

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. N DENGAN GANGGUAN
ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI DI RUANG III
RSJD AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

NURMA APRILIA
89. 331. 28. 96

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

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ade Irmawati, S. Kep, Ns

NIK : 210909015

Pangkat/Golongan : Penata Muda/IIIA

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing pembuatan Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula, sebagai berikut :

Nama : Nurma Aprilia

NIM : 89.331.28.96

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Nn.N dengan Masalah Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri di Ruang III Citro Anggodo Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohusodo Semarang Tahun 2010.

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti tersebut di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 11 Juni sampai dengan 04 Agustus 2010 bertempat di prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 04 Agustus 2010

Pembimbing



(Ade Irmawati, S. Kep,Ns)

NIK: 210909015

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Jum'at Tanggal 11 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 04 Agustus 2010

Tim Penguji,
Penguji I



(Wahyu Endang Setyowati, SKM)
NIK: 210997004

Penguji II



(Hj. Dwi Heppy Rochmawati, S. Kep, Ns)
NIK: 210998006

Penguji III



(Ade Irmawati, S. Kep, Ns)
NIK: 210909015

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Setiap pemenang penuh dengan bekas-bekas luka, hidup berarti perjuangan yang selalu ada rintangan dan persaingan karena setiap sukses harus selalu diperjuangkan”.(Dr. D. J Schwartz)

“Jangan menganggap semua kritik yang di arahkan kepada kita sebagai sebuah permusuhan. Tapi ambillah faedah yang ada di dalamnya tanpa harus melihat maksud orang yang mengkritik itu, karena saat itu kita lebih membutuhkan perbaikan-perbaikan dari pada pujian”.



*Dengan ilmu hidup lebih mudah
Dengan seni hidup menjadi lebih indah
Dengan agama hidup menjadi terarah
Apa yang aku dengar aku lupa
Apa yang aku lihat aku ingat sedikit
Apa yang aku lakukan insyaallah aku ingat*

Persembahkan *جامعنا سلطان أجود*

Dengan pertautan hati pada illahi kutahtakan pada sebuah monumen kehidupan kepada:

- 1. Ayah Ibu tercinta dan tersayang*
- 2. Bapak Ibu dosen*
- 3. Semua teman-teman yang selalu sukses bersamaku*

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan laporan kasus ujian komprehensif dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI PADA Nn. N DI RUANG GRAHA CITRO ANGGODO RUMAH SAKIT JIWA DAERAH DOKTER AMINO GONDHUTOMO SEMARANG ”.

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan laporan khusus ujian komprehensif dapat teratasi berkat bimbingan dan bantuan berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih, kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M. Sc, M. Eng selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang S, SKM selaku Ketua Program Diploma D3 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Ade Irmawati, S.Kep, Ns selaku pembimbing dalam penyusunan laporan kasus ujian komprehensif ini.
5. Karu dan perawat ruang III Graha Citro Anggodo RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang. Terima kasih atas bimbingannya selama praktek.
6. Bapak dan ibu dosen yang selama ini telah memberikan ilmu pada kami selama kurang lebih tiga tahun.

7. Bapak, Ibu, Om dan Mama tercinta dengan segala kasih sayang dan pengorbanannya yang telah memberikan doa serta dukungan materil serta support mental.
8. Kakakku Dian, Adikku Dio dan Mas Pradika terima kasih selama ini telah memberikan perhatian, dukungan dan doanya pada penulis.
9. Sahabat-sahabatku tersayang Dewi, Susi, Yani terima kasih selama kurang lebih 3 tahun ini telah menjadi Temanku dalam keadaan susah ataupun senang.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan masa depan.

Harapan penulis semoga laporan kasus komprehensif ini bermanfaat bagi para pembaca dalam rangka meningkatkan pelayanan perawatan dimasa mendatang.

Semarang, 04 Agustus 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT KESEDIAAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
HALAMAN MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang masalah	1
B. Tujuan penulisan.....	4
C. Manfaat penulisan.....	5
BAB II KONSEP DASAR	6
A. Pengertian	6
B. Etiologi dan faktor predisposisi.....	7
C. Manifestasi Klinis	9
D. Rentang raspon	10
E. Karakteristik	12
F. Mekanisme koping	13
G. Fokus pengkajian.....	14
H. Pohon masalah.....	20
I. Diagnose Keperawatan.....	20
J. Fokus Intervensi.....	20

BAB III	RESUME KEPERAWATAN	25
	A. Pengkajian.....	25
	B. Analisa Data.....	30
	C. Pohon Masalah.....	31
	D. Diagnosa Keperawatan	31
	E. Intervensi Keperawatan	31
	F. Implementasi dan Evaluasi	35
BAB VI	PEMBAHASAN	39
	A. Pengkajian.....	39
	B. Diagnosa Keperawatan	41
	C. Intervensi Keperawatan	42
	D. Implementasi Keperawatan.....	44
	E. Evaluasi Keperawatan.....	46
BAB V	PENUTUP.....	48
	A. Kesimpulan	48
	B. Saran	49

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Proses keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan jiwa merupakan tantangan yang unik karena masalah kesehatan jiwa mungkin tidak dapat dilihat langsung, seperti pada masalah kesehatan fisik yang memperlihatkan bermacam gejala dan disebabkan berbagai hal. Keperawatan jiwa adalah membantu klien untuk dapat menyelesaikan masalah sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya (Keliat, 2005).

Pelayanan keperawatan jiwa di Indonesia dimulai dengan dibukanya Rumah Sakit Jiwa di Bogor pada tahun 1882 dan sampai sekarang telah berdiri 34 Rumah Sakit Jiwa milik pemerintah di 25 provinsi di Indonesia. Rumah Sakit Jiwa ditetapkan sebagai pusat pengembangan dan pelayanan keperawatan jiwa. Masalah utama yang dihadapi pelayanan keperawatan jiwa adalah kualitas dan kuantitas dari tenaga keperawatan yang ada umumnya dengan latar belakang sekolah perawat kesehatan (SPK), sekolah pengatur rawat B (SPRB), sekolah perawat kesehatan spesialis jiwa (SPKJ) (Suliswati, 2005).

Berdasarkan Undang-Undang No.3 Tahun 1966 tentang kesehatan jiwa, terjadi “modernisasi” karena upaya kesehatan jiwa dilaksanakan secara komprehensif (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif), pelayanan ditujukan pada individu dan masyarakat. Melalui program kesehatan jiwa selama pelita I – V, pelayanan kesehatan jiwa menjadi lebih luas. Rumah Sakit Jiwa menjadi pusat pembinaan sejarah perkembangan keperawatan jiwa di luar negeri kesehatan jiwa masyarakat(Suliswati, 2005).

Kesehatan mental, psikologis dan jiwa yaitu secara primer tentang perasaan sejahtera secara subyektif, suatu penilaian diri tentang perasaan seseorang yang mencakup area seperti konsep diri tentang kemampuan seseorang, kebugaran dan energi, perasaan sejahtera, dan kemampuan pengendalian diri internal, indicator mengenai keadaan sehat mental, psikologis dan jiwa yang minimal adalah tidak merasa tertekan atau depresi(Suliswati, 2005).

Menurut Undang-Undang No.3 Tahun 1966, tentang kesehatan jiwa, kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain. Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat-sifat yang harmonis (serasi) dan memperhatikan semua segi-segi dalam kehidupan manusia dan dalam hubungannya dengan manusia lain. Jadi dapat disimpulkan kesehatan jiwa adalah bagian integral dari kesehatan dan merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, dan sosial individu secara

optimal, dan yang selaras dengan perkembangan dengan orang lain. (Suliswati, 2005).

Gangguan jiwa ialah gejala-gejala patologik dominan berasal dari unsur psikologis. Hal ini tidak berarti bahwa unsur yang lain tidak terganggu. Sekali lagi, yang sakit dan menderita ialah manusia seutuhnya dan bukan badannya, jiwanya atau lingkungannya hal-hal yang dapat mempengaruhi perilaku manusia ialah keturunan dan konstitusi, umur dan jenis kelamin keadaan badaniah, keadaan psikologi, keluarga, adat istiadat, kebudayaan dan kepercayaan, pekerjaan, pernikahan, kehilangan dan kematian orang yang dicintai.(Yosep, 2007)

Biarpun gejala umum atau gejala yang menonjol itu terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin di badan (*somatogenik*) dilingkungan sosial (*sosiogenik*). Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi kebersamaan lalu timbulah gangguan badan ataupun jiwa(Yosep, 2007)

Klien mengalami kesulitan dalam berhubungan secara spontan dengan orang lain yang dimanifestasikan dengan mengisolasi diri, tidak ada perhatian, dan tidak sanggup berbagi pengalaman. Menarik diri merupakan menghindari suatu hubungan komunikasi dengan orang lain karena merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi rasa, pikiran, dan kegagalan(Fitria, 2007).

Berdasarkan analisa di atas maka penulis tertarik untuk mengangkat karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Nn. N dengan Isolasi Sosial : Menarik Diri di Ruang III Citro Anggodo RSJD DR. Amino Gondohutomo Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah:

1. Tujuan umum:

Mendeskripsikan tentang pemberian asuhan keperawatan pada Nn. N dengan masalah Menarik Diri di ruang III (Citro Anggodo) RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendiskripsikan pengkajian pada Nn. N dengan gangguan isolasi sosial menarik diri .
- b. Mendiskripsikan rencana tindakan atau intervensi pada Nn. N dengan gangguan isolasi sosial menarik diri.
- c. Mendiskripsikan implementasi dan evaluasi pada Nn. N dengan gangguan isolasi sosial menarik diri.
- d. Mambahas kesenjangan antara kasus dengan teori pada Nn. N dengan gangguan isolasi sosial menarik diri.

C. Manfaat

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan pengetahuan mengenai pemberian asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa dengan masalah menarik diri, dengan sarana belajar dalam mengembangkan dan pengetahuan di era globalisasi.

2. Bagi Klien dan Keluarga

Supaya klien dan keluarga dapat mengenal lebih dalam tentang gangguan isolasi sosial: menarik diri.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sarana pembelajaran mahasiswa dalam pembuatan laporan kegiatan dan sebagai dokumentasi.

4. Bagi Masyarakat

Dapat memberikan pengetahuan tentang gangguan keperawatan jiwa dengan masalah Menarik Diri.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Pengertian

Perilaku menarik diri adalah suatu usaha untuk menghindari interaksi dengan orang lain. Individu merasa bahwa dia kehilangan hubungan akrab dan tidak menyadari kesempatan untuk berhubungan dengan orang lain yang dimanifestasikan dengan sikap memisahkan diri, tidak ada perhatian dan tidak sanggup membagi pengalaman dengan orang lain. (Keliat, 2006)

Isolasi sosial adalah keadaan individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak. (Carpenito, 2007)

Isolasi sosial adalah suatu sikap dimana individu menghindari diri dari interaksi dengan orang lain. Individu merasa bahwa ia kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk membagi perasaan, pikiran, prestasi atau kegagalan, ia mempunyai kesulitan untuk berhubungan secara spontan dengan orang lain, yang dimanifestasikan dengan sikap memisahkan diri, tidak ada perhatian dan tidak sanggup membagi pengamatan orang lain. (Fitria, 2009)

Dari pengertian diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa menarik diri adalah suatu keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain dengan perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif atas kehidupannya.

B. Etiologi

Faktor-faktor yang dapat menimbulkan respon sosial maladaptif meliputi :

a. Faktor predisposisi

1) Faktor perkembangan

Tiap gangguan dalam pencapaian tugas perkembangan dapat mempengaruhi respon sosial maladaptif. Sistem keluarga yang terganggu dapat berperan dalam perkembangan respon sosial maladaptif.

2) Faktor komunikasi dalam keluarga

Gangguan komunikasi dalam keluarga merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Dalam teori ini yang termasuk masalah dalam berkomunikasi sehingga menimbulkan ketidakjelasan yaitu suatu keadaan dimana seseorang anggota keluarga menerima pesan yang saling bertentangan dalam waktu bersamaan.

3) Faktor sosial budaya

Isolasi sosial atau mengasingkan diri dari lingkungan sosial merupakan suatu faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Hal ini disebabkan oleh norma-norma yang salah dianut oleh keluarga.

4) Faktor biologis.

Faktor biologis juga merupakan salah satu faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Organ tubuh yang dapat mempengaruhi terjadinya gangguan hubungan sosial adalah otak. (Fitria, 2009)

b. Faktor presipitasi

Stressor pada umumnya mencakup peristiwa kehidupan yang menimbulkan stress seperti kehilangan yang mempengaruhi individu untuk berhubungan dengan orang lain.

Stressor pencetus dapat dikelompokan :

1) Stressor sosiokultural

Stress dapat ditimbulkan oleh menurunnya stabilitas unit keluarga dan berpisah dari orang yang berarti, misalnya karena dirawat di rumah sakit

2) Stressor psikologis

Stres terjadi akibat ansietas yang berkepanjangan dan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan individu untuk mengatasinya. Ansietas ini dapat terjadi akibat tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau tidak terpenuhinya kebutuhan individu. (Fitria, 2009)

C. Manifestasi klinik

Menurut Damaiyanti (2008) tanda dan gejala isolasi sosial : menarik diri adalah

1. Ditemukan dengan wawancara.
 - a) Pasien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain.
 - b) Pasien merasa tidak aman berada dengan orang lain.
 - c) Pasien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain.
 - d) Pasien tidak mampu berkomunikasi dan membuat keputusan.
 - e) Pasien merasa tidak berguna.
 - f) Pasien tidak yakin dalam melangsungkan hidup.
2. Ditemukan dengan observasi
 - a) Tidak memiliki teman dekat.
 - b) Menarik diri.
 - c) Tindakan berulang dan tidak bermakna.
 - d) Asyik dengan pikirannya sendiri.
 - e) Tidak ada kontak mata.
 - f) Tampak sedih dan afek tumpul.

D. Rentang Respon Sosial

Manusia adalah makhluk sosial, untuk mencapai kepuasan dalam kehidupan mereka harus melakukan hubungan interpersonal yang positif. Hubungan interpersonal yang sehat terjadi jika individu yang terlibat saling merasakan kedekatan sementara identitas pribadi tetap dipertahankan. Individu juga harus membina hubungan saling tergantung, yang merupakan keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam suatu hubungan.



Gambar 1: Rentang Respon Isolasi Sosial (Stuart, 2006)

Penjelasan gambar diatas adalah sebagai berikut :

Respon Adaptif merupakan respon yang masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan secara umum serta masih dalam batas normal dalam penyelesaian masalah :

1. Menyendiri : Respon yang dibutuhkan seorang untuk merenungkan apa yang telah terjadi dilingkungan sosialnya.
2. Otonomi : Kemampuan untuk menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial.
3. Kebersamaan : Kemampuan individu yang saling membutuhkan satu sama lain.
4. Saling ketergantungan : Saling ketergantungan antara individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.(Yosep, 2007)

Respon Maladaptif merupakan respon yang diberikan individu yang menyimpang dari norma sosial, yang termasuk respon maladaptive adalah :

1. Manipulasi : Orang lain diperlakukan seperti obyek, hubungan terpusat pada masalah pengendalian berorientasi pada orang lain.
2. Narsisme : Harga diri yang rapuh, secara terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian, sikap egosentris, pencemburu, marah jika orang lain tidak mendukung.
3. Implusif : Hidup mampu merencanakan sesuatu tidak mampu belajar dari pengalaman, pemikiran yang buruk, tidak dapat diandalkan.

(Stuart, 2006)

Yang mempengaruhi rentang respon sosial adalah:

1. Menarik diri : Keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain

2. Ketergantungan : Terjadi bila seseorang gagal dalam mengembangkan rasa percaya diri atau kemampuannya untuk berfungsi secara sukses.
3. Kesepian : Individu merasa sendiri tanpa orang lain disekitarnya

(Stuart , 2006)

E. Batasan Karkteristik

Karena isolasi sosial adalah status subjektif, semua pengaruh yang membuat perasaan seseorang menjadi kesepian harus divalidasi karena penyebab bervariasi dan individu menunjukkan kesepiannya dalam cara yang berbeda-beda.

1. Mayor (Harus Terdapat, Satu atau Lebih)
 - a. Mengekspresikan perasaan kesepian, penolakan
 - b. Keinginan untuk kontak lebih banyak dengan orang
 - c. Melaporkan ketidakamanan dalam situasi sosial
 - d. Menggambarkan kurang hubungan yang berarti
2. Minor (Mungkin Terdapat)
 - a. Merasakan waktu berjalan lancar
 - b. Ketidakmampuan untuk berkonsentrasi dan membuat keputusan
 - c. Perasaan tidak berguna
 - d. Perasaan penolakan
 - e. Kurang aktivitas (fisik atau verbal)
 - f. Tampak depresi, cemas atau marah

- g. Kegagalan untuk berinteraksi dengan orang lain di dekatnya
- h. Sedih, afek dangkal
- i. Tidak komunikatif

(Carpenito, 2007)

F. Mekanisme Koping

Mekanisme koping termasuk pertahanan koping jangka pendek atau jangka panjang serta penggunaan mekanisme pertahanan ego untuk melindungi diri sendiri yang menyakitkan.

a. Pertahanan jangka pendek mencakup berikut ini :

1. penggunaan kreativitas untuk mengekspresikan stres interpersonal. (misalnya: kesenian, musik, atau tulisan)
2. Aktifitas yang memberikan identitas pengganti sementara (misalnya: ikut serta dalam klub sosial, agama, politik, kelompok, gerakan, geng)
3. Aktifitas yang sementara menguatkan perasaan yang menyendiri yang tidak menentu (misalnya: olahraga yang komprehensif, prestasi akademi)

b. Pertahanan Jangka Panjang mencakup hal berikut :

Asumsi identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan yang diterima masyarakat. Mekanisme pertahanan ego termasuk penggunaan

fantasi, isolasi, proyeksi, penglihatan, spilliting, idealisasi orang lain, merendahkan orang lain, identifikasi proyektif.(Stuart, 2006)

G. Pengkajian

1. Identiras

Nama, umur, tanggal lahir, status perkawinan dan anak, suku, agama, pekerjaan, pendidikan.

2. Keluhan alasan masuk.

Biasanya suatu pernyataan verbal tentang masalah. Apakah ada perbedaan bermakna dari laporan yang diberikan oleh orang yang menemani pasien.

3. Faktor Predisposisi.

Meliputi: faktor yang mempengaruhi isolasi sosial, faktor yang mempengaruhi performa peran, faktor yang mempengaruhi identitas pribadi. Isolasi sosial sering disebabkan karena adanya koping individu yang tidak efektif adanya kurang umpan balik positif, kurangnya sistem pendukung, kemunduran perkembangan ego, disfungsi sistem keluarga serta terfiksasi pada tahap perkembangan awal individu yang mempunyai koping individu tidak efektif akan menunjukkan ketidakmampuan dalam menyesuaikan diri atau tidak dapat memecahkan masalah terhadap tuntutan hidup serta peran yang di hadapi. Adanya koping individu tidak efektif sering ditunjukkan dengan perilaku sebagai berikut:

Data Subjektif :

- a. Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh oranglain.
- b. Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain.
- c. Respon verbal kurang dan sangat singkat.
- d. Klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan oranglain.
- e. Klien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu.

Data Objektif:

- a. kontak mata kurang.
- b. kurang spontan.
- c. apatis (acuh terhadap lingkungan).
- d. klien banyak diam dan tidak mau bicara.
- e. tidak mengikuti kegiatan.

4. Faktor Presipitasi

Isolasi sosial dapat beresiko terjadinya harga diri rendah : harga diri rendah adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan diri. Harga diri rendah ditunjukkan dengan perilaku anatra lain:

Data subjektif

- a. Mengkritik diri sendiri dan orang lain.
- b. Mengungkapkan kekhawatiran terhadap penolakan oleh orang lain.
- c. Mengungkapkan rasa tidak mampu.
- d. Mengungkapkan rasa bersalah.

Data Objektif

- a. Rasa penting yang berlebihan.
- b. Mudah tersinggung atau marah yang berlebihan.
- c. Perasaan negatif terhadap tubuhnya sendiri.
- d. Pandangan hidup yang pesimis.
- e. Pengurangan diri.

(Yosep, 2007)

5. Pemeriksaan Fisik

Meliputi keadaan klien, tanda vital, BB dan keluhan fisik.

6. Psikososial

a. Genogram

Siapa yang tinggal serumah? Pasien harus menggambarkan mereka dan hubungannya dengan mereka. Dapatkan penjelasan silsilah keluarga pasien perannya dalam keluarga. Apakah termasuk keluarga yang bergerak maju? Tanyakan apakah dalam anggota keluarga pasien ada yang mengalami gangguan jiwa?

b. Konsep Diri

- 1) Gambaran diri adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang, ukuran, bentuk, fungsi dan penampilan dalam potensi tubuh saat ini dan masa lalu yang secara berkesinambungan dimodifikasi dengan pengalaman baru setiap individu.

- 2) Identitas klien adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesa dari aspek konsep diri sendiri sebagai satu kesatuan yang utuh.
- 3) Peran diri adalah sikap dan perilaku nilai serta tujuan yang duharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat.
- 4) Ideal Diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan standart, aspirasi, tujuan atau penilaian personal tertentu. Standart dapat berhubungan dengan tipe orang yang akan diinginkan atau sejumlah aspirasi, cita cita, nilai nilai yang ingin dicapai. Ideal diri akan mewujudkan cita cita dan harapan pribadi berdasarkan norma sosila (keluarga budaya) dan kepada siapa ingin dilakukan.
- 5) Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Frekuensi pencapaian tujuan akan menghasilkan harga diri rendah atau harga diri yang tinggi. Jika individu sring gagal maka cenderung harga diri rendah. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Aspek utama adalah dicintai dan menerima penghargaan dari orang lain biasanya harga diri sangat rentan terganggu pada saat remaja atau usia lanjut.

c. Hubungan Sosial

Hubungan interpersonal seperti apa yang dibuat oleh pasien, Apakah pasien menjadi penyendiri, pengikut, pemimpin, kelompok aktivitas apa yang dimiliki saat ini dan diwaktu lampau, siapakah orang yang terpenting bagi pasien saat ini, di masa lalu, seperti apakah kepribadian pasien sebelum sakit.

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah.

7. Status mental

- a. Penampilan kesan keseluruhan :menarik, tidak menarik. Postur tubuh, pakaian. Sisiran rambut, sehat atau sakit, tampak tua atau tampak muda, marah, bingung, ketakutan, tidak nyaman, apatis, sikap rendah diri, tidak berharga.
- b. Pembicaraan: dengarkan pembicaraan pasien, apakah keras, cepat, lambat, diberi tekanan, diam saja? Apakah pasien mengalami gangguan kosakata yang baik?
- c. Afek dan mood: perhatikan apakah afek yang diamati pada saat wawancara sesuai dengan mood yang sesuai dengan isi pikirnya. Biasanya pada pasien Isolasi Sosial : Menarik Diri diperoleh afek tumpul.

- d. Interaksi saat wawancara: biasanya pada pasien jiwa dengan isolasi sosial diperoleh data bahwa klien kurang kooperatif, kontak mata kurang, tidak mampu memulai pembicaraan.
- e. Proses pikir: periksa adanya kecurigaan yang berlebihan, serta adanya waham yang dialami pasien baik waham kebesaran, rujukan, kejar.
Apakah klien menyadari bahwa ia sakit atau mempunyai pikiran.

8. Kebutuhan persiapan pulang

Kemampuan klien memenuhi kebutuhan, kegiatan kehidupan sehari-hari, nutrisi, berpakaian dan berhias, istirahat dan tidur. Penggunaan obat, pemeriksaan kesehatan, aktifitas dirumah, aktifitas diluar rumah.

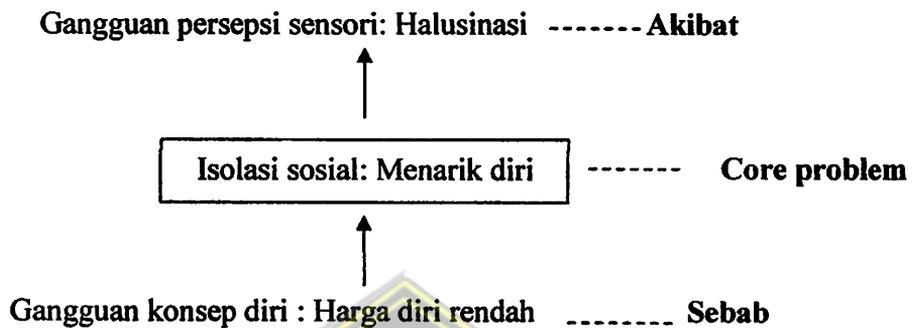
9. Pengetahuan

Seberapa jauh klien dapat mengetahui tentang bagaimana cara menyelesaikan masalahnya, pendidikan tertinggi yang pernah dicapai?

Kesulitan akademik tertentu? Problem perilaku?problem sosial?

10. Aspek medis meliputi obat dan data penunjang

H. Pohon Masalah



Gambar : Pohon Masalah Isolasi Sosial : Menarik Diri (Fitria, 2009)

I. Diagnosa Keperawatan

Dari pohon masalah diatas muncul diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
2. Gangguan Isolasi sosial : Menarik Diri
3. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

(Keliat, 2006)

J. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan ini diambil menurut Rasmun untuk mengatasi masalah keperawatan dengan diagnosa keperawatan Isolasi Sosial : Menarik Diri

1. Tujuan umum

Klien dapat mencegah terjadinya isolasi sosial : menarik diri dalam kehidupan sehari-hari. Klien mampu menjalin hubungan yang maksimal.

Tuk 1 :

Klien dapat membina hubungan saling percaya dalam bersosialisasi dengan perawat dan lingkungan.

a. Kriteria evaluasi :

Eksresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, adanya kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

b. Intervensi

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :
 - a) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - b) Perkenalkan diri dengan sopan
 - c) Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien
 - d) Jelaskan tujuan pertemuan
 - e) Jujur dan menepati janji
 - f) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
 - g) Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien

Tuk 2: Klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki

a. Kriteria evaluasi :

Klien mengidentifikasi kemampuan aspek yang positif yang dimiliki klien, keluarga dan lingkungan.

b. Intervensi :

Diskusikan dengan klien tentang :

- a) Aspek positif yang dimiliki klien, keluarga, lingkungan.
- b) Kemampuan yang dimiliki klien.
- c) Aspek positif yang dimiliki klien, keluarga, dan lingkungan.
- d) Diskusikan kemampuan yang dimiliki klien.
- e) Beri pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negatif.

Tuk 3: Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan.

a. Kriteria evaluasi :

Klien menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan.

b. Intervensi :

- 1) Diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan.
- 2) Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya.

Tuk 4: Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

a. Kriteria evaluasi :

Klien dapat membuat rencana kegiatan harian.

b. Intervensi :

- 1) Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan klien :
 - a) Kegiatan mandiri.
 - b) Kegiatan dengan bantuan
- 2) Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien.
- 3) Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan.

Tuk 5: Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat.

a. Kriteria evaluasi :

Klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat.

Intervensi :

- 1) Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan.
- 2) Pantau kegiatan yang telah dilaksanakan klien.
- 3) Beri pujian atas usaha yang dilakukan klien.
- 4) Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.

Tuk 6: Klien dapat memanfaatkan system pendukung yang ada.

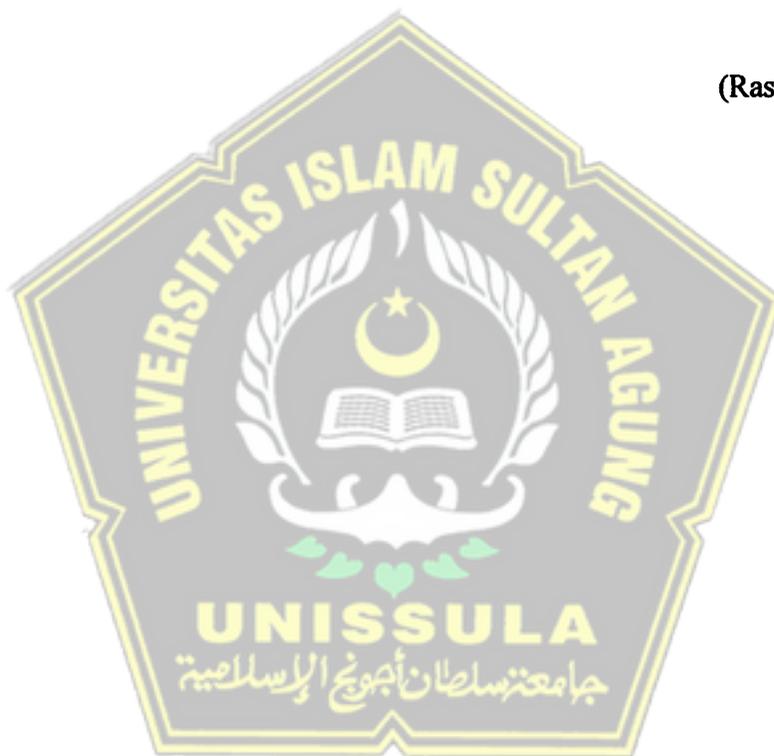
a. Kriteria evaluasi :

Klien dapat memanfaatkan system pendukung.

b. Intervensi :

- 1) Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien Isolasi Sosial : Menarik Diri. Bantu keluarga memberikan dukungan selama klien dirawat.
- 2) Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.

(Rasmun, 2001)



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

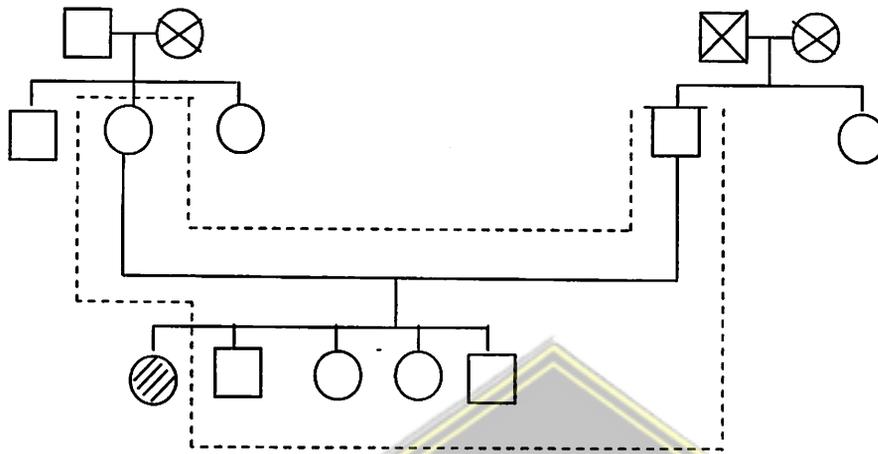
A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan selama 3 (tiga) hari, yang dimulai pada tanggal 02 April sampai 04 April 2010. Penulis mengelola kasus pada Nn. N dengan masalah Menarik Diri di ruang III (Graha Citro Anggodo) Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondhohutomo dan diperoleh gambaran kasus sebagai berikut:

Nama Nn. N umur 30 tahun, Alamat Kendal, Jenis Kelamin Perempuan, Agama Islam, Status Belum Menikah, Pendidikan SMP. Dengan diagnosa medik Skizofrenia tak terinci. Klien masuk Rumah Sakit Jiwa pada tanggal 31 Maret 2010. Klien dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo atas tanggung jawab Ny.M dengan alamat Kendal, hubungan dengan klien adalah ibu kandung.

Alasan masuk: Klien di rumah sering melamun dan berbicara sendiri. Faktor predisposisi: kurang lebih 5 bulan yang lalu gejala klien putus dengan pacarnya padahal sudah ada rencana untuk menikah sejak itu klien suka menyendiri, bicara sendiri. Hubungan keluarga masih baik, hubungan dengan teman-teman atau tetangga kurang pergaulan terutama sesudah putus cinta. Faktor Presipitasi: klien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di RSJ. Keluarga klien tidak ada yang menderita sakit jiwa seperti yang di derita klien saat ini, klien tidak pernah mengalami penganiayaan apapun dan dari siapapun baik orang tua, saudara maupun orang lain.

Genogram



Keterangan :

⊘ : Klien

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

-----: Tinggal dalam 1 rumah

⊗ : meninggal

Klien adalah anak pertama dari 5 bersaudara, klien di rumah tinggal dengan ayah, ibu dan saudara klien. Dalam anggota keluarga klien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa. Konsep diri: Gambaran diri: klien mengatakan anggota tubuh yang disukai adalah mata karena bentuknya bulat dan bagus dan yang tidak disukai adalah dahi karena dahinya lebar. Klien tidak puas dengan anggota tubuhnya. Masalah Keperawatan: Gangguan body image.

Identitas diri: Klien menyadari dirinya sebagai perempuan, pendidikannya hanya sampai SMP. Klien juga menyadari bahwa dirinya

sebagai anak pertama yang bertanggung jawab kepada adik-adiknya. Peran diri : dalam keluarganya klien berperan sebagai seorang anak. Klien mengatakan bahwa sebagai anak pertama klien bertanggung jawab untuk membantu orang tuanya mendidik adik- adiknya.

Ideal diri: Klien mengatakan cita-citanya ingin menjadi ibu rumah tangga yang baik tetapi tidak tercapai karena pacar klien minta putus sehingga rencana pernikahan yang sebelumnya direncanakan gagal. Harga diri: Klien mengatakan dirinya jelek. Klien merasa malu dengan dirinya apalagi setelah diputus pacarnya dan tetangga sering membicarakan dirinya. Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

Hubungan sosial: Orang terdekat dan berarti bagi klien adalah ibunya, klien mempunyai teman disekitar rumahnya, tetapi klien tidak aktif dikegiatan masyarakat. Klien mengatakan lebih sering dirumah menyendiri dari pada keluar main bersama teman. Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri.

Spiritual: Klien beragama Islam dan klien taat menjalankan ibadah sholat 5 waktu, tetapi selama klien dirawat di RSJ klien jarang menjalankan ibadah karena diganggu teman-temannya.

Status mental: Penampilan klien cukup rapi, rambut selalu dikucir, memakai pakaian 2 kali sehari sesuai seragam dari Rumah Sakit. Pembicaraan klien lambat, klien tidak mau memulai pembicaraan, klien hanya senyum saat diajak berbicara, klien sulit menjawab pertanyaan yang diajukan.

Aktifitas Motorik: klien terlihat lesu dan hanya diam, klien mau mengikuti kegiatan jika disuruh, klien mampu makan dan minum sendiri, klien sering diam dan melamun. Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktifitas. Alam perasaan klien terlihat sedih, klien ingin pulang karena ingin bertemu dengan keluarganya dan kangen dengan suasana rumah. Afek klien datar, saat klien diberi cerita lucu klien hanya tersenyum sedangkan klien diberi cerita sedih klien diam tanpa ekspresi. Masalah Keperawatan : Kerusakan interaksi sosial.

Interaksi Selama Wawancara: Selama wawancara klien selalu merunduk, lebih banyak diam, menjawab pertanyaan seperlunya saja, kontak mata klien kurang. Masalah Keperawatan : Kerusakan Interaksi Sosial. Persepsi: klien pernah mengalami halusinasi akustik. Klien mengatakan mendengar suara-suara namun tidak ada wujudnya. Ketika pengkajian pada tanggal 2 April 2010 Klien sudah tidak mengalami halusinasi. Masalah Keperawatan : Resiko perubahan persepsi sensori : halusinasi.

Poses pikir: Klien lebih banyak diam bila ditanya, klien lambat dalam menjawab pertanyaan dan klien lambat dalam berbicara. Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir. Isi pikir: Klien mengatakan mbak, saya ingin pulang. Ingin bertemu dengan keluarga dan kangen dengan rumah.

Tingkat kesadaran klien dapat membedakan waktu dan situasi. Klien tahu yang memakai baju putih adalah perawat yang membantu klien untuk menyembuhkan penyakitnya dan klien menyadari bahwa dirinya berada di RSJ. Memori: Klien dapat mengingat kejadian-kejadian dimasa lalu yang

dialami dirinya. Klien menjawab pertanyaan dari perawat dengan lambat, tingkat konsentrasi klien mudah berubah.

Kebutuhan persiapan pulang: di dapatkan bahwa klien mengatakan makan 3x sehari habis 1 porsi dengan menu yang disajikan di RSJ dan klien mampu mengembalikan tempat makan yang kotor dan membersihkan sendiri alat makanya. Klien mandi 2x sehari secara mandiri, klien BAB 1x sehari dan BAK 5x sehari. Berpakaian dan berhias: Klien mampu mengenakan pakaian sendiri dan sesuai pasanganya, mampu menyisir rambutnya sendiri, selama di RSJ klien tidak memakai bedak atau parfum karena tidak tersedia.

Istirahat dan tidur: klien tidak mengalami gangguan istirahat. Siang hari klien bisa tidur kurang lebih 1-2 jam dan tidur malam selama 7-9 jam. Selama di RSJ klien diberi obat sebanyak 2 kali yaitu setelah makan pagi dan makan malam. Obat yang diberi selalu diminum tidak pernah dibuang. Pemeliharaan kesehatan: selama dirawat klien mampu memelihara kesehatannya dengan makan dan minum setelah itu minum obat dan klien mengatakan jika sudah pulang nanti klien akan rutin kontrol di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Kegiatan di dalam rumah: Jika sudah pulang ke rumah klien akan melakukan aktivitasnya seperti biasa yaitu bekerja dan membantu orang tuanya membersihkan rumah seperti menyapu, mencuci piring dan mencuci baju. Kegiatan di luar rumah: Klien mengatakan jika sudah sampai rumah nanti akan berinteraksi dengan tetangganya.

Mekanisme Koping: klien mengetahui bahwa saat ini dirinya menderita gangguan jiwa dan klien akan melanjutkan pengobatannya yang lebih optimal

supaya klien sembuh. Masalah Psikososial: Klien mengatakan setelah pulang dari RSJ klien akan bergaul dan berinteraksi dengan teman dan tetangganya. Pengetahuan: keluarga klien mengatakan tidak mampu mengatasi penyakit yang diderita klien, sehingga klien dibawa ke RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang untuk mendapatkan perawatan yang optimal.

Pada aspek medik, diagnosa medis Skizofrenia tak terinci. Adapun terapi medik yang diberikan pada Nn. N yaitu Chlorpromazin 1 x 50 mg, Triheksipenidile 1 x 2 mg, Stesolit 2 x 5 mg.

B. Analisa Data

Analisa data ini diambil pada hari Jum'at tanggal 02 April 2010 pukul 10.00 WIB yaitu dengan :

A. Resiko perubahan persepsi sensori : halusinasi

DS : Klien mengatakan pernah mendengar suara-suara namun tidak ada wujudnya, suara itu berganti-ganti seperti suara perempuan terkadang laki-laki.

DO : Klien sering menyendiri, klien sering melamun, klien senyum-senyum sendiri.

B. Isolasi Sosial : Menarik Diri

DS : Klien mengatakan malas untuk berkenalan dan mengobrol dengan pasien lain.

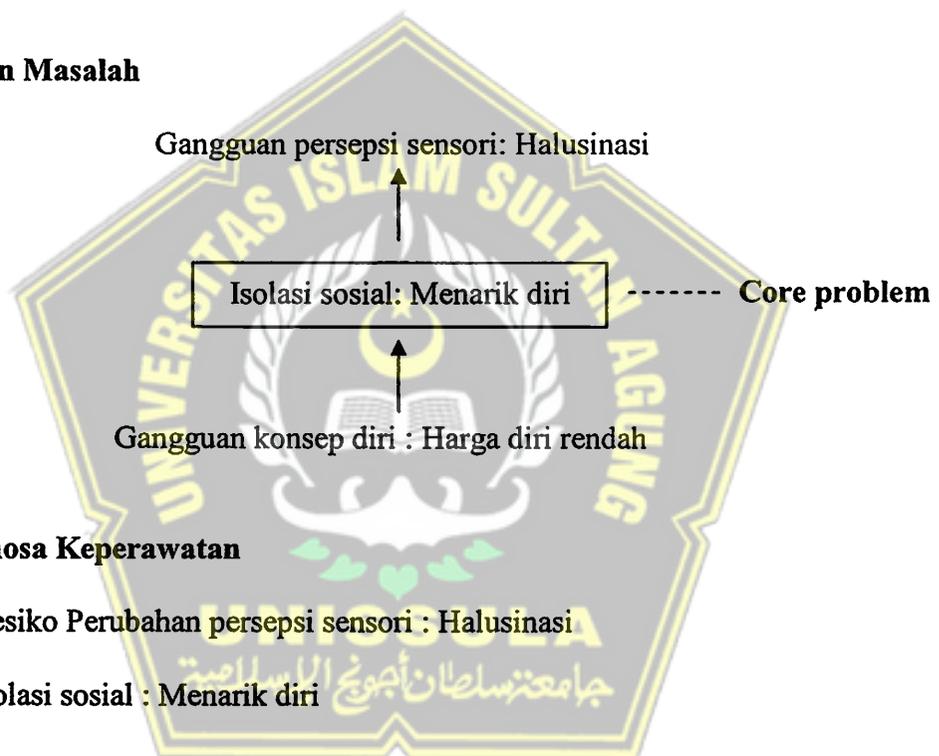
DO : Di ruangan klien suka menyendiri, klien sering diam, kontak mata kurang, klien tidak mau bergaul.

C. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

DS : Klien mengatakan dirinya jelek, pendek sehingga pacarnya meninggalkan klien. Klien merasa malu dengan tetangganya setelah putus cinta.

DO : Klien lebih banyak diam, kontak mata kurang, selama interaksi sering menunduk, mengkritik diri sendiri.

C. Pohon Masalah



D. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
2. Isolasi sosial : Menarik diri
3. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

E. Intervensi Keperawatan

1. Tujuan umum

Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara optimal

2. Tujuan khusus

- a) Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

Kriteria evaluasi :

Klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang dan ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam dan klien mau duduk berdampingan dengan perawat.

Intervensi :

Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal. Perkenalkan diri dengan sopan. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien. Jelaskan tujuan pertemuan. Jujur dan menepati janji. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. Berikan perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

- b) Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri

Kriteria evaluasi :

Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri yang berasal dari diri sendiri dan orang lain atau lingkungan.

Intervensi :

Kaji pengetahuan perilaku menarik diri dan tanda-tandanya. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul. Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri, tanda-tanda serta penyebab yang muncul. Berikan pujian terhadap kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya.

- c) Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain :

Kriteria evaluasi :

klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain, misalnya : banyak teman, tidak sendiri, bisa diskusi. Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, misalnya : sendiri, tidak punya teman, sepi.

Intervensi :

Kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain. Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain. Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain. Beri reinforcement positif terhadap kemampuan mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain.

- d) Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap

Kriteria evaluasi :

Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap :

Klien – perawat, klien – perawat – perawat lain, klien – perawat – perawat lain – klien lain, klien – kelompok kecil (TAK), klien – keluarga.

Intervensi :

Kaji kemampuan klien dalam membina hubungan dengan orang lain. Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain secara bertahap. Beri *reinforcement* positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai. Bantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan dengan orang lain. Motivasi klien untuk mengikuti kegiatan di ruangan. Beri *reinforcement* positif atas kegiatan klien dalam kegiatan ruangan.

- e) Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan orang lain

Kriteria evaluasi :

Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan orang lain

Intervensi :

Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan sosial dengan orang lain. Diskusikan dengan klien tentang perasaannya dan manfaat berhubungan sosial dengan orang lain. Beri *reinforcement* positif atas kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya dan manfaat berhubungan sosial dengan orang lain.

- f) Klien dapat memanfaatkan system pendukung atau keluarga untuk mengembangkan kemampuan klien berhubungan sosial dengan orang lain. Kriteria evaluasi :

Keluarga dapat :

- 1) Menjelaskan perasaannya
- 2) Menjelaskan cara merawat klien menarik diri
- 3) Mendemonstrasikan cara perawatan klien menarik diri
- 4) Berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri

Intervensi :

Bina hubungan saling percaya: ucapkan salam dan perkenalkan diri. Jelaskan tujuan. Buat kontrak. Eksplorasi perasaan klien dan keluarga. Diskusikan dengan anggota keluarga tentang: perilaku menarik diri. Penyebab perilaku menarik diri. Cara keluarga menghadapi klien menarik diri. Akibat yang akan terjadi jika perilaku menarik diri tidak dapat di atasi. Dorong anggota keluarga untuk memberi dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain. Anjurkan anggota keluarga untuk memberi dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain. Beri reinforcement atas hal – hal yang telah dicapai oleh keluarga.

F. Implementasi Dan Evaluasi

Selama tiga hari penulis melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah Nn. N yang dimulai pada tanggal 02 April 2010. Tujuan umum pada masalah ini adalah klien dapat berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak terjadi halusinasi. Implementasi yang dilakukan pada hari jum'at tanggal 02 April 2010 pukul 10.00 WIB, penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu :

TUK I: membina hubungan saling percaya : Mengucapkan salam dan menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, memperkenalkan diri dengan sopan. Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien. Menjelaskan tentang tujuan pertemuan. Memberikan perhatian kepada klien. Evaluasinya adalah, subyektif : Klien menjawab salam dari perawat dengan “selamat pagi”, klien mau memperkenalkan ini diri dengan nama “N”, klien senang dipanggil dengan mbak N. Obyektif: klien mau berjabat tangan, klien mengangguk saat dijelaskan tujuan dari pertemuan. Analisa : klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat. Planning . Melanjutkan tuk 2.

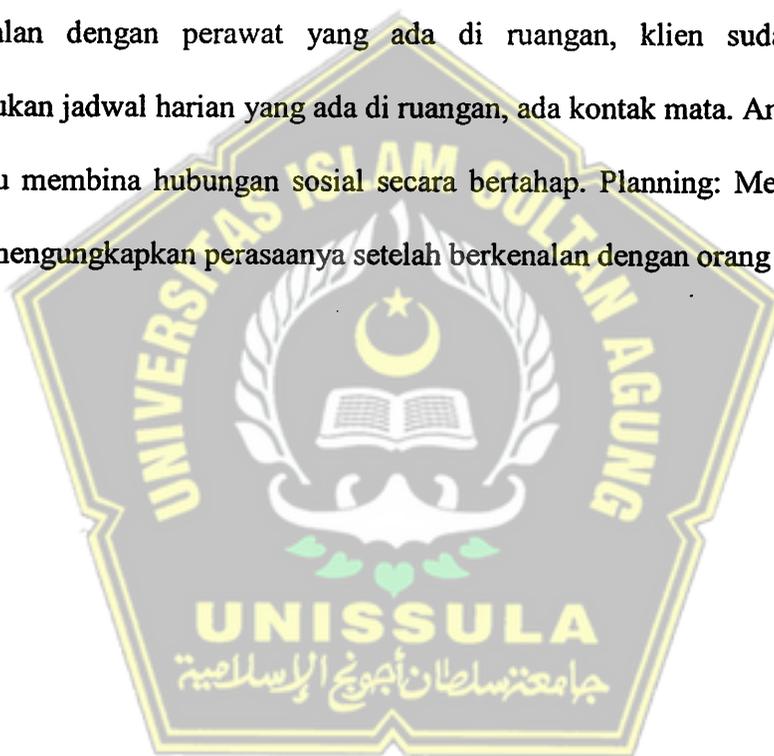
Pada tanggal 02 April 2010 jam 13.00 penulis melakukan pertemuan yaitu: TUK II: klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri: Mengkaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandanya, memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul, mendiskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri, tanda-tanda serta penyebab yang muncul, memberikan pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya. Evaluasinya adalah: subyektif, klien mengatakan tidak mau bergaul dengan orang lain karena malu setelah ditinggal pacarnya yang berencana untuk menikah. Klien mengatakan tanda-tanda menarik diri adalah tidak mau bergaul dengan orang lain dan menghindari interaksi dengan orang lain. Obyektif: Ada kontak mata tapi tidak lama, klien berbicara dengan nada pelan, klien dapat menyebutkan penyebab

menarik diri. Planning: melanjutkan tuk III, Menganjurkan klien untuk mengingat tanda menarik diri.

Pada hari sabtu tanggal 03 April 2010, pada jam 09.00 penulis melakukan pertemuan yaitu: TUK III: klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain. Kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain, memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain, memberi reinforcement positif terhadap kemampuan mengungkapkan perasaan tentang keuntungan bila tidak berhubungan dengan orang lain. Evaluasinya adalah : Subyektif : Klien menanyakan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain: banyak teman, bertambah pengetahuan, bisa saling membantu, klien menanyakan keuntungan bila berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain, ada kontak mata tapi tidak lama. Analisa : klien tahu tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan orang lain. Planning: Mendorong klien untuk mengingat kembali tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain, membimbing klien untuk memasukkan dalam jadwal harian.

04 April 2010 pukul 09.00 wib. Penulis melakukan pertemuan dan melakukan tindakan keperawatan. Sedangkan TUK IV: Klien dapat membina hubungan sosial secara bertahap: Mengkaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain, mendorong dan membantu klien untuk

berhubungan dengan orang lain melalui tahap: K-P, K-P-P lain, K-P-P lain dan K lain, K-keluarga/masyarakat, memberi reinforcement positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien dalam mengisi waktu, memotivasi klien untuk mengikuti kegiatan ruangan. Evaluasi yang dilakukan: Subyektif, klien mau berkenalan dengan perawat dan pasien lain. Obyektif, klien kooperatif, klien mengatakan berkenalan dengan perawat yang ada di ruangan, klien sudah mampu melakukan jadwal harian yang ada di ruangan, ada kontak mata. Analisa: klien mampu membina hubungan sosial secara bertahap. Planning: Menganjurkan klien mengungkapkan perasaannya setelah berkenalan dengan orang lain.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis akan menguraikan permasalahan yang terjadi di dalam kasus, penyelesaian serta perbandingan teori dengan kenyataan yang terjadi pada saat pemberian Asuhan Keperawatan pada Nn. N dengan diagnosa medis Skizofrenia tak terinci di ruang III Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang di lakukan pada tanggal 2 April – 4 April 2010.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 2 April – 4 April 2010. Penulis melakukan kesalahan mendokumentasikan dalam menuliskan faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Yaitu penulis menulis terbalik antara faktor predisposisi dengan faktor presipitasi yang seharusnya:

Faktor predisposisi : klien sebelumnya tidak pernah dirawat di RSJ. Keluarga klien tidak ada yang menderita sakit jiwa seperti yang diderita klien saat ini, klien tidak pernah mengalami penganiayaan apapun dan dari siapapun.

Faktor presipitasi : kurang lebih 5 bulan yang lalu klien putus dengan pacarnya padahal sudah berencana untuk menikah sejak itu klien suka menyendiri. Hubungan dengan keluarga masih baik, hubungan dengan teman-temannya kurang pergaulan terutama sesudah putus dengan pacarnya.

Pada pengkajian pemeriksaan fisik penulis tidak mencantumkan pengkajian fisik (*head to toe*), hal ini karena kurang telitinya penulis dalam mengkaji.

Pada pengkajian status mental yaitu pada persepsi klien, penulis melakukan kesalahan dalam melakukan hasil pendokumentasian dimana yang sebenarnya saat dilakukan pengkajian klien sudah tidak mengalami halusinasi.

Pada pengkajian psikososial penulis tidak mengkaji dukungan keluarga terhadap klien karena tidak ada keluarga yang menjenguk. Hal ini sebetulnya perlu dikaji karena keluarga mempunyai peran yang penting dalam membantu perkembangan konsep diri terutama pada masa kanak-kanak dimana keluarga yang saling menghargai dan mempunyai pandangan yang positif akan menghasilkan perasaan positif dan berarti sehingga mendorong aktualisasi diri klien dan kesadaran akan potensi diri klien (Riyadi, 2009)

Pada pengkajian pengetahuan penulis tidak mengkaji sejauh mana klien mengetahui penyakitnya. Padahal pengetahuan seseorang tentang penyakitnya sangat berpengaruh terhadap kesembuhan, cara merawat dan cara mencegah penyakit. Kemampuan seseorang untuk belajar dari pengalaman hidup juga penting yaitu dalam menerima dan mengolah pengalaman tidak secara kaku, sanggup mengukur kekuatan sendiri (Sundari, 2005)

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian penulis menetapkan tiga diagnosa keperawatan yaitu : Resiko Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi, Isolasi Sosial : Menarik Diri, Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.

Dari tiga diagnosa tersebut penulis akan menguraikan satu diagnosa utama yaitu Isolasi Sosial : Menarik Diri. Diagnosa tersebut menjadi prioritas intervensi karena etiologinya merupakan masalah utama atau core problem.

Isolasi sosial adalah keadaan ketika individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan ketrlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak.(Carpenito, 2006)

Isolasi sosial adalah dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. (Yosep, 2007)

Data subjektif yang didapat penulis pada kasus Nn. N yaitu klien mengatakan malas untuk berkenalan dan mengobrol dengan pasien lain. Sedangkan data objektif yang mendukung adalah klien di ruangan suka menyendiri, klien sering diam, kontak mata kurang, klien tidak mau bergaul.

Berdasarkan data-data tersebut diatas baik data subyektif maupun data obyektif sudah memenuhi batasan karakteristik dari Carpenito dan Yosep. Oleh karena itu penulis dapat menarik diagnosa Isolasi Sosial : Menarik Diri dan data

yang berasal dari kasus penulis ataupun dari teori tidak ada perbedaan yang mencolok.

C. Intervensi Keperawatan

Dalam proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 hari, dilaksanakan intervensi yang telah direncanakan secara sistematis menurut standar prosedur proses keperawatan jiwa pada klien dengan masalah isolasi sosial : menarik diri yang telah ditetapkan.

Intervensi yang penulis lakukan untuk mengatasi masalah diagnosa Isolasi Sosial : Menarik Diri adalah :

TUK I : Klien dapat membina hubungan saling percaya antara klien dan perawat dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. Dengan cara, sapa klien dengan ramah, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien, jelaskan tujuan pertemuan, bersikap empati.

TUK II : klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri yang berasal dari diri sendiri, orang lain, lingkungan. Tindakan : kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandanya, diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tanda serta penyebab yang muncul, berikan pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya.

TUK III : klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain. Tindakan : kaji

pengetahuan klien tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain, beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain, beri enforcement positif terhadap kemampuan klien.

TUK IV: Klien dapat membina hubungan sosial secara bertahap. Tindakan: Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain, bantu klien untuk membina hubungan dengan orang lain, bantu klien untuk membina hubungan dengan orang lain secara bertahap : K – P, K – P – P lain, K – P – P – K lain, K – P kelompok atau masyarakat, motivasi klien untuk mengikuti kegiatan ruangan.

TUK V : Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain. Dengan cara, Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain, diskusikan dengan klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain, beri reinforcement positif atas kemampuan klien mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain.

TUK VI: Klien dapat memberdayakan sistem pendukung yang ada atau keluarga. Dengan cara : bina hubungan saling percaya dengan keluarga antara lain perkenalkan diri, jelaskan tujuan, buat kontrak waktu, tempat tujuan, diskusikan dengan keluarga tentang perilaku dan penyebab menarik diri, anjurkan keluarga secara rutin dan bergantian menjenguk klien minimal satu kali seminggu.

D. Implementasi Keperawatan

Tujuan khusus yang sudah diimplementasikan pada Nn. N dengan isolasi sosial : menarik diri selama 3 hari tanggal 2 April – 4 April 2010 yaitu tujuan khusus yang pertama (TUK I) adalah dapat terbina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat, tujuan khusus kedua (TUK II) adalah klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri, tujuan khusus ketiga (TUK III) adalah klien dapat menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain, tujuan khusus keempat (TUK IV) adalah klien dapat membina hubungan sosial secara bertahap. Tujuan khusus kelima (TUK V) adalah klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain, tujuan khusus ke enam (TUK VI) adalah klien dapat memberdayakan sistem pendukung yang ada.

Penulis mengalami hambatan dalam melakukan implementasi keperawatan pada Nn. N yaitu klien terkadang kurang kooperatif, hanya diam sehingga dalam melakukan implementasi harus berulang-ulang. Penulis hanya dapat menyelesaikan implementasi sampai TUK-IV antara lain :

TUK I dan TUK II dari asuhan keperawatan pada Nn. N dilakukan pada hari Jum'at 2 April 2010 pukul 10.00 WIB yaitu menyapa pasien, memperkenalkan diri dengan pasien, menjelaskan tujuan, menanyakan nama klien dan nama panggilan yang disukai, menanyakan penyebab menarik diri, beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan penyebab menarik diri,

memberi reinforcement positif terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya.

TUK III dilakukan pada hari Sabtu tanggal 3 April 2010 jam 09.00 WIB. Penulis menggunakan komunikasi terapeutik dengan menyapa klien, mengingatkan kontrak dan membuat kontrak dengan mengajarkan klien untuk berkenalan dengan satu orang atau lebih misalnya klien dengan perawat. Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain, memberikan kesempatan kepada klien untuk mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang atau lebih misalnya klien dengan perawat, memberikan reinforcement positif, menanyakan kembali tentang cara yang telah diajarkan, menganjurkan kepada klien untuk memasukkan kegiatan berkenalan dalam jadwal kegiatan harian.

TUK IV dilakukan pada hari Minggu tanggal 4 April 2010 jam 09.00 WIB. Klien dapat membina hubungan sosial secara bertahap, klien mau berkenalan dengan perawat dan pasien lain. Menganjurkan klien untuk memasukkan kegiatan berkenalan dalam jadwal kegiatan harian.

Penulis belum mampu mengimplementasikan TUK V dan TUK VI Implementasi yang belum dilaksanakan yaitu klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain dan menyapa keluarga klien, memperkenalkan diri dengan keluarga klien, menjelaskan tujuan, menanyakan nama keluarga klien mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala menarik diri yang dialami klien beserta

proses terjadinya, menjelaskan cara –cara merawat klien, melatih keluarga mempraktekan cara merawat klien dengan menarik diri, melatih keluarga mempraktekan cara merawat langsung kepada klien menarik diri, membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*). Hal ini dikarenakan selama penulis mengelola klien tidak ada keluarga yang membesuk klien.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi dari tindakan keperawatan pada Nn. N dengan Isolasi Sosial : Menarik Diri adalah

Evaluasi pada TUK I dan TUK II sudah sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan meskipun belum sepenuhnya. Hubungan saling percaya terbina dengan terbukti dari sikap klien yang mau menjawab salam, menyebutkan nama, duduk berdampingan dengan perawat serta berinteraksi dengan perawat sesuai dengan kontrak waktu, klien mampu menceritakan penyebab menarik diri, klien mampu menyebutkan tanda-tanda menarik diri

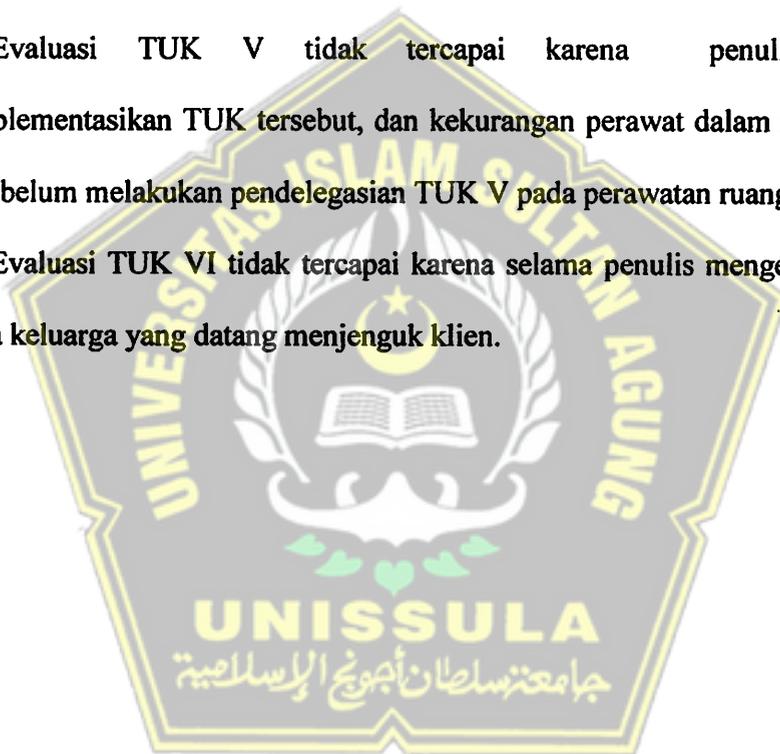
Evaluasi pada TUK III pada pertemuan ini dapat mencapai hasil yang diharapkan meskipun belum maksimal. Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain. Klien mengatakan kalau berhubungan dengan orang lain bisa mempunyai banyak teman, bisa diajak bercanda, bertambah pengetahuan, bisa saling

membantu. Dan klien mengatakan bila tidak mempunyai teman, klien hanya diam, tidak punya banyak teman.

Evaluasi pada TUK IV sudah sesuai intervensi yang diharapkan. Klien dapat membina hubungan sosial secara bertahap. Hal ini dapat dilihat klien mau berkenalan dengan perawat dan pasien lain.

Evaluasi TUK V tidak tercapai karena penulis belum mengimplementasikan TUK tersebut, dan kekurangan perawat dalam melakukan evaluasi belum melakukan pendelegasian TUK V pada perawatan ruangan.

Evaluasi TUK VI tidak tercapai karena selama penulis mengelola klien, tidak ada keluarga yang datang menjenguk klien.



BAB V

PENUTUP

Simpulan dan saran yang didapatkan adalah sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Setelah penulis membahas Bab per Bab dari studi kasus ini, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan sejak tanggal 2 April – 4 April 2010 pada asuhan keperawatan Nn. N ditemukan masalah keperawatan gangguan konsep diri, gangguan interaksi sosial, mekanisme koping individu yang tidak efektif.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Nn.N adalah Isolasi Sosial : Menarik Diri.

3. Intervensi

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan pada Nn. N adalah bina hubungan saling percaya antara Klien dengan perawat dan orang lain, klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri, klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain. Klien mampu membina hubungan sosial secara bertahap, klien mampu mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain, klien mampu mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain.

4. Implementasi

Intervensi keperawatan dari TUK I sampai TUK IV mampu penulis implementasikan namun TUK V dan TUK VI tidak mampu penulis implementasikan karena selama penulis mengelola klien, tidak ada keluarga yang datang menjenguk klien.

5. Evaluasi

Evaluasi yang dapat penulis peroleh pada Nn. N dengan Isolasi Sosial : Menarik Diri adalah terbinanya hubungan saling percaya antara perawat dengan klien, klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri, klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap. Namun klien belum mampu memberdayakan sistem pendukung yang ada karena selama klien dirawat di RSJ, keluarga klien tidak ada yang menjenguk klien.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan pengetahuan mengenai pemberian asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa dengan masalah menarik diri, dengan sarana belajar dalam mengembangkan dan pengetahuan di era globalisasi.

2. Bagi Klien dan Keluarga

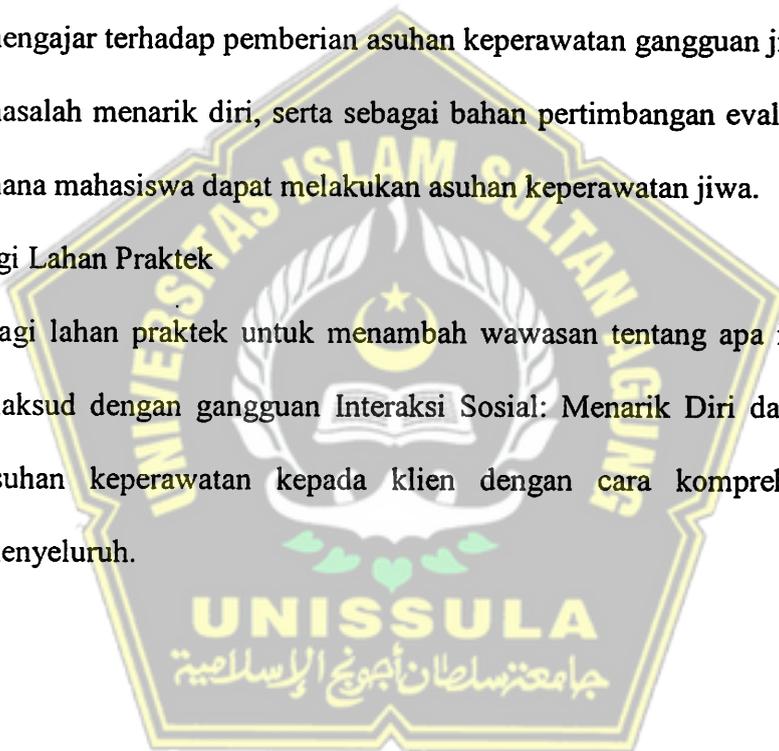
Supaya klien dan keluarga dapat mengenal lebih dalam tentang gangguan Isolasi Sosial: Menarik Diri, serta klien dapat mendapatkan asuhan keperawatan jiwa secara layak.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi tambahan wacana dan bahan masukan dalam proses belajar mengajar terhadap pemberian asuhan keperawatan gangguan jiwa dengan masalah menarik diri, serta sebagai bahan pertimbangan evaluasi sejauh mana mahasiswa dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa.

4. Bagi Lahan Praktek

Bagi lahan praktek untuk menambah wawasan tentang apa itu yang di maksud dengan gangguan Interaksi Sosial: Menarik Diri dan memberi asuhan keperawatan kepada klien dengan cara komprehensif dan menyeluruh.



DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, Lynda Juall, 2006. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : EGC. ⁷
- Damaiyanti, Mukhriyah, 2008. *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung : PT Refika Aditama.
- Fitria, Nita, 2009. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta : Salemba Medika.
- Keliat, Budi Anna, 2006. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Rasmun, 2001. *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga*. Jakarta : Sagung Seto.
- Stuart, Gail W, 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Suliswati, dkk, 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Sundari, Siti, 2005. *Kesehatan Mental Dalam Kehidupan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Yosep, Iyus, 2007. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama.

