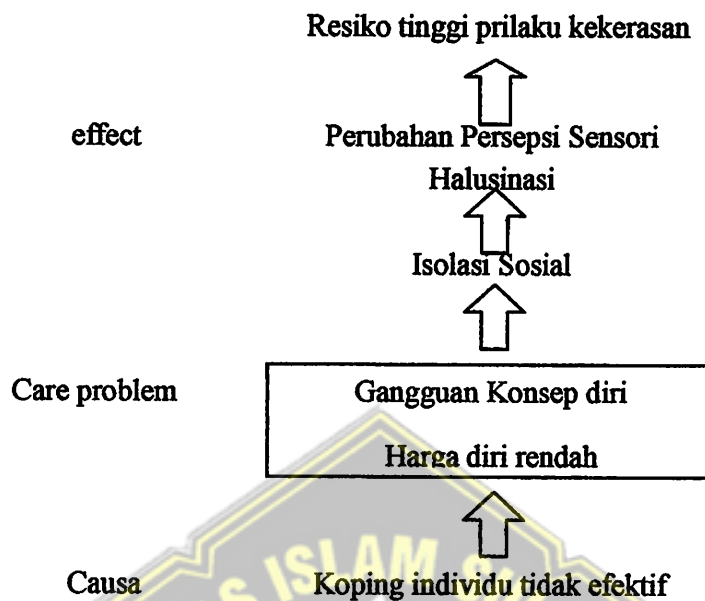
Suatu perasaan tidak realistis dan merasa asing dengan diri sendiri. Hal ini berhubungan dengan tingkat ansietas panik dan kegagalan dalam uji realitas. Individu mengalami kesulitan dalam membedakan diri sendiri dan orang lain, dan tubuhnya sendiri terasa tidak nyata dan asing baginya

### D. BATASAN KARAKTERISTIK

- a. Pengungkapan diri negatif
- b. Evaluasi diri sebagai tidak dapat menangani kejadian
- c. Menunjukkan tanda depresi (tidur, makan)
- d. Penampilan tubuh buruk (postur, kontakmata, gerakan)
- e. Mengingkari masalah nyata
- f. Merasionalisasi penolakan / menjauh dari umpan balik positif dan memebesarkan umpan balik negatif terhadap diri.
- g. Perilaku menyalah gunakan diri (pengrusakan, usaha bunuh diri, menggigit kuku, penyalah gunaan zat, menjadi kornan)

( Carpenito, LJ 2001 : 253)

## E. POHON MASALAH



Gambar 2. Pohon Masalah Menurut (Fitria Nita 2009:8)

## F. MANIFESTASI KLINIK

Tanda dan gejala klien dengan harga diri rendah dapat ditunjukkan dengan tanda-tanda sebagai berikut :

1. (Menurut Damayanti, Mukripah, 2008 : 80 )
  - a. Mengkritik diri sendiri
  - b. Pandangan hidup yang pesimis
  - c. Perasaan tidak mampu
  - d. Penurunan produktivitas
  - e. Penolakan terhadap kemampuan diri
  - f. Bicara lambat dengan suara nada lemah



- g. Selera makan berkurang
- h. Tidak berani menatap lawan bicara
- i. Lebih banyak menunduk

Komponen-komponen dalam konsep diri terdiri atas beberapa hal diantaranya adalah sebagai berikut (Suliswati Dkk, 2005 : 91- 95)

1. Citra tubuh

Sikap individu terhadap tubuhnya baik disadari atau tidak disadari meliputi persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran dan bentuk fungsi, penampilan dan potensi tubuh.

2. Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya bertingkah laku berdasarkan standar pribadi. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita atau penghargaan diri.

3. Harga diri

Penilaian terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa beberapa kesesuaian tingkah laku dengan ideal dirinya. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain yaitu di cintai, dihormati, dan dihargai. Individu akan merasa harga dirinya tinggi apabila sering mengalami keberhasilan dan sebaliknya individu akan merasa harga dirinya rendah saat mengalami kegagalan.

4. Peran

Sarana untuk berperan serta dalam kehidupan social dan merupakan cara untuk menguji identitas dengan memvalidasi pada orang yang sangat berarti.

## 5. Identitas diri

Kesadaran tentang dirinya sendiri yang diperoleh individu dari observasi dan penilaiannya terhadap dirinya, menyadari bahwa dirinya berbeda dengan orang lain.

## G. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Harga diri rendah kronis
2. Koping individu tidak efektif
3. Isolasi sosial
4. Perubahan persepsi sensori : halusinasi
5. Resiko tinggi perilaku kekerasan

(Damayanti Mukripah 2008:82)

## H. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Harga diri rendah kronis
2. Isolasi social

(Fitria Nita 2009:18)



## **I. FOKUS INTERVENSI**

### **1. Diagnosa 1 : Gangguan konsep diri : harga diri rendah**

Tujuan umum : klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap.

Tujuan khusus :

#### **a. Membina hubungan saling percaya perawat dan klien.**

Tindakan :

- 1) Sapa klien dengan ramah
- 2) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan verbal maupun non verbal
- 3) Perkenalkan diri dengan sopan
- 4) Panggilan yang disukai klien
- 5) Jelaskan tujuan pertemuan
- 6) Jujur dan menepati janji
- 7) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
- 8) Beri perhatian kebutuhan dasar klien

#### **b. Klien dapat mengidentifikasi aspek yang dimiliki klien dapat menilai kemampuan yang digunakan .**

Tindakan :

- 1) Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
- 2) Setiap bertemu klien hindarkan dari member nilai negative
- 3) Utamakan member pujian yang realistic

c. Klien dapat menilai kemampuan yang digunakan.

Tindakan :

1) Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit

2) Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaannya

d. Klien dapat (menetapkan) merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

Tindakan :

1) Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan hari sesuai kemampuan

2) Tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi kondisi klien

3) Beri contoh pelaksanaan kegiatan yang boleh dilakukan

e. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit kemampuannya.

Tindakan :

1) Beri kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan

2) Beri pujian atas keberhasilan klien

3) Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah

f. Klien dapat memanfaatkan system pendukung yang ada.

Tindakan:

1) Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan Harga diri rendah

2) Bantu keluarga memberikan dukungan selama klien dirawat

3) Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah

## 2. Diagnosa II : Isolasi sosial

Tujuan umum : Klien tidak mencederai diri sendiri.

Tujuan khusus :

a. Klien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria evaluasi :

- 1) ekspresi wajah klien bersahabat
- 2) klien menunjukkan rasa senang
- 3) ada kontak mata
- 4) klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi

Intervensi :

- 1) Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal
  - 2) Perkenalkan diri dengan sopan
  - 3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien
  - 4) Jelaskan tujuan pertemuan
  - 5) Jujur dan menepati janji
  - 6) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
- b. Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri.

Kriteria evaluasi :

- 1) menyebutkan penyebab menarik diri yang berasal dari :
  - a. Diri sendiri
  - b. Orang lain

### c. Lingkungan

Intervensi :

- 1) perilaku menarik diri dan tanda-tandanya
- 2) Berikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul.
- 3) Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri, tanda-tanda serta penyebab muncul.
- 4) Berikan pujian terhadap kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya. Kaji pengetahuan klien tentang

c. Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

Kriteria evaluasi :

- 1) Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain.
- 2) Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

Intervensi : جامعنا سلطان أبو جوح الإسلام

- 1) Kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain.
- 2) Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain.
- 3) Diskusikan bersama klien tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain.

- 4) Beri reinforcement positif terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain.

d. Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.

Kriteria evaluasi

- 1) Klien dapat mendemonstrasikan hubungan social

Intervensi :

- 1) Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain.
  - 2) Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain melalui tahap
  - 3) Beri reinforcement terhadap keberhasilan yang telah dicapai.
  - 4) Bantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan.
  - 5) Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu.
  - 6) Motivasi klien untuk mengikuti kegiatan ruangan
- e. Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain.

Kriteria evaluasi

- 1) Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain untuk :
  - (a) diri sendiri
  - (b) orang lain

### Intervensi

- 1) Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan dengan orang lain.
  - 2) Diskusikan dengan klien tentang perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain.
  - 3) Beri reinforcement positif atau kemampuan klien mengungkapkan perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain.
- f. Klien dapat memberdayakan sistem pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.

### Kriteria evaluasi:

- 1) Keluarga dapat :
  - (a) menjelaskan perasaannya
  - (b) menjelaskan cara merawat klien menarik diri
  - (c) mendemonstrasikan cara perawatan klien menarik diri
  - (d) berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri

### Intervensi

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan keluarga :
  - (a) salam, perkenalkan diri
  - (b) sampaikan tujuan
  - (c) buat kontrak
  - (d) eksplorasi perasaan keluarga.



- 2) Diskusikan dengan anggota keluarga tentang perilaku penyebab serta akibat perilaku menarik diri.
- 3) Dorong anggota keluarga untuk memberi dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain.
- 4) Anjurkan anggota keluarga secara rutin dan bergantian menjenguk klien minim satu kali seminggu.

g. Klien dapat menggunakan obat dengan benar dan tepat.

#### Kriteria evaluasi

- 1) Klien dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.
- 2) Klien dapat mendemonstrasikan dan tahu tentang manfaat dan efek samping dan penggunaan obat dengan benar.
- 3) Klien memahami akibat berhentinya minum obat tanpa konsultasi.

#### Intervensi :

- 1) Diskusikan dengan klien tentang dosis, frekuensi dan manfaat obat serta efek sampingnya.
- 2) Anjurkan klien untuk minta sendiri obat kepada perawat dan merasakan manfaatnya.
- 3) Anjurkan klien berbicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping yang dirasakan.
- 4) Diskusikan akibat tidak minum obat tanpa konsultasi.

## BAB III

### RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan selama 2 hari yang di mulai hari Selasa, tanggal 30 -31 Maret 2010 dari pukul 10.00 -14.00 WIB, penulis mengelola kasus Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah pada Ny.Y, di Ruang 1 (graham Arimbi) Rumah Sakit Jiwa Dr.Amino Gondhohutomo dan memperoleh data kasus sebagai berikut :

Nama Ny.Y umur 25 tahun, jenis kelamin: Perempuan, suku bangsa: Jawa/Indonesia, alamat desa Getak Sambung Harjo, agama Islam, status: menikah, pekerjaan: tidak bekerja, Pendidikan: D3 kewirausahaan, diagnosa medis Skizofrenia Paranoid, masuk di rumah sakit jiwa pada tanggal 17 Maret 2010 jam 20.15 WIB, tanggal pengkajian 30 Maret 2010. Penanggung jawab klien Nama Tn. M, umur 56 tahun, Alamat desa Getak Sambung Harjo, hubungan dengan klien adalah ayah kandung.

Alasan masuk Rumah Sakit Jiwa suka menyendiri, tiba-tiba menangis tanpa sebab, marah-marah dan suka keluyuran. Klien bisa melakukan kegiatan ibu rumah tangga (mencuci piring, memasak ) dengan kemauannya sendiri.

Factor Predisposisi : kurang lebih satu tahun yang lalu klien dirawat di rumah Sakit Jiwa Solo selama 2 hari, selama itu kondisi klien cukup baik, tidak marah-marah dan tidak keluyuran lalu klien bekerja ke Jakarta bertemu seorang laki-laki dan menikah Klien pulang kerumah di desanya keadaan

klien kembali seperti dulu (suka berdiam diri, tertawa sendiri, marah-marah, mengurung diri dikamar). Klien sebelumnya jarang kontrol dan minum obat dari rumah sakit jiwa sebelumnya karena keluarga merasa klien sudah sembuh. Klien tidak mempunyai riwayat trauma fisik seksual, kekerasan, criminal, dan klien tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan.

Faktor presipitasi : Pengalaman klien yang tidak menyenangkan klien diceraikan suaminya saat hamil lalu klien mendaftar kerja tetapi tidak diterima saat itu Klien merasa gagal dalam segala hal, maka muncul diagnosa keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah.

Di data genogram, di dalam keluarga klien tidak ada anggota yang mengalami gangguan jiwa selain klien sendiri klien merupakan anak yang pertama dari tiga bersaudara klien diasuh oleh keluarganya sendiri komunikasi baik tetapi setelah bercerai dengan suaminya hubungan klien merenggang maka muncul masalah keperawatan koping individu tidak efektif.

Hasil pengkajian konsep diri didapatkan data dari peran diri klien merupakan seorang ibu bagi anaknya, dan klien seorang anak pertama dari tiga bersaudara, ingin bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarganya tetapi selalu gagal maka timbul masalah keperawatan gangguan peran, dari data harga diri setelah bercerai dengan suaminya klien melamar pekerjaan tetapi tidak diterima, klien merasa gagal dalam segala hal. Maka muncul masalah keperawatan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.

Pengkajian hubungan social penulis menemukan data klien suka berdiam diri di ruangan, merasa malu berbincang-bincang dengan teman-temannya, maka muncul masalah keperawatan Isolasi Sosial.

Pengkajian status mental penulis mendapatkan data dalam pembicaraan klien apatis, klien mau menjawab pertanyaan perawat dengan malu-malu, nada bicara rendah, maka timbul masalah keperawatan : kerusakan komunikasi verbal, dari data alam perasaan klien mengatakan “kenapa aku di sini? (Rumah sakit jiwa)”, klien terlihat sedih, selalu Ingin pulang kerumah, masalah keperawatan yang muncul ketidakberdayaan. Afek datar, klien dapat merespon dengan ekspresi yang sama dengan stimulus yang diberikan, klien tersenyum bila dihibur. Masalah keperawatan yang muncul : Kerusakan interaksi social. Dalam interaksi selama wawancara kontak mata kurang, ekspresi wajah datar, kooperatif, masalah keperawatan isolasi sosial.

Pengkajian mekanisme koping ditemukan data dari klien sehari-hari waktu luang digunakan mengurung diri di kamar, hubungan dengan keluarga merenggang saat klien diceritakan suaminya klien merasa sakit hati dengan suaminya, klien putus asa karena selalu gagal. Klien adalah seorang yang tertutup jika ada masalah jarang menceritakan dengan orang lain, maka muncul masalah keperawatan koping individu tidak efektif.

Pada pengetahuan: klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, klien mengetahui warna obat yang diminum, tetapi tidak mengetahui efek obat, masalah keperawatan yang muncul kurang pengetahuan.

Diagnosa medis Skizofrenia Paranoid, terapi medis cloropozine 2x50 mg, thrihexyphenydil 2x5 mg, ECT 6x, effesor 1x 750 mg, Trifluopenazine (stell) 2x5 mg

Masalah keperawatan yang muncul:

1. Gangguan kosep diri : harga diri rendah.
2. Koping keluarga tidak efektif
3. Gangguan peran diri
4. Isolasi sosial
5. Kerusakan komunikasi verbal
6. Ketidakberdayaan
7. Kurang pengetahuan

#### **B. Analisa Data**

Berdasarkan hasil pengkajian diatas didapatkan kesimpulan bahwa klien mengalami Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah yang dibuktikan dengan pernyataan klien yang mengatakan pada hari Selasa tanggal 30 Maret 2010, Jam 10.30 WIB, data subjektif : klien merasa malu dengan temanya, Data objektif: kontak mata kurang, klien menjawab pertanyaan perawat dengan malu-malu, tidak bisa memulai pembicaraan, maka timbul masalah keperawatan Isolasi sosial.

Jam 11.00 WIB data subjektifnya satu tahun yang lalu bercerai denga suaminya, lalu melamar pekerjaan tetapi tidak diterima, klien juga mengatakan merasa gagal dalam segala hal. Data objektifnya klien tampak

sedih, kontak mata kurang, pandangan kosong, maka muncul masalah keperawatan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.

Jam 11.30 WIB data subjektifnya klien seorang ibu dan seorang istri tetapi sudah bercerai dengan suaminya, data objektifnya: bicara klien pelan, kontak mata kurang, klien menjawab pertanyaan baik, berkonsentrasi pada pembicaraan. Maka muncul masalah keperawatan Gangguan peran.

### C. Pohon masalah



### D. Diagnosa keperawatan

Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

### E. Intervensi keperawatan

Rencana Tindakan Keperawatan pada hari Selasa tanggal 30 Maret jam 10.00 WIB sampai hari Rabu tanggal 31 Maret 2010 yang akan dilakukan pada Ny.Y dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah dengan tujuan umum : klien dapat mengambil keputusan yang efektif untuk menurunkan perasaan rendah diri.

Tujuan khusus 1 : Membina hubungan saling percaya,

**Intervensi:** Beri salam, sambil berjabat tangan melakukan kontak mata, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap klien, dan nama panggilan yang disukai, jelaskan tujuan pertemuan, tunjukkan sikap empati pada klien.

**Tujuan khusus 2 :** Klien dapat mengidentifikasi aspek yang dimiliki dan dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan, **Intervensi :** diskusikan kemampuan yang dimiliki klien, hindari penilaian yang negatif, utamakan membari pujian yang realistik.

**Tujuan khusus 3 :** Klien dapat menilai kemampuannya yang digunakan, **Intervensi :** diskusikan dengan klien kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit, diskusikan kemampuannya yang lainnya

**Tujuan khusus 4 :** Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, **Intervensi :** rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari, tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi kondisi klien, beri contoh pelaksanaan kegiatan yang boleh dilakukan

**Tujuan khusus 5 :** Klien dapat melakukan kegiatan kemampuannya sesuai kondisi sakit, **Intervensi :** beri kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan, beri pujian atas keberhasilan klien, diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah

**Tujuan khusus 6 :** klien dapat memanfaatkan system pendukung keluarga yang ada, **Intervensi :** beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan Harga Diri Rendah, bantu keluarga

memberikan dukungan selama klien dirawat, bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah

#### **F. Implementasi dan Evaluasi**

Selama dua hari penulis melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pada Ny.Y yang di mulai pada tanggal 30 Maret 2010 sampai tanggal 31 Maret 2010. Pada diagnosa keperawatan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, tujuan umum pada tindakan ini adalah klien mampu berinteraksi dengan orang lain, supaya tidak terjadi gangguan konsep diri : harga diri rendah.

Pada jam 10.00 WIB. Penulis melakukan pertemuan yang pertama dengan tindakan keperawatan. Tujuan Khusus 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya. Implementasi : memberi salam kepada klien, memperkenalkan diri dengan sopan, menanyakan nama klien dan nama panggilan kesukaannya, menjelaskan tujuan pertemuan, memberikan pujian. Tujuan khusus 2 : Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, Implementasi : mengkaji kemampuan yang di miliki klien, menghindari pemberian penilaian yang negative pada setiap pertemuan, mengutamakan memberikan pujian yang realistik.

Evaluasi dari tindakan keperawatan tujuan khusus 1 dan tujuan khusus 2 adalah data subjektif : klien mengatakan Namanya “Y”, perasaannya senang karena bisa berkenalan, klien mengatakan rumahnya purwodadi, klien juga suka membuat puisi dan cerpen, Data objektifnya : klien menjawab



salam, klien kooperatif, mempertahankan kontak mata, klien bicara dengan nada rendah, Analisa: masalah teratasi, klien dapat melaksanakan tujuan khusus 1 dan tujuan khusus 2, Planning untuk Perawat : anjurkan klien melakukan kemampuannya, lanjutkan Tujuan Khusus 3 dan 4, untuk klien : memotivasi klien untuk latihan sesuai dengan kemampuannya dan meminta klien mengingat kemampuannya.

Kemudian pada jam : 11.30 WIB penulis melakukan pertemuan yang kedua pada tindakan keperawatan, Tujuan Khusus 3 : klien dapat menilai kemampuan yang digunakan. Implementasi : mendiskusikan dengan klien kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit, dan mendiskusikan kemampuan yang lainnya, Tujuan Khusus 4 : klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, Implementasi : mendiskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaannya, merencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuannya,

Evaluasi dari tindakan Tujuan Khusus 3 dan Tujuan Khusus 4, Data Subjektif: klien mengatakan kegiatan yang dilakukan di rumah sakit menyapu, merapikan tempat tidur, cucigelas, mandi, Data Objektif: kontak mata baik, klien mau membuat jadwal harian, klien mau mengutarakan perasannya. Analisa : masalah teratasi tujuan tercapai, Klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan di rumah sakit, Klien dapat menilai kemampuan yang dapat dilanjutkan kegunaannya di rumah, Planning untuk perawat : melanjutkan tujuan khusus 5, untuk klien : klien diminta untuk

melaksanakan kegiatan dan memasukkan jadwal kegiatan yang telah dilakukan di rumah sakit.

Pada hari Rabu tanggal 31 Maret 2010, pada hari kedua jam 09.00 WIB penulis melakukan tindakan keperawatan untuk mencapai Tujuan Khusus 5 :klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya. Implementasi : memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan yang telah di rencanakan, memberikan pujian atas keberhasilannya, mendiskusikan kemungkinan jadwal pelaksanaan di rumah.

Evaluasi dari tindakan keperawatan pada tujuan khusus 5 yaitu Data Subyektif : klien mengatakan ada beberapa kegiatan yang dilakukan di rumah sakit yaitu menyapu, membersihkan tempat tidur, rehabilitas, Data objektif : (menjahit), kontak mata baik, klien mampu melaksanakan kegiatannya, Analisa : klien dapat menilai kemampuannya yang di rumah sakit, klien dapat menilai kemampuannya yang akan di lanjutkan penggunaannya di rumah, Planning untuk perawat : meningkatkan kegiatan dan mampu memberikan motivasi lebih lanjut, untuk klien : klien diminta untuk melakukan kegiatan diwaktu luang di rumah sakit sesuai jadwal.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Sesuai pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 30 Maret 2010 sampai 31 Maret 2010. Pada bab ini dibahas mengenai Asuhan Keperawatan pada Ny. Y di Ruang I (Graha Arimbi) pada pembahasan ini meliputi proses keperawatan yang terdiri dari suatu pengkajian, diagnosa Keperawatan Intervensi dan Implementasi, evaluasi, adapun pembahasan yang muncul antara lain adalah :

#### **A. Pengkajian**

Setelah di lakukan Pengkajian Keperawatan pada tanggal 30 Maret 2010 sampai tanggal 31 Maret 2010, penulis menemukan beberapa data yang menjadi fokus permasalahan yang di alami oleh Ny.Y pada penulisan tentang obat, penulis hanya menulis dengan Singkatan, seharusnya penulis tidak menyingkat nama obat dan menuliskan secara lengkap indikasi dan efek sampingnya dan di dalam data genogram terdapat masalah yang muncul yaitu koping individu tidak efektif seharusnya data tersebut masuk dalam mekanisme koping.

#### **B. Diagnosa Keperawatan**

Gangguan konsep diri : Harga diri rendah. Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. (Damayanti Mukhrifah, 2008:80)

Menurut (Fitria Nita 2009:9) batasan karakteristik subjektifnya adalah klien mengungkapkan dirinya merasa tidak berguna, mengungkapkan dirinya merasa tidak mampu, tidak bersemangat untuk beraktivitas atau bekerja, malas melakukan perawatan diri (mandi, berhias, makan, *toileting*) sedangkan batasan karakteristik objektifnya adalah : klien mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis, tidak menerima pujian, penolakan terhadap kemampuan diri, kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan berkurang, tidak berani menatap lawan bicara, kontak mata tidak ada, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan nada suara lemah.

Data-data yang mendukung pada klien. Untuk masalah harga diri rendah, batasan karakteristik objektifnya : mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu., kontak mata kurang, lebih banyak menunduk, tidak berani, menatap lawan bicara, bicara pelan, Sedangkan Batasan Karakteristik Subjektif :klien mengungkapkan dirinya merasa tidak berguna, Klien mengungkapkan dirinya merasa tidak mampu. Dari data-data tersebut terlihat jelas dimana data-data yang terdapat pada teori terdapat juga pada klien.

### **C. Intervensi**

Untuk mengatasi masalah pada masalah utama gangguan konsep diri : harga diri rendah penulis merencanakan 6 tujuan khusus, yang memenuhi teori pada standar operasional, yaitu:

1. Membina hubungan saling percaya
2. Klien dapat mengidentifikasi aspek yang dimiliki klien

3. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki klien
4. Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki klien
5. Klien dapat melakukan kegiatan kemampuannya sesuai kondisi sakit
6. Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada

#### **D. Implementasi**

Tujuan Khusus 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya.

Implementasi : memberi salam kepada klien ,memperkenalkan diri dengan sopan, menanyakan nama klien dan nama panggilan kesukaannya, menjelaskan tujuan pertemuan, memberikan pujian.

Tujuan khusus 2 : Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang di miliki, Implementasi : mengkaji kemampuan yang dimiliki klien ,menghindari pemberian penilaian yang negative pada setiap pertemuan ,mengutamakan memberikan pujian yang realistik.

Tujuan Khusus 3 : klien dapat menilai kemampuan yang di gunakan.

Implementasi : mendiskusikan dengan klien kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit, dan mendiskusikan kemampuan yang lainnya.

Tujuan Khusus 4 : klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan

kemampuan yang dimiliki, Implementasi : mendiskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaannya,merencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuannya,

Tujuan Khusus 5 :klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dan

kemampuannya. Implementasi : memberikan kesempatan pada klien untuk

mencoba kegiatan yang telah direncanakan, memberikan pujian atas keberhasilannya, mendiskusikan kemungkinan jadwal pelaksanaan di rumah.

Tujuan khusus yang ke-6 belum bisa dilakukan karena penulis selama 2 hari melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien, keluarga tidak mengunjungi klien di Rumah Sakit Jiwa. Adapun pentingnya peran serta Keluarga didalam perawatan klien dengan gangguan konsep diri: harga diri rendah dapat di pandang dari berbagai segi yaitu:

Pertama : keluarga merupakan tempat di mana klien melakukan hubungan interpersonal dengan lingkungannya.

Kedua : pelayanan kesehatan jiwa bukan tempat klien seumur hidup tetapi hanya fasilitas yang membantu klien.

Ketiga : keluarga merupakan institute pendidikan utama belajar dan mengembangkan nilai keyakinan sikap dan perilaku.

Keempat : keluarga dapat juga merupakan salah satu sebab terjadinya gangguan jiwa pada klien. Menurut (Riyadi, 2009)

Dari keempat pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa peran keluarga sangat penting dalam terjadinya penyembuhan gangguan jiwa dan proses penyesuaian, dan untuk melaksanakan masalah Tujuan khusus yang ke-6 penulis mendelegasikan secara lisan kepada perawat ruangan untuk melaksanakan tujuan khusus yang ke-6 apabila keluarganya mengunjungi klien. Seharusnya penulis mendelegasikan secara tertulis.

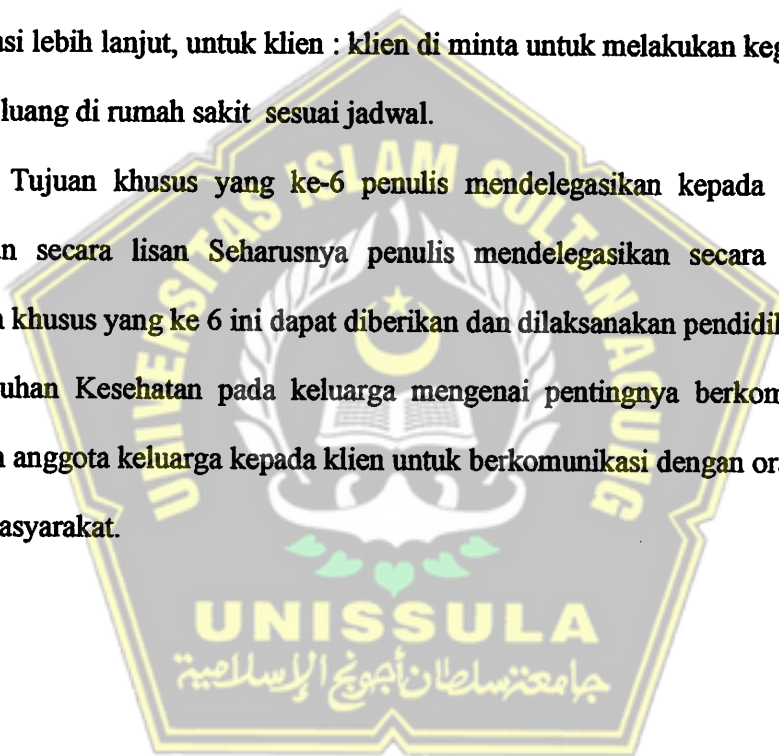
## E. Evaluasi

Evaluasi dari tindakan keperawatan Tujuan Khusus 1 dan Tujuan Khusus 2 adalah data subjektif : klien mengatakan Namanya “Y”, perasaannya senang karena bisa berkenalan, klien mengatakan rumahnya purwodadi, klien juga suka membuat puisi dan cerpen, Data Objektifnya : klien menjawab salam, klien kooperatif, mempertahankan kontak mata, klien bicara dengan nada rendah, Analisa: masalah teratasi ,klien dapat melaksanakan tujuan khusus 1 dan tujuan khusus 2, Plenning untuk Perawat : anjurkan klien melakukan kemampuannya, lanjutkan Tujuan Khusus 3 dan 4 , untuk klien: memotifasi klien untuk latihan sesuai dengan kemampuannya dan meminta klien mengingat kemampuannya.

Evaluasi dari tindakan tujuan khusus 3 dan tujuan khusus 4, data Subjektif : klien mengatakan kegiatan yang dilakukan di rumah sakit menyapu, merapikan tempat tidur, cuci gelas, mandi, Data Objektif : kontak mata baik, klien mau membuat jadwal harian, klien mau mengutarakan perasannya. Analisa : masalah teratasi tujuan tercapai, klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan di rumah sakit, klien dapat menilai kemampuan yang dapat dilanjutkan kegunaannya di rumah, Planning untuk Perawat : melanjutkan tujuan khusus 5, untuk klien : klien di minta untuk melaksanakan kegiatan dan memasukkan jadwal kegiatan yang telah di lakukan di rumah sakit.

Evaluasi dari tindakan keperawatan pada tujuan khusus 5 yaitu Data Subyektif : klien mengatakan ada beberapa kegiatan yang dilakukan di rumah sakit yaitu menyapu, membersihkan tempat tidur, rehabilitas, Data objektif : (menjahit), kontak mata baik, klien mampu melaksanakan kegiatannya, Analisa : klien dapat menilai kemampuannya yang di rumah sakit, klien dapat menilai kemampuannya yang akan dilanjutkan penggunaannya di rumah, Planning untuk perawat : meningkatkan kegiatan dan mampu memberikan motivasi lebih lanjut, untuk klien : klien di minta untuk melakukan kegiatan di waktu luang di rumah sakit sesuai jadwal.

Tujuan khusus yang ke-6 penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan secara lisan Seharusnya penulis mendelegasikan secara tertulis, Tujuan khusus yang ke 6 ini dapat diberikan dan dilaksanakan pendidikan atau penyuluhan Kesehatan pada keluarga mengenai pentingnya berkomunikasi dengan anggota keluarga kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain atau masyarakat.





## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian**

Pada Ny.Y yang menjadi prioritas utama yang harus di tangani adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Gangguan konsep diri: Harga diri rendah rendah adalah klien menganggap dirinya merasa tidak mampu, tidak berharga, selalu merasa gagal dalam melakukan sedgala hal.Data objektifnya klien kontak mata kurng, klien tampak sedih, kurang bersemangat saat di ajak bicara, nada suara rendah.

##### **3. Intervensi**

dalam proses asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan konsep diri:harga diri rendah adalah Membina Hubungan saling Percaya, Klien Dapat mengidentifikasi Aspek Yang Dimiliki Klien, Dapat Menilai Kemampuannya, Klien Dapat merencanakan kegiatan Sesuai Dengan Kemampuan Yang Dimiliki, Klien Dapat Melakukan Kegiatan kemampuannya sesuai Kondisi sakit, Klien Dapat Memanfaatkan Sistem Pendukung Yang ada.

##### **4. Implementasi dan Evaluasi**

Didalam memberikan asuhan keperawatan jiwa dalam membantu klien untuk melakukan tujuan khusus 1 sampai 6 atau melaksanakan intervensi, sehingga klien akan dapat mengoptimalkan pencapaian hasil sesuai kriteria evaluasi yang telah ditetapkan oleh penulis.

## B. Saran

1. Perawat yang bekerja di Rumah Sakit Jiwa hendaknya :
  - a. Senantiasa Bekerja sama dengan baik antara perawat, tim Medis, keluarga, untuk pemulihan suatu proses perawatan klien dengan gangguan jiwa.
  - b. Memberikan pelayanan untuk penyembuhan klien sesuai proses penyesuaian pemulihan klien dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah.
  - c. Mampu memberikan perencanaan asuhan keperawatan yang ada, dan memodifikasi asuhan keperawatan dengan mempertimbangkan kemampuan klien dalam menerima suatu intervensi keperawatan.
  - d. Memberikan evaluasi dan tindak lanjut kepada klien pada akhir setiap interaksi dengan maksud memudahkan klien untuk menginternalisasi hal-hal yang telah diberikan perawat kepadanya dan Mampu melibatkan keluarga dalam proses perawatan klien dengan gangguan jiwa.



## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenitto, L.J. 2001. Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi II (Alih Bahasa) Monica Ester. EGC. Jakarta
- Damaiyanti, Mukhriyah 2009. Komunikasi Terapan. Refika Aditama. Bandung
- Fitria, Nita 2009 Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Tindakan Keperawatan. EGC. Jakarta
- Sunaryo. 2004 Psikologi untuk Keperawatan. EGC. Jakarta
- Suliswati 2005. Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa EGC. Jakarta
- Undo Carmel Copel, 2007. Kesehatan Jiwa dan Psikiatri (alih bahasa) Akemat, EGC. Jakarta
- Wartoh, Tarwoto 2006. Kebutuhan Dasar Manusia, Edisi III. Salemba Medika Jakarta
- Yosep, Iyus, 2009. Keperawatan Jiwa, Edisi II (Edisi Revisi) Refika Aditama. Bandung

