

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN  
ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI  
DI RUANG ENDRO TENOYO  
RSJD Dr. AMINO GONDHOHUTOMO  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :  
**Juwakir**

NIM.89.331.3986

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2011**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 23 Mei 2011

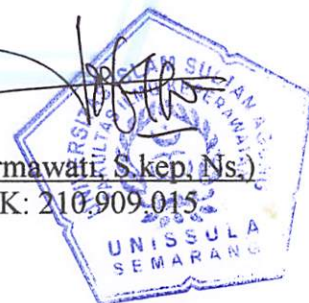


Semarang, 23 Mei 2011

Pembimbing

  
(Ade Irmawati, S.kep, Ns.)

NIK: 210.909.015



## 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 10 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji.

Semarang, 10 Juli 2011

Tim Penguji,  
Penguji I



(Wahyu Endang Setyowati, SKM.)  
NIK: 210. 998. 004

Penguji II



(Hj. Dwi Heppy Rahmawati, S.Kep., Ns.)  
NIK: 210. 998. 006

Penguji I



(Ade Irmawati, S.kep, Ns.)  
NIK: 210.909.015

## HALAMAN MOTTO

- Tak ada kasih sayang yang tulus, selain kasih sayang orang tua.
- Jadilah diri sendiri karena seperti apapun diri kita itulah jati diri kita.
- Dadiyo wong sing bisa rumangsa, aja rumangsa bisa.

(Kutipan Juwakir)



## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI DIRUANG ENDRO TENOYO RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr. AMINO GONDHOHUTOMO SEMARANG”

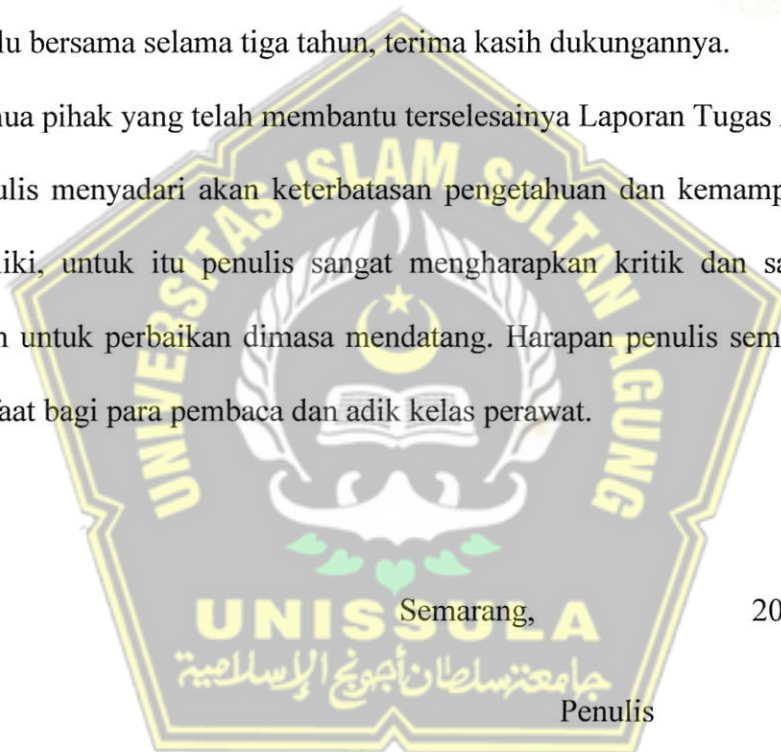
Penyusunan laporan kasus ujian komprehensif ini merupakan salah satu kewajiban yaitu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Atas tersusunnya laporan kasus ujian komprehensif ini, penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Laode M Kamaludin, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung
2. Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
3. Wahyu Endang S, SKM, selaku Kaprodi Diploma III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
4. Ade Irmawati, S.kep, Ns, selaku dosen pembimbing dalam penyusunan Laporan Kasus Ujian Komprehensif.
5. Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis

6. Bapak dan Ibu tercinta yang tiada henti – hentinya mendoakan keberhasilanku dan memberikan dukungan moril serta materi
7. Kakak saya tersayang terima kasih atas do'a dan dukungannya selama ini.
8. Teman saya Arip, Widi, Danang, Ghani, Hasan, Supri dan Zaenal terima kasih dukungannya selama ini.
9. Teman-teman D III Fakultas Ilmu Keperawatan angkatan 2008, yang selalu bersama selama tiga tahun, terima kasih dukungannya.
10. Semua pihak yang telah membantu terselesainya Laporan Tugas Akhir Ini.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan dimasa mendatang. Harapan penulis semoga kasus ini bermanfaat bagi para pembaca dan adik kelas perawat.



Semarang,

2011

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iv
HALAMAN MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL DAN GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II KONSEP DASAR.....	6
A. Pengertian.....	6
B. Etiologi.....	7
C. Rentang Respon Sosial.....	10
D. Batasan Karakteristik.....	12
E. Pengkajian.....	13
F. Pohon Masalah.....	18
G. Diagnosa Keperawatan.....	18

H. Intervensi .....	19
I. Penggunaan Strategi Pelaksanaan Keperawatan .....	24
<b>BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN .....</b>	<b>27</b>
A. Pengkajian.....	27
B. Analisa Data .....	32
C. Daftar Masalah Keperawatan .....	33
D. Pohon Masalah .....	33
E. Diagnosa Keperawatan .....	33
F. Intervensi .....	33
G. Implementasi dan Evaluasi .....	36
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>40</b>
A. Pengkajian .....	40
B. Diagnosa Keperawatan .....	43
C. Intervensi .....	43
D. Implementasi .....	44
E. Evaluasi.....	46
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>47</b>
A. Kesimpulan .....	47
B. Saran .....	48

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL DAN GAMBAR

Gambar 2.1 Tabel Tugas Perkembangan berhubungan dengan Pertumbuhan

Interpersonal ..... 8

Gambar 2.1 Rentang Respon Sosial ..... 10

Gambar 2.2 Pohon Masalah Isolasi Sosial Menarik Diri..... 18

Gambar 3.1 Genogram Klien..... 28

Gambar 3.2 Pohon Masalah Klien ..... 33



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Kesiediaan Membimbing

Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

Lampiran 4 Foto Copy Asuhan Keperawatan pada Tn.A

Lampiran 5 Foto Copy Strategi Pelaksanaan (SP) pada Tn.A



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kehidupan manusia dewasa ini yang semakin sulit dan kompleks serta semakin bertambahnya stressor psikososial akibat budaya masyarakat modern menyebabkan manusia tidak dapat menghindari tekanan-tekanan hidup yang mereka alami. (Prabandari, 1997; Nurjanah, 2004). Kondisi ini membawa dampak terhadap peningkatan kualitas maupun kuantitas penyakit mental-emosional manusia (Hidayati, 2000; Nurjanah, 2004) dan dapat menyebabkan timbulnya gangguan jiwa dalam tingkat ringan ataupun berat yang memerlukan penanganan di rumah sakit, baik di rumah sakit jiwa atau di unit perawatan jiwa di rumah sakit umum (Nurjanah, 2004).

Berdasarkan data statistik, angka penderita gangguan jiwa memang mengkhawatirkan. Secara global, dari sekitar 450 juta orang yang mengalami gangguan mental sekitar 1 juta orang diantaranya meninggal karena bunuh diri setiap tahunnya. Angka ini cukup kecil jika dibandingkan dengan upaya bunuh diri dari para penderita kejiwaan yang mencapai 200 juta jiwa tiap tahunnya (Yosep, 2009). Diperkirakan bahwa 2-3 % dari jumlah penduduk Indonesia

menderita gangguan jiwa berat. Bila separuh dari mereka memerlukan perawatan di rumah sakit dan jika penduduk Indonesia berjumlah 120 juta orang, maka ini berarti bahwa 120 ribu orang dengan gangguan jiwa berat memerlukan perawatan di rumah sakit. Padahal yang tersedia hanya kira-kira 10.000 tempat tidur (Yosep, 2009).

Respon individu terhadap stressor bervariasi sesuai dengan kondisi masing-masing. Salah satu respons perilaku yang muncul adalah isolasi sosial yang merupakan salah satu gejala negatif pasien psikotik (Keliat, 2009).

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa di tolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Damaiyanti, 2008).

Isolasi sosial merupakan upaya menghindari komunikasi dengan orang lain karena kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi rasa pikiran dan kegagalan. Klien mengalami kesulitan dalam berhubungan secara spontan dengan orang lain yang dimanifestasikan dengan mengisolasi diri, tidak ada perhatian dan tidak sanggup berbagi pengalaman (Yosep, 2009).

Kegagalan dapat mengakibatkan individu tidak percaya pada diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap orang lain,

tidak mampu merumuskan keinginan dan merasa tertekan. Keadaan ini dapat menimbulkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, lebih menyukai berdiam diri, menghindar dari orang lain dan kegiatan sehari-hari terabaikan (Kusumawati, 2010).

Perilaku ini biasanya disebabkan karena seseorang menilai dirinya rendah, sehingga timbul perasaan malu untuk berinteraksi dengan orang lain. Bila tidak dilakukan intervensi lebih lanjut, maka akan menyebabkan perubahan persepsi sensori halusinasi dan resiko tinggi mencederai diri, orang lain bahkan lingkungan (Fitria, 2009).

Perawat jiwa sebagai pemberi asuhan keperawatan jiwa kepada klien merupakan bagian total pelayanan di rumah sakit. Mereka juga dituntut untuk mampu memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan dapat mempertanggungjawabkan asuhan yang diberikan secara ilmiah (Yosep, 2009).

Hubungan saling percaya antara perawat dan klien merupakan dasar utama untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa. Hal ini penting karena peran perawat dalam asuhan keperawatan jiwa adalah membantu klien untuk dapat menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya. Klien mungkin menghindar atau menolak berperan serta dan perawat mungkin cenderung membiarkan, khususnya klien yang tidak menimbulkan keributan dan tidak membahayakan (Keliat, 2005).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik mengangkat karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. A dengan Isolasi Sosial : Menarik Diri di Ruang Endro Tenoyo Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondhohutomo Semarang".

## B. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan umum

Menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A dengan Isolasi Sosial : Menarik Diri di Ruang Endro Tenoyo, RSJ dr. Amino Gondhohutomo Semarang.

### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan KTI ini adalah untuk mendiskripsikan :

- a. Hasil pengkajian data pada Tn.A dengan Isolasi sosial : menarik diri.
- b. Diagnosa keperawatan pada Tn.A dengan Isolasi sosial : menarik diri.
- c. Intervensi pada Tn.A dengan Isolasi sosial : menarik diri.
- d. Implementasi pada Tn.A dengan Isolasi sosial : menarik diri.
- e. Evaluasi pada Tn.A dengan Isolasi sosial : menarik diri.
- f. Membahas kesenjangan antara tinjauan teori dengan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. A dengan isolasi sosial.

### C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat dari penulisan ini adalah sebagai berikut :

1. Institusi pendidikan keperawatan

Sebagai sumber informasi dan bahan bacaan pada perpustakaan institusi dalam meningkatkan mutu pendidikan pada masa yang akan datang di bidang keperawatan.

2. Institusi pelayanan kesehatan.

Sebagai masukan bagi perawat pelaksana di Unit Pelayanan Keperawatan Jiwa dalam rangka mengambil kebijakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada klien yang mengalami Isolasi sosial : Menarik Diri.

3. Penulis.

Sebagai tambahan pengalaman dan pengetahuan bagi penulis dalam penerapan ilmu yang telah didapatkan selama pendidikan.

4. Bagi pembaca

Dapat memberikan asuhan keperawatan jiwa yang bermutu dan berkualitas serta dapat dipertanggung jawabkan.

## **BAB I I**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Pengertian**

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Yosep 2009).

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 pengalaman pada orang lain (Balitbang, 2007; Fitria, 2009).

Menarik diri adalah perilaku yang menunjukkan pengasingan diri dari lingkungan dan orang lain, jadi secara fisik dan psikologis individu sadar pergi meninggalkan lingkungan yang menjadi sumber stressor (Rasmun, 2004).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa Isolasi Sosial adalah suatu keadaan di mana seorang individu mengalami perubahan perilaku baik secara fisik dan psikologis terhadap interaksi sosial atau lingkungan



dengan menghindar dari orang lain. Individu tersebut merasa terasing kurang percaya diri, merasa tidak diterima dan sulit untuk berinteraksi di masyarakat.

## **B. Etiologi**

Penyebab dari menarik diri adalah harga diri rendah yaitu perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan, yang ditandai dengan adanya perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, percaya diri kurang, dan juga dapat menciderai diri (Carpenito, 2006).

### **1. Faktor Predisposisi**

Menurut Ftiria (2009) faktor predisposisi dari Isolasi Sosial meliputi :

#### **a. Faktor Tumbuh Kembang**

Pada setiap tahapan tumbuh kembang individu ada tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tidak terjadi gangguan dalam hubungan sosial. Bila tugas-tugas dalam perkembangan ini tidak terpenuhi maka akan menghambat fase perkembangan sosial yang nantinya akan menimbulkan masalah.

**Tabel 2.1.** Tugas Perkembangan berhubungan dengan Pertumbuhan Interpersonal (Stuart, 1995; Fitria,2009)

Tahap Perkembangan	Tugas
Masa Bayi	Menetapkan rasa percaya
Masa Bermain	Mengembangkan otonomi dan awal perilaku mandiri
Masa Prasekolah	Belajar menunjukkan inisiatif, rasa tanggung jawab dan hati nurani
Masa Sekolah	Belajar berkompetisi, bekerja sama dan berkompromi
Masa Praremaja	Menjalin hubungan intim dengan teman sesama jenis kelamin
Masa Remaja	Menjadi intim dengan teman lawan jenis atau bergantung pada orang tua
Masa Dewasa Muda	Menjadi saling bergantung antara orang tua dan teman, mencari pasangan, menikah dan mempunyai anak
Masa Tengah Baya	Belajar menerima hasil kehidupan yang sudah dilalui
Masa Dewasa Tua	Berduka karena kehilangan dan mengembangkan perasaan keterikatan dengan budaya

b. Faktor Komunikasi dalam keluarga

Gangguan komunikasi dalam keluarga merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Teori ini yang termasuk masalah dalam berkomunikasi sehingga menimbulkan ketidakjelasan (*double bind*) yaitu suatu keadaan dimana seseorang anggota keluarga menerima pesan yang saling bertentangan dalam waktu bersamaan atau ekspresi emosi yang tinggi dalam keluarga yang menghambat untuk berhubungan dengan lingkungan di luar keluarga.

c. 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, dimana setiap anggota keluarga yang tidak produktif seperti usia lanjut, berpenyakit kronis, dan penyandang cacat diasingkan dari lingkungan sosialnya.

d. 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, misalnya pada klien skizofrenia yang mengalami masalah dalam hubungan sosial memiliki struktur yang abnormal pada otak seperti atrofi otak, serta perubahan ukuran dan bentuk sel sel dalam limbik dan daerah kortikal.

2. Faktor Presipitasi

Menurut Fitria (2009) terjadinya gangguan hubungan sosial juga dapat ditimbulkan oleh faktor internal dan eksternal seseorang. Faktor stresor presipitasi dapat dikelompokkan sebagai berikut :

a. Faktor eksternal

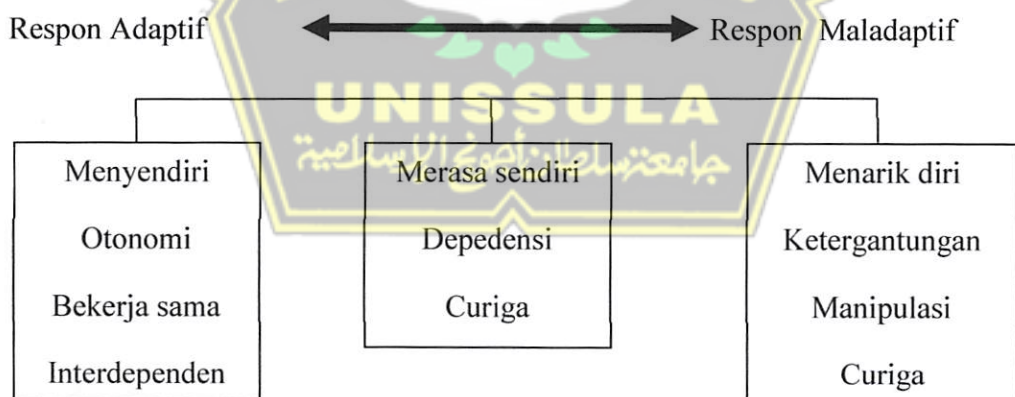
Contohnya adalah stresor sosial budaya yaitu stres yang ditimbulkan oleh faktor sosial budaya seperti keluarga.

b. Faktor internal

Contohnya adalah stersor psikologis, yaitu stres yang terjadi akibat ansietas yang berkepanjangan dan terjadi bersamaan dan keterbatasan kemampuan individu untuk mengatasinya. Ansietas ini dapat terjadi akibat tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau tidak terpenuhinya kebutuhan individu.

**C. Rentang Respon Sosial**

Manusia adalah makhluk sosial. Mereka harus membina hubungan interpersonal yang positif untuk mencapai kepuasan dalam kehidupan. Hubungan interpersonal yang sehat terjadi jika individu yang terlibat saling merasakan kedekatan sementara identitas pribadi tetap dipertahankan (Stuart, 2006).



**Gambar 1.** Rentang respons Isolasi Sosial (Townsend, 1998; Fitria, 2009)

Berikut ini akan dijelaskan tentang respons yang terjadi pada isolasi sosial.

### 1. Respons Adaptif

Menurut Fitria (2009) Respons adaptif adalah respons yang masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan secara umum yang berlaku. Dengan kata lain individu masih dalam batas normal ketika menyelesaikan masalah. Berikut ini adalah sikap yang termasuk respons adaptif.

- a. Menyendiri : respon yang dibutuhkan seorang untuk merenungkan apa yang telah terjadi di lingkungan sosialnya.
- b. Otonomi : kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial.
- c. Bekerja sama : kemampuan individu yang saling membutuhkan satu sama lain.
- d. Interdependen : saling ketergantungan antara individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.

### 2. Respons Maladaptif

Menurut Fitria (2009) Respons maladaptif adalah respons yang menyimpang dari norma sosial dan kehidupan di suatu tempat. Berikut ini adalah perilaku yang termasuk respons maladaptif.

- a. Menarik diri : seseorang yang mengalami kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.
- b. Ketergantungan : seseorang gagal mengembangkan rasa percaya diri sehingga tergantung dengan orang lain.

- c. Manipulasi : seseorang yang mengganggu orang lain sebagai objek individu sehingga tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam.
- d. Curiga : seseorang gagal mengembangkan rasa percaya terhadap orang lain.

#### **D. Batasan Karakteristik**

Menurut Carpenito (2006) batasan karakteristik isolasi sosial : menarik diri adalah

1. Mayor ( Harus Terdapat, Satu atau Lebih)
  - a. Mengekspresikan perasaan kesepian, penolakan.
  - b. Keinginan untuk kontak lebih banyak dengan orang.
  - c. Melaporkan ketidaknyamanan dalam situasi sosial.
  - d. Menggambarkan kurang hubungan yang berarti.
2. Minor (Mungkin Terdapat)
  - a. Merasakan waktu berjalan lencer.
  - 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.

## **E. Pengkajian**

Menurut Kusumawati (2010) pengkajian pada kasus Isolasi Sosial meliputi:

### **1. Identitas**

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

### **2. Keluhan alasan masuk.**

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

### **3. Faktor Predisposisi.**

Kaji 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 system 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 Subektif :

- a. Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain.
- b. Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain.

- c. Respon verbal kurang dan sangat singkat.
- d. Klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain.
- 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

Terjadinya gangguan hubungan sosial juga dapat ditimbulkan oleh faktor internal dan eksternal seseorang. Faktor stresor presipitasi dapat dikelompokkan sebagai berikut:

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.

## 5. Pemeriksaan Fisik

Kaji keadaan umum klien, tanda vital, BB dan keluhan fisik.

## 6. Psikososial

### a. Genogram

Kaji 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

Kaji 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**

Kaji 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. Pada pasien Isolasi Sosial : Menarik Diri diperoleh afek tumpul.
- d. **Interaksi saat wawancara**: 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

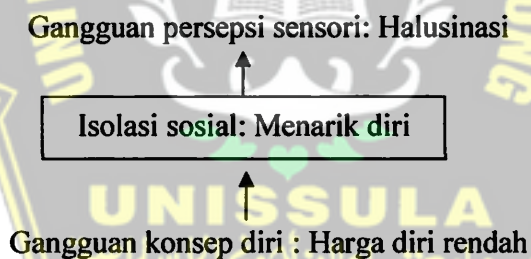
Kemampuan klien memenuhi kebutuhan, kegiatan kehidupan sehari-hari, nutrisi, berpakaian dan berhias, istirahat dan tidur. Penggunaan obat, pemeriksaan kesehatan, aktifitas dirumah, aktifitas diluar rumah.

### 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

## F. Pohon Masalah



**Gambar 2.** Pohon Masalah Isolasi Sosial : Menarik Diri (Fitria, 2009)

## G. Diagnosa Keperawatan

Menurut Fitria (2009) diagnosa dalam isolasi sosial adalah:

Isolasi sosial : Menarik Diri

## H. Intervensi

Menurut Keliat (2005) rencana tindakan keperawatan jiwa dengan Isolasi Sosial diantaranya adalah sebagai berikut :

Tujuan umum

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

Tujuan khusus

1. Dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria evaluasi :

Ekspresi 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.

Intervensi Keperawatan :

Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik.

- a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
- b. Perkenalkan diri dengan sopan
- c. Tanyakan nama lengkap klien 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. Ciptakan lingkungan yang tenang dan bersahabat.

- h. Beri perhatian dan penghargaan : temani klien walau tidak menjawab.
- i. Dengarkan dengan empati beri kesempatan bicara, jangan buru – buru, tunjukkan bahwa perawat mengikuti pembicaraan klien.

Rasionalisasi :

Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

2. Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri.

Kriteria evaluasi :

Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri.

Intervensi keperawatan :

- a. Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tandanya.
- b. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri dan tidak mau bergaul.
- c. Diskusikan pada klien tentang perilaku menarik diri, tanda serta penyebab yang muncul.
- d. Berikan reinforcement positif terhadap kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya.

Rasionalisasi :

Diketuainya penyebab akan dapat dihubungkan dengan faktor presipitasi yang dialami klien.

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

Kriteria Evaluasi :

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

Intervensi Keperawatan :

- a. Kaji pengetahuan klien tentang manfaat keuntungan berhubungan dengan orang lain serta kerugiannya bila tidak berhubungan dengan orang lain.
- b. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya tentang berhubungan dengan orang lain
- c. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain.
- d. Diskusikan bersama klien tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
- e. Beri reinforcement positif terhadap kemampuan mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain.

Rasionalisasi :

Mengidentifikasi sejauh mana keuntungan yang klien rasakan bila berhubungan dengan orang lain dan kerugian yang klien rasakan bila tidak berhubungan dengan orang lain.

4. Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.

Kriteria evaluasi ;

Klien dapat mendemonstrasikan hubungan sosial secara bertahap k-p, k-p-p lain, k-p-p lain-k lain, k-p-kel/kelompok masyarakat.

Intervensi Keperawatan :

- a. Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain.
- b. Dorong dan Bantu klien berhubungan dengan orang lain melalui tahap k-p, k-p-p lain, k-p-p lain-k lain, k-p-kel/kelompok masyarakat.
- c. Beri reinforcement positif atas keberhasilan yang telah dicapai.
- d. Bantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan dengan orang lain.
- e. Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu luang.
- f. Memotivasi klien untuk mengikuti kegiatan ruangan.
- g. Beri reinforcement atas kegiatan klien dalam ruangan.

Rasionalisasi :

Klien harus dicoba berinteraksi secara bertahap agar terbiasa membina hubungan yang sehat dengan orang lain serta mengevaluasi manfaat yang dirasakan klien sehingga timbul motivasi untuk berinteraksi.



5. Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain.

Kriteria evaluasi :

Klien dapat mengungkapkan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain untuk diri sendiri dan orang lain.

Intervensi Keperawatan :

- a. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan dengan orang lain.
- b. Diskusikan dengan klien tentang perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain.
- c. Beri reinforcement atas kemampuan klien mengungkapkan perasaannya berhubungan dengan orang lain.

Rasionalisasi :

Ungkapan perasaan klien bila berhubungan dengan orang lain akan sangat membantu klien memahami manfaat berhubungan dengan orang lain.

6. Klien dapat memberdayakan system pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.

Kriteria evaluasi :

Keluarga dapat Menjelaskan perasaannya, Menjelaskan cara merawat klien menarik diri, mendemontrasikan cara perawatan klien menarik diri, berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri.

Intervensi Keperawatan :

- a. Bina hubungan saling percaya dengan keluarga : salam, perkenalkan diri, sampaikan tujuan, buat kontrak eksplorasi perasaan keluarga.
- b. Diskusikan dengan anggota keluarga tentang : Perilaku menarik diri, penyebab perilaku menarik diri, akibat yang akan terjadi jika perilaku menarik diri tidak ditanggapi, cara keluarga menghadapi klien menarik diri.
- c. Dorong anggota keluarga secara rutin dan bergantian menjenguk klien minimal satu kali seminggu.
- d. Anjurkan anggota keluarga untuk memberi dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain.
- e. Beri reinforcement atas hal – hal yang telah dicapai keluarga.

Rasionalisasi :

Keluarga dapat membantu dan mendukung klien untuk berhubungan dengan orang lain melalui keterlibatan keluarga dalam merawat klien.

#### **I. Penggunaan Strategi Pelaksanaan Keperawatan**

Menurut Keliat, (2009) intervensi keperawaaan pada pasien dengan perilaku kekerasan di implementasikan menggunakan metode strategi pelaksanaan yang meliputi tindakan pada pasien dan keluarga.

a. Tindakan pada Pasien

**SP I P :**

Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien, berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain, berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang, menganjurkan pasien memasukan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian.

**SP II P :**

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, memberikan kesempatan pada klien mempraktekan cara berkenalan dengan satu orang, membantu klien memasukan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian. Pada implementasi SPIIP klien tidak mengisi jadwal yang di buat bersama.

**SP III P :**

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, memberikan kesempatan kepada klien untuk berkenalan dengan 2 orang/lebih. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

**b. Tindakan pada keluarga**

**SP I K:**

Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.

Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami pasien beserta proses terjadinya. Menjelaskan cara-cara merawat pasien isolasi sosia.

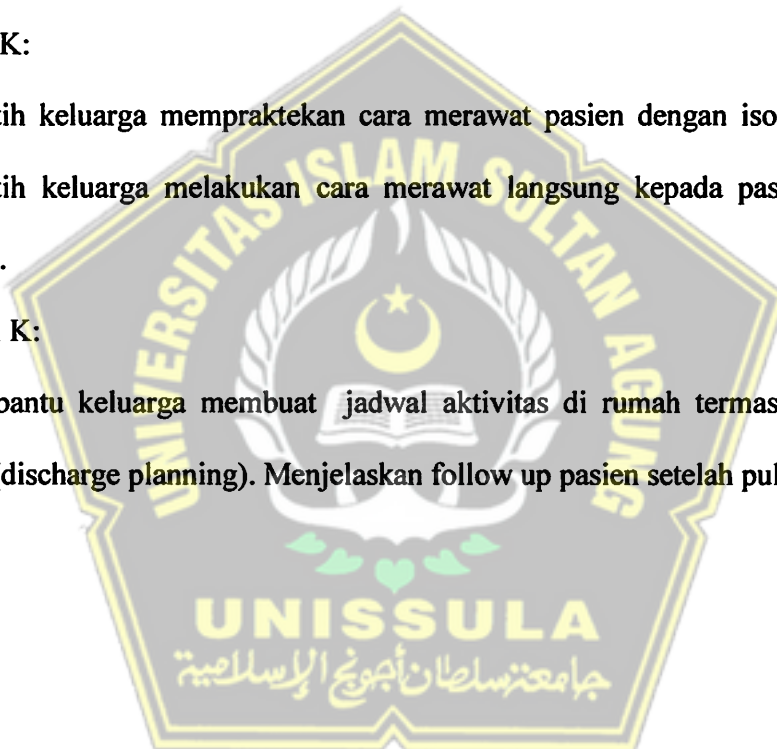
**SP II K:**

Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan isolasi sosial.

Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien isolasi sosial.

**SP III K:**

Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning). Menjelaskan follow up pasien setelah pulang.



## **BAB III**

### **HASIL ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. Pengkajian**

Hasil pengkajian tanggal 22 Maret 2011, pada pukul 08.00 wib pada Tn.A dengan isolasi sosial : menarik diri di ruang V (Endro Tenoyo) RSJD. Dr. Amino Gondhohutomo Semarang secara alloanamnesa dan autoanamnesa dengan hasil data sebagai berikut :

Nama Tn. A, 30 tahun, berjenis kelamin laki laki, alamat Semarang, beragama Islam. Klien dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondho Hutomo dengan diagnosa Skizofrenia katatonik pada tanggal 8 Maret 2011 dengan nomor RM 028871. Penanggung jawab bernama Tn. Y, umur 55 tahun, jenis kelamin laki-laki, dan hubungan dengan klien sebagai ayah.

Kurang lebih selama 1 minggu sebelum masuk RSJ klien bingung, tidak mau keluar rumah, tidak bergaul dengan orang lain, hanya diam di kamar, tidak bisa tidur dan malas bekerja sehingga keluarga memutuskan untuk membawa ke RSJD Amino Gondhohutomo Semarang.

Hasil pengkajian faktor predisposisi adalah sebelumnya klien tidak pernah dirawat di RSJD Amino Gondhohutomo. Klien baru sekali ini mengalami gangguan jiwa dan dirawat di RSJD Amino Gondhohutomo. Klien tidak pernah mengalami penganiayaan. Dalam keluarga klien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.



kakak dan adiknya. Klien diasuh oleh kedua orang tuanya dengan penuh kasih sayang. Dalam keluarga klien jarang berkomunikasi dengan anggota keluarga yang lain karena merasa malas dan senang menyendiri. Pengambilan keputusan dalam keluarga diambil oleh kakaknya, hal ini dikarenakan orang tua klien sudah tidak mampu mengambil keputusan dengan cepat.

Konsep diri : Citra diri : klien menyukai semua anggota tubuhnya.  
Identitas diri : klien mengetahui bahwa dirinya seorang laki-laki. Peran diri : klien masih mau membantu aktivitas dirumah seperti: nyapu. Ideal diri : klien ingin cepat sembuh, dan ingin cepat pulang. Harga diri : klien mengatakan malu, minder, tak berguna karena tidak bisa bekerja dengan baik, klien tampak sering menunduk dan kurang percaya diri.

Hubungan sosial, klien mengatakan orang yang paling dekat dengan klien adalah ibu klien. Klien mengatakan malas mengikuti kegiatan-kegiatan dilingkungan rumah sakit. Klien juga tampak menyendiri, waktu luang dipergunakan untuk tidur, duduk melamun. Spiritual : klien beragama islam. Klien mengerjakan ibadah sholat 5 waktu dengan perintah perawat.

Status mental : Penampilan: klien berpenampilan cukup rapi, menggunakan baju yang disediakan di rumah sakit. Klien mengatakan selalu ganti baju dua hari sekali. Pembicaraan : dalam berbicara klien lambat ketika diwawancarai, klien tidak mampu memulai pembicaraan dan bicara seperlunya. Aktifitas motorik : klien tampak bingung dan lesu, klien cenderung pasif tidak berinisiatif untuk berkenalan dengan orang lain. Alam Perasaan : klien tampak sedih karena keluarga belum menjemput, tampak

sering diam menyendiri. Afek klien tumpul, ekspresi kurang, klien mau bicara jika ditanya. Interaksi dalam wawancara : klien kurang kooperatif, kontak mata kurang, sedikit berbicara.

Persepsi : klien pernah mengalami gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran. Klien mengatakan pernah mendengar suara – suara yang tak ada wujudnya, seperti seorang lelaki yang mengkritiknya, yaitu : “kamu tidak bisa apa-apa”. Tapi saat dilakukan pengkajian persepsi klien tidak ada halusinasi. Proses pikir : saat dikaji klien kurang kooperatif, klien sulit untuk di ajak bicara, klien menjawab pertanyaan sangat singkat dan bicara seperlunya. Isi pikir : klien tidak mengalami waham apapun.

Tingkat kesedaran : klien dapat membedakan ruang, waktu dan tempat. Klien menyadari kalau klien sekarang berada dirumah sakit. Memori : daya ingat klien tidak mengalami gangguan baik jangka panjang atau jangka pendek. Konsentrasi dan berhitung : daya konsentrasi klien baik, klien dapat menghitung mundur kelipatan 3 kebawah dan menghitung perkalian dengan baik dan benar, seperti :  $20 \times 5 = 100$ . Kemampuan penilaian klien baik, klien memilih mandi dulu kemudian baru makan. Daya tilik, klien menyadari kalau klien mengalami gangguan jiwa dan sekarang dirawat di RSJ.

Kebutuhan persiapan pulang : klien makan sehari 3 kali dengan menu yang disediakan di RSJ. Klien dapat makan sendiri tanpa bantuan orang lain. Klien mampu melakukan BAB dan BAK sendiri. Klien juga mampu membersihkan diri setelah BAB atau BAK. Klien bisa mandi sendiri sehari 2X, tetapi jarang gosok gigi. Klien mengatakan ganti pakaian 2x sehari



sehabis mandi, dan melakukannya dengan mandiri. Klien dalam sehari tidur 5-6 jam, siang hari klien bisa tidur walaupun tidak sering. Persiapan klien sebelum tidur tidak ada biasanya ngantuk langsung ke tempat tidur, melamun sebentar dan kemudian tidur. Sedangkan aktivitas setelah bangun tidur adalah klien pergi ke kamar mandi untuk mencuci muka.

Klien selama di RSJ diberi therapy trifluoperazine 2x5mg dan triexyphenidyl 2x2mg. Klien rutin minum obat secara mandiri dan tanpa bantuan orang lain. Dari keluarga menyatakan bahwa nanti ketika klien sudah pulang, keluarga akan mengantar klien rutin kontrol di RSJD Semarang sebelum obat yang diberikan habis. Klien menyatakan nanti kalau sudah sampai dirumah akan membantu ayahnya untuk bekerja seperti menyapu rumah, mencuci baju dan tidak akan melamun dan menyendiri lagi dikamar. Klien juga berjanji akan selalu membicarakan permasalahan dengan keluarga. Klien mengatakan ketika sampai di rumah akan mengikuti kegiatan masyarakat seperti : kerja bakti, karang taruna dan kegiatan msyarakat lainnya.

Mekanisme koping klien setiap mempunyai masalah, selalu di pendam sendiri. Klien beranggapan bahwa orang lain tidak bisa memecahkan masalahnya sehingga klien memendam masalahnya sendiri. Masalah psikososial dan lingkungan : klien jarang bergaul dengan teman atau lingkungan sekitar. Klien merasa malu dan takut. Pengetahuan klien mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara untuk menyelesaikan masalah. Klien pernah sekolah, klien tamat SMP.

Pada aspek medik, diagnosa medis skizofrenia katatonik, teraphy medis trifluoperazine 2x5mg dan trihexyphenidyl(THP) 2X2mg.

## **B. Analisa Data**

Analisa data di susun pada hari selasa tanggal 22 maret 2011 jam 10.00 wib masalah keperawatan yang muncul adalah :

a. Resiko perubahan sensori persepsi : halusinasi.

Data subjektif : klien pernah mengalami gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran. Klien mengatakan pernah mendengar suara-suara yang tak ada wujudnya, seperti seorang lelaki yang mengkritiknya, seperti: “kamu tidak bisa apa-apa”.

Data objektif : klien tampak bingung, saat dilakukan pengkajian persepsi klien tidak ada halusinasi.

b. Isolasi sosial : menarik diri.

Data subjektif : klien mengatakan malas mengikuti kegiatan-kegiatan dilingkungan rumah sakit.

Data objektif : klien tampak menyendiri, waktu luang dipergunakan untuk tidur dan duduk melamun.

c. Gangguan konsep diri : harga diri rendah.

Data subjektif : klien mengatakan malu, minder, tak berguna karena tidak bisa bekerja dengan baik.

Data objektif : klien tampak malu dan minder, klien tampak sering menunduk dan kurang percaya diri, kontak mata kurang.

### C. Daftar Masalah Keperawatan

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

### D. Pohon Masalah

Resiko perubahan persepsi sensori: Halusinasi



Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

Gambar 3.2 Pohon masalah klien

### E. Diagnosa Keperawatan

Isolasi sosial : Menarik diri

### F. Intervensi

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan kepada Tn. A pada hari selasa 22 Maret 2011 jam 10.00 WIB dengan masalah keperawatan isolasi sosial, dengan tujuan umum supaya klien dapat mencegah terjadinya isolasi sosial : menarik diri, dalam kehidupan sehari-hari.

Adapun tujuan khususnya yaitu:

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya, kriteria hasil setelah dilakukan 1x pertemuan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama,

mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi. Intervensi: sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

2. Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri dengan kriteria hasil setelah dilakukan 1x pertemuan klien dapat menyebutkan satu penyebab menarik diri yang berasal dari diri sendiri, orang lain, lingkungan. Intervensi : kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandanya, beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau mau bergaul, diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri, tanda-tanda serta penyebab yang muncul, berikan pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan penyebab menarik diri.
3. Klien mampu menyebutkan keuntungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dengan kriteria hasil setelah dilakukan 1x pertemuan klien dapat menyebutkan keuntungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain. 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, beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan

tentang kerugian 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.

4. Klien dapat melaksanakan berhubungan sosial secara bertahap dengan kriteria hasil setelah dilakukan 1x pertemuan, klien dapat mendemonstrasikan hubungan sosial secara bertahap k-p, k-p-p lain, k-p-p lain-k lain, k—p-kel/kelompok masyarakat. Intervensi: kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain, dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain melalui tahap k-p, k-p-p lain, k-p-p lain dan k lain, beri reinforcement positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai, bantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan, diskusikan jadwal harian yang dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu, motivasi klien untuk mengikuti kegiatan ruangan, beri reinforcement positif atas kegiatan klien dalam kegiatan ruangan.
5. Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain. Dengan kriteria hasil setelah dilakukan 1x pertemuan klien dapat mengungkapkan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain untuk diri sendiri dan orang lain. Intervensi: dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila tidak berhubungan dengan orang lain, diskusikan dengan klien tentang perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain, beri reinforcement atas kemampuan klien mengungkapkan perasaannya berhubungan dengan orang lain.

6. Klien dapat memberdayakan sistem pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain. Kriteria hasil setelah dilakukan 1x pertemuan keluarga dapat menjelaskan perasaannya, menjelaskan cara merawat klien isolasi sosial, mendemonstrasikan cara perawatan klien menarik diri, berpartisipasi dalam perawatan klien isolasi sosial. Intervensi : bina hubungan saling percaya dengan keluarga : salam, perkenalkan diri, sampaikan tujuan, buat kontrak eksplorasi perasaan keluarga, diskusikan dengan anggota keluarga tentang: perilaku menarik diri, penyebab perilaku menarik diri, akibat yang akan terjadi jika perilaku menarik diri tidak ditanggapi, cara keluarga menghadapi klien isolasi sosial, dorong anggota keluarga secara rutin dan bergantian menjenguk klien minimal satu kali seminggu, anjurkan anggota keluarga untuk memberi dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain, beri reinforcement atas hal yang telah di capai keluarga.

#### **G. Implementasi dan Evaluasi**

Implementasi rencana tindakan keperawatan kepada Tn. A dengan masalah keperawatan isolasi sosial, pertemuan pertama pada hari selasa tanggal 22 maret 2011 pukul 11.00 WIB adalah menggunakan SP I P dengan tujuan umum supaya klien dapat mencegah terjadinya isolasi sosial : menarik diri, dalam kehidupan sehari-hari. Sedangkan tujuan khusus yang dilakukan adalah membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien, mendiskusikan dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain, mendiskusikan dengan pasien tentang kerugian tidak

berinteraksi dengan orang lain, mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang, menganjurkan pasien memasukan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian.

Setelah dilakukan SP I P, evaluasi yang didapatkan adalah : data subjektif : klien mengatakan 2 minggu sebelum masuk RSJ dimarahi oleh bosnya karena kerjanya kurang bagus, setelah itu klien sering merasa malu dan minder karena tidak bisa bekerja dengan baik, kemudian saya sering diam dan menyendiri, sekarang saya sudah mengerti keuntungan bergaul dengan orang lain yaitu punya banyak teman ada tempat untuk curhat dan tidak kesepian dan kerugiannya adalah kesepian dan tidak punya pengalaman. Klien mengatakan sekarang mengerti cara berkenalan dengan orang lain yaitu dengan berkenalan sambil berjabat tangan dengan mengucapkan salam, dan menyebutkan nama terang, panggilan dan asal kemudian menanyakan nama lengkapmu siapa dan suka di panggil apa, asal dari mana.

Data objektif : klien tampak lemas dan lesu, kurang kooperatif, kontak mata kurang. Analisa masalah : masalah teratasi sebagian, klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat, klien mampu menyebutkan penyebab dari isolasi sosial, klien dapat menyebutkan keuntungan dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, klien dapat mendemonstrasikan cara berkenalan. Planing : rencana tindak lanjut klien adalah ingatkan klien untuk tetap mengingat SP I P. Adapun rencana untuk perawat adalah buat kontrak ulang topik, waktu, dan tempat, pembicaraan dan mengoptimalkan strategi pelaksanaan 1 pasien.

Implementasi rencana tindakan keperawatan kepada Tn. A dengan masalah keperawatan isolasi sosial : menarik diri, pertemuan kedua pada hari rabu tanggal 23 maret 2011 pukul 10.00 WIB adalah menggunakan SP II P dengan Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, memberikan kesempatan pada klien mempraktekan cara berkenalan dengan satu orang, membantu klien memasukan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.

Setelah dilakukan SP II P, evaluasi yang didapatkan adalah : data subjektif : klien mengatakan sudah dapat berkenalan dan berinteraksi dengan orang lain, klien mengatakan senang telah dapat berinteraksi dengan orang lain. Data objektif : klien tampak tenang, kontak mata cukup. Analisa masalah : masalah teratasi sebagian. Planing : rencana tindak lanjut klien adalah mengisi jadwal kegiatan harian. Adapun rencana untuk perawat adalah Optimalkan SP II P.

Pertemuan ketiga pada hari kamis 24 Maret 2011 pukul 10.00 wib dilakukan untuk Implementasi dengan SP III P dengan mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pada klien tentang cara-cara berkenalan dengan dua orang atau lebih, membantu pasien memasukan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.

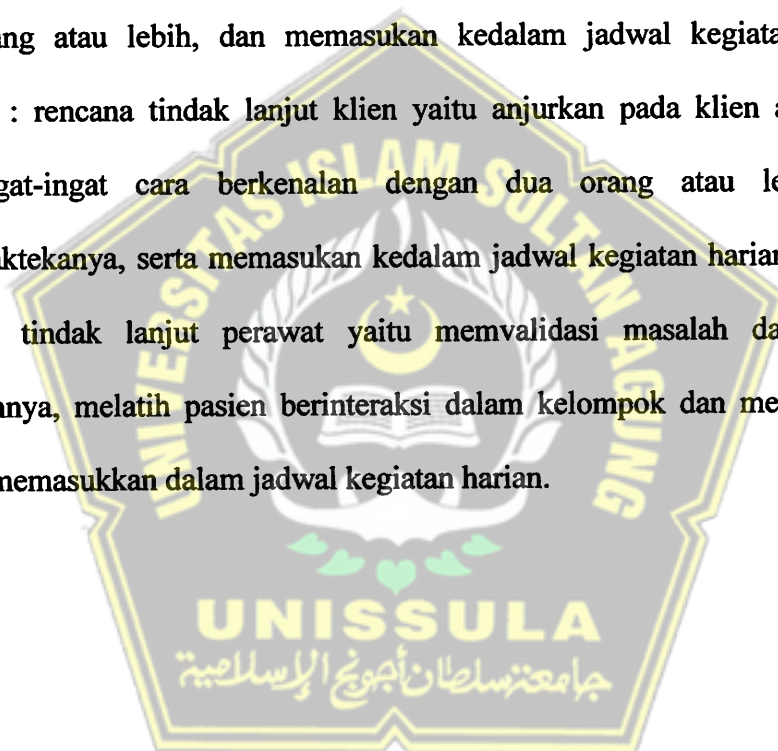
Setelah dilakukan SP III P, evaluasi yang didapatkan adalah : data subjektif : klien mengatakan sudah tidak ada penyebab lain untuk disampaikan, dan saya sudah melaksanakan berkenalan dengan perawat atau dengan klien sesuai dengan jadwal yang saya buat, kemudian saya sudah



mengerti cara berkenalan dengan dua orang atau lebih dan membuat jadwal kegiatan harian. Data objektif : klien dapat menunjukkan daftar kegiatan yang sudah ditetapkan dan telah dilaksanakannya, serta mengerti dan mempraktekan cara-cara berkenalan dengan dua orang atau lebih dan memasukan kedalam jadwal harian.

Analisa masalah : masalah teratasi, klien sudah berkenalan dengan dua orang atau lebih, dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.

Planing : rencana tindak lanjut klien yaitu anjurkan pada klien agar tetap mengingat-ingat cara berkenalan dengan dua orang atau lebih, dan mempraktekannya, serta memasukan kedalam jadwal kegiatan harian. Adapun rencana tindak lanjut perawat yaitu memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien berinteraksi dalam kelompok dan membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini akan membahas kesenjangan antara teori dan kasus yang diambil mengenai asuhan keperawatan pada Tn.A dengan isolasi sosial : menarik diri di Ruang Endro Tenoyo Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondhohutomo Semarang. Dalam memberikan Asuhan Keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping dan coping yang dimiliki klien (Stuart & Larai, 2010; Keliat, 2005).

Untuk mengkaji pasien isolasi sosial, kita dapat menggunakan teknik wawancara dan observasi pasien dan keluarga (Keliat, 2009). Pengkajian yang dilakukan penulis pada tanggal 22 Maret 2011, dari pukul 08.00 wib pada Tn.A di ruang V (Endro Tenoyo) RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang secara alloanamnesa dan autoanamnesa dengan hasil data sebagai berikut :

Alasan masuk : kurang lebih selama 1 minggu sebelum masuk RSJ klien bingung, tidak mau keluar rumah, tidak bergaul dengan orang lain, hanya diam di kamar, tidak bisa tidur dan malas bekerja sehingga keluarga memutuskan klien untuk dibawa ke RSJD Amino Gondhohutomo Semarang.

Faktor predisposisi yang ditemukan yaitu bahwa dalam keluarga, klien jarang berkomunikasi dengan anggota keluarga yang lain karena merasa malas dan senang menyendiri. Pengambilan keputusan dalam keluarga diambil oleh kakaknya, hal ini dikarenakan orang tua klien sudah tidak mampu mengambil keputusan dengan cepat. Data tersebut dapat mendukung terjadinya isolasi sosial sesuai teori bahwa gangguan komunikasi dalam keluarga merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial (Fitria, 2009).

Faktor presipitasi adalah klien mengatakan 2 minggu sebelum masuk RSJ dimarahi oleh bosnya karena kerjanya kurang bagus, setelah itu klien sering merasa malu dan minder karena tidak bisa bekerja dengan baik. Data tersebut menunjukkan masalah harga diri rendah sesuai teori menurut Carpenito (2006), Penyebab dari menarik diri adalah harga diri rendah yaitu perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan, yang ditandai dengan adanya perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, percaya diri kurang dan juga dapat menciderai diri.

Pemeriksaan fisik : penulis hanya menuliskan tekanan darah, nadi, suhu, tinggi badan dan berat badan. Penulis mengalami kesulitan berkomunikasi saat pengkajian dengan klien dalam pemeriksaan fisik *head to toe*.

Hasil pengkajian hubungan sosial, klien mengatakan malas mengikuti kegiatan-kegiatan di lingkungan rumah sakit. Klien juga tampak menyendiri, waktu luang dipergunakan untuk tidur, duduk melamun. Berdasarkan data tersebut klien mengalami respons maladaptif, yaitu respons yang menyimpang dari norma sosial dan kehidupan disuatu tempat (Fitria, 2009).

Menurut Fitria (2009), perilaku yang tertutup dengan orang lain juga bisa menyebabkan intoleransi aktivitas yang akhirnya menyebabkan ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri. Teori tersebut berkesenjangan dengan hasil pengkajian status mental yaitu klien berpenampilan cukup rapi, menggunakan baju yang disediakan di rumah sakit. Klien mengatakan selalu ganti baju dua hari sekali. Hal ini mungkin disebabkan karena klien sebelumnya telah mendapatkan tindakan keperawatan dari perawat ruangan.

Hasil pengkajian mekanisme koping, klien setiap mempunyai masalah selalu dipendam sendiri, klien beranggapan bahwa orang lain tidak bisa memecahkan masalahnya sehingga klien memendam masalahnya sendiri. Data tersebut sesuai teori menurut Fitria (2009) pada respons maladaptif menarik diri yaitu seseorang yang mengalami kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian yaitu data subjektif : klien mengatakan malas mengikuti kegiatan-kegiatan di lingkungan rumah sakit. Data objektif : Klien tampak menyendiri, waktu luang dipergunakan untuk tidur dan duduk melamun. Berdasarkan data tersebut, penulis mengangkat diagnosa isolasi sosial : menarik diri.

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Mukhrifah, 2008).

Perilaku ini biasanya disebabkan karena seseorang menilai dirinya rendah, sehingga timbul perasaan malu untuk berinteraksi dengan orang lain. Bila tidak dilakukan intervensi lebih lanjut, maka akan menyebabkan perubahan persepsi sensori halusinasi dan resiko tinggi mencederai diri, orang lain bahkan lingkungan (Fitria, 2009).

## **C. Intervensi Keperawatan**

Intervensi tindakan terdiri dari tiga aspek yaitu tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian masalah dan dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus telah dicapai, sedang tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi dari diagnosa (Kelliat, 2005).

Dalam proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 hari, penulis menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan teori menurut Keliat (2005) yaitu :

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

Tujuan khusus : dapat membina hubungan saling percaya. 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. Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain. Klien dapat memberdayakan sistem pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.

#### **D. Implementasi**

Penulis melakukan evaluasi terlebih dahulu sebelum melakukan implementasi seperti teori menurut Keliat (2005), yaitu sebelum melakukan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini.

Penulis melakukan implementasi menggunakan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan. Implementasi yang sudah dilakukan penulis yaitu: SPIP dengan membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab

isolasi sosial pasien, mendiskusikan dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain, mendiskusikan dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang, menganjurkan pasien memasukan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian.

SPIIP dengan mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, memberikan kesempatan pada klien mempraktekan cara berkenalan dengan satu orang, membantu klien memasukan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian. Pada implementasi SPIIP klien tidak mengisi jadwal yang dibuat bersama.

SPIIIP dengan mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pada klien tentang cara-cara berkenalan dengan dua orang atau lebih, membantu pasien memasukan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.

Implementasi yang belum dilaksanakan penulis yaitu SPIK dengan mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami pasien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara-cara merawat pasien isolasi sosial. SPIIK dengan melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan isolasi sosial, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien isolasi sosial. SPIIIK dengan membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning), menjelaskan follow up pasien setelah pulang.

Penulis mengalami hambatan dalam melakukan implementasi yang pertama. Hambatan tersebut yaitu kontak mata klien kurang, klien masih sulit di ajak berbicara, mau bicara saat ditanya dan bicara dengan singkat. Penulis mampu mengatasi hambatan tersebut dengan melakukan pendekatan menggunakan komunikasi terapeutik yang dilakukan terus-menerus sehingga terjalin hubungan saling percaya. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, tujuan dan kegiatannya difokuskan untuk menyembuhkan klien (Purwaningsih, 2009).

#### **E. Evaluasi**

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien, evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan (Keliat, 2006).

Penulis dapat mencapai tujuan yang telah dibuat, hasil evaluasi yang didapatkan adalah klien mau berjabat tangan, mau menyebut nama, mau menjawab salam, sehingga terjalin hubungan saling percaya, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi, mau menjelaskan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, mau berkenalan dengan orang lain, baik itu dengan perawat, klien lain dan perawat lainnya dan mau bersosialisasi, tapi klien masih malas untuk mengisi jadwal harian.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Kesimpulan dari asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Isolasi Sosial adalah :

1. Pengkajian harus dilakukan dengan komprehensif dan teliti untuk memudahkan mengidentifikasi masalah yang muncul serta merumuskan tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah yang muncul.
2. Berdasarkan data hasil pengkajian yaitu klien mengatakan malas mengikuti kegiatan-kegiatan di lingkungan rumah sakit, klien tampak menyendiri, waktu luang dipergunakan untuk tidur dan duduk melamun. Diagnosa yang muncul dan menjadi prioritas utama pada Tn. A adalah Isolasi sosial : Menarik diri.
3. Intervensi yang direncanakan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn. A menggunakan TUK dengan tujuan klien dapat mencegah terjadinya isolasi sosial : menarik diri, dalam kehidupan sehari-hari.
4. Implementasi yang dilakukan penulis menggunakan strategi pelaksanaan (SP) dan penulis sudah mencapai SPIP, SPIIP dan SPIIIP, tapi penulis belum melaksanakan SPIK, SPIIK dan SPIIIK, karena penulis mengalami kesulitan bertemu keluarga.

5. Evaluasi yang didapatkan penulis yaitu sudah mencapai pada tujuan yang telah dibuat. Penulis mengalami hambatan dalam melakukan implementasi yang pertama. Hambatan tersebut yaitu kontak mata klien kurang, klien masih sulit di ajak berbicara, mau bicara saat ditanya dan bicara dengan singkat. Penulis mampu mengatasi hambatan tersebut dengan melakukan pendekatan menggunakan komunikasi terapeutik yang dilakukan terus-menerus sehingga terjalin hubungan saling percaya.
6. Penulis tidak menemui kesenjangan yang mencolok antara teori dan kasus. Seluruh proses keperawatan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori.

## **B. Saran**

### **1. Perawat**

Perawat sebagai seorang yang memberikan asuhan keperawatan hendaknya tidak terpaku pada standart asuhan keperawatan yang ada, tetapi mampu memodifikasi asuhan keperawatan dengan mempertimbangkan kemampuan klien dalam menerima suatu intervensi oleh perawat sehingga tujuan intervensi keperawatan mudah tercapai.

### **2. Institusi**

Memberikan pembelajaran lebih dalam tentang penulisan ilmiah untuk menyempurnakan asuhan keperawatan dalam penulisan karya tulis ilmiah, supaya karya tulis ilmiah dapat berkualitas dan dapat dipertanggungjawabkan.

### 3. Instansi

Dengan meningkatkan kemampuan SDM (perawat) sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang lebih baik lagi kepada klien.

### 4. Keluarga

Keluarga perlu mengetahui penyebab, tanda dan gejala dari isolasi sosial menarik diri dan cara-cara merawat pasien menarik diri dengan cara memberikan dukungan kepada klien dan memberikan aktivitas di rumah agar resiko terjadinya kekambuhan dapat dicegah.



## DAFTAR PUSAKA

- Baihaqi, MIF. (2007). *Psikiatri Konsep Dasar dan Gangguan-Gangguan*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Carpenito, L.J. (2006). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Edisi 10, Jakarta : EGC.
- Damaiyanti, M. (2008). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung : PT. Refika Aditama.
- Fitria, N. (2009). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta : PT. Salemba Medika.
- Keliat, B.A. (2005). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Edisi 2. Jakarta : EGC.
- Keliat, B.A & Akemat. (2009). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kusumawati, F & Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* . Jakarta : Salemba Medika.
- Nurjannah, I. (2004). *Pedoman Penanganan Pada Gangguan Jiwa*. Yogyakarta: Mocomedia.
- Purwaningsih, W & Karlina, I. (2009). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jogjakarta : Mitra Cendekia.
- Rasmun. (2004). *Stres, Koping dan Adaptasi*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Stuart, Gail W. (2006). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Editor : Pamilih Eko Karyuni ; alih Bahasa. Jakarta : EGC.
- Yosep, Iyus. (2009). *Keperawatan Jiwa*. Edisi Revisi. Bandung : PT. Revika Aditama.