

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SW DENGAN
ISOLASI SOSIAL DI RUANG KUNTI RSJ PROVINSI BALI
TANGGAL 26 APRIL – 01 MEI 2016**



Diajukan oleh :

NI MADE MITA MEILIANI

NIM : 13E11050

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI
2016**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SW DENGAN
ISOLASI SOSIAL DI RUANG KUNTI RSJ PROVINSI BALI
TANGGAL 26 APRIL-01 MEI 2016**



LAPORAN KASUS

Diajukan sebagai salah satu persyaratan
dalam menyelesaikan pendidikan pada
Program Studi DIII Keperawatan STIKES Bali

Diajukan Oleh
NI MADE MITA MEILIANI
NIM. 13E11050

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI
2016**

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan kasus dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SW DENGAN ISOLASI SOSIAL DI RUANG KUNTI RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL – 01 MEI 2016”, telah mendapat persetujuan pembimbing dan dapat diajukan dihadapan Tim Penguji Laporan Kasus pada Program Studi DIII Keperawatan Kelas Reguler STIKES BALI.

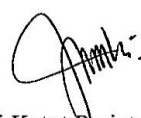
Denpasar, Mei 2016
Pembimbing


(Ns. Ida Ayu Putri Wulandari, S.Kep)
NIR. 13115

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan kasus dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SW DENGAN ISOLASI SOSIAL DI RUANG KUNTI RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL – 01 MEI 2016”, telah mendapat persetujuan pembimbing dan dapat diajukan dihadapan Tim Penguji Laporan Kasus pada Program Studi DIII Keperawatan Kelas Reguler STIKES BALI.

Denpasar, Mei 2016
Pembimbing



(Ns. Ni Ketut Pariatni, S.Kep.)
NIP.19730325 1999032009

PERNYATAAN PENGESAHAN

Laporan kasus dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SW DENGAN ISOLASI SOSIAL DI RUANG KUNTI RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL – 01 MEI 2016”, telah disajikan di depan dewan penguji pada tanggal 15 Juni 2016 dan diterima serta disahkan oleh Dewan Penguji Ujian Akhir Program dan Ketua STIKES BALI.

Denpasar, 23 Juni 2016

Disahkan Oleh :

Dewan Penguji Ujian Akhir Program

1. Ns. I.G.A Rai Rahayuni, S.Kep, MNS
NIR. 01047
2. Ns. Ni Ketut Pariatni, S.Kep.
NIP. 1973 0325 199903 2009
3. Ns. Ida Ayu Putri Wulandari, S.Kep.
NIR. 13115



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan BALI
Ketua,



Drs. I Ketut Widia, BN.Stud.,MM.
NIP. 1951 0904 197903 1001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat-Nyalah penulis dapat menyusun laporan kasus yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN SW DENGAN ISOLASI SOSIAL DI RUANG KUNTI RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL – 01 MEI 2016”. Laporan kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES BALI Denpasar.

Dalam menyusun laporan kasus ini banyak mendapat bimbingan, pengarahan dan bantuan dari semua pihak sehingga laporan kasus ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Bapak Drs. I Ketut Widia,BN.Stud.,MM, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali Denpasar yang telah memberikan ijin dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan laporan studi kasus.
2. Bapak Dr. Gede Bagus Darmayasa,M.Repro selaku Direktur RSJ Provinsi Bali beserta staf yang telah memberikan ijin praktek dan masukan yang berkaitan dengan penyusunan laporan studi kasus ini.
3. Bapak Ns. I Gede Satria Astawa,S.Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali Denpasar atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan laporan studi kasus ini.

4. Ibu Ns. Ida Ayu Putri Wulandari, S.Kep selaku pembimbing akademik yang telah memberi bimbingan, petunjuk teknik dan motivasi dalam penyusunan laporan studi kasus ini.
5. Ibu Ns. Ni Ketut Pariatni, S.Kep, selaku CI Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali dan selaku pembimbing praktek yang telah mengarahkan penulis selama penyusunan laporan kasus.
6. Ibu Ns. IGA Rai Rahayuni, S.Kep.MNS, selaku Penguji I yang telah memberikan masukan-masukan pada laporan kasus ini.
7. Staf perawat di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali yang telah banyak memberikan masukan dan bimbingan dalam penyusunan laporan kasus ini.
8. Klien “SW” beserta keluarga yang bersedia penulis jadikan kasus, serta banyak memberikan keterangan dan informasi yang berhubungan dengan laporan studi kasus ini.
9. Seluruh rekan mahasiswa program Studi DIII Keperawatan STIKES Bali Denpasar yang telah memberikan dorongan moril maupun material dalam penyusunan laporan studi kasus ini.
10. Bapak, Ibu, Kakak tercinta, keluarga yang telah memberikan bantuan baik moril dan materi maupun spiritual serta motivasi dalam penyusunan laporan studi kasus ini.
11. Sahabat Swan, sahabat Sengkuni, sahabat Iluh-Muani, sahabat Baper dan teman-teman seperjuangan DIII Keperawatan tercinta yang telah memberikan bantuan spiritual dan motivasi dalam penyusunan laporan studi kasus ini.

12. Prometeo Septia Cahyadi terkasih yang telah memberikan bantuan baik spiritual dan motivasi dalam penyusunan laporan studi kasus ini.

13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu, yang telah banyak membantu dalam proses penyelesaian laporan studi kasus ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa laporan kasus ini masih belum sempurna baik dari segi konsep maupun kata-katanya. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran-saran dari pembaca guna kesempurnaan laporan kasus ini.

Akhir kata penulis mengharapkan semoga kasus ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Denpasar, Mei 2016

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL.....	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	ii
PERNYATAAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A Latar Belakang.....	1
B Tujuan Penulisan.....	5
C Metode Penulisan.....	6
D Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS DAN TINJAUAN KASUS.....	7
A. Tinjauan Teoritis.....	7
1. Konsep Dasar Teori Skizofrenia.....	7
a. Pengertian.....	7
b. Etiologi.....	7
c. Tanda dan Gejala Skizofrenia.....	10
d. Tipe Skizofrenia.....	13
e. Penatalaksanaan Medis.....	16

B. Tinjauan Teoritis.....	20
1. Konsep Dasar Isolasi Sosial.....	20
a. Pengertian.....	20
b. Etiologi.....	23
c. Tanda dan Gejala.....	26
2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	28
a. Pengkajian.....	28
b. Daftar Masalah.....	40
c. Pohon Masalah.....	41
d. Diagnosa.....	41
e. Perencanaan.....	42
f. Pelaksanaan.....	47
g. Evaluasi.....	48
C. Tinjauan Kasus.....	51
1. Pengkajian.....	51
2. Diagnosa Keperawatan.....	69
3. Perencanaan.....	70
4. Pelaksanaan.....	76
5. Evaluasi.....	88
BAB III PEMBAHASAN.....	92
A Pengkajian.....	92
B Diagnosa.....	95
C Perencanaan.....	95

D Pelaksanaan.....	97
E Evaluasi.....	99
BAB IV PENUTUP.....	101
A Kesimpulan.....	101
B Saran.....	102
DAFTAR PUSTAKA.....	104
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Rentang Respons Isolasi sosial.....	21
2. Pohon Masalah isolasi sosial	41
3. Genogram Klien “SW”.....	56
4. Pohon Masalah Klien “SW”.....	68

DAFTAR TABEL

Tabel

					Halaman
1.	Tahap	Perkembangan	Klien	Dengan	Isolasi Sosial
					24
2.	Rencana	Tindakan	Klien	Dengan	Isolasi Sosial
					42
3.	Analisa Data Keperawatan Klien “SW” Dengan Isolasi Sosial di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali Tanggal 26 Mei 2016				
					66
4.	Rencana Keperawatan Klien “SW” Dengan Isolasi Sosial di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali Tanggal 13 Mei 2015				
					70
5.	Pelaksanaan Keperawatan Klien “SW” Dengan Isolasi Sosial di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali Tanggal 13 – 16 Mei 2015				
					76
6.	Evaluasi Keperawatan Klien “SW” Dengan Isolasi Sosial di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali Tanggal 13 – 16 Mei 2015				
					88

DAFTAR LAMPIRAN

- 1 Strategi Pelaksanaan Keperawatan Klien “SW” Dengan Isolasi Sosial di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali Tanggal 26 April – 01 Mei 2016 Pertemuan 1.
- 2 Strategi Pelaksanaan Keperawatan Klien “SW” Isolasi Sosial di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali Tanggal 26 April – 01 Mei 2016 Pertemuan 2.
- 3 Strategi Pelaksanaan Keperawatan Klien “SW” Dengan Isolasi Sosial di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali Tanggal 26 April – 01 Mei 2016 Pertemuan 3
- 4 Strategi Pelaksanaan Keperawatan Klien “SW” Dengan Isolasi Sosial di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali Tanggal 26 April – 01 Mei 2016 Pertemuan 4.
- 5 Strategi Pelaksanaan Keperawatan Klien “SW” Dengan Isolasi Sosial di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali Tanggal 26 April – 01 Mei 2016 Pertemuan 5.
- 6 Strategi Pelaksanaan Keperawatan Klien “SW” Dengan Isolasi Sosial di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali Tanggal 26 April – 01 Mei 2016 Pertemuan 6.
- 7 Strategi Pelaksanaan Keperawatan Klien “SW” Dengan Isolasi Sosial di Ruang “SW” RSJ Provinsi Bali Tanggal 01 Mei 2016 (*Home Visite*) Pertemuan 7.
- 8 Satuan Acara Penyuluhan
- 9 Leaflet
- 10 Surat Tugas Kunjungan Rumah Penderita
- 11 Laporan Kunjungan Rumah Penderita Rumah Sakit Jiwa Pusat Bangli.
- 12 Bukti Fisik Bimbingan Penyusunan KTI
- 13 Foto-foto



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut WHO dalam Direja 2011, kesehatan jiwa adalah berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya. Menurut WHO dalam Yosep 2014, jika 10% dari populasi mengalami masalah kesehatan jiwa maka harus mendapatkan perhatian karena termasuk rawan kesehatan jiwa. Sejalan dengan paradigma sehat yang dicanangkan Departemen Kesehatan yang lebih menekankan upaya proaktif melakukan pencegahan daripada menunggu di rumah sakit, kini orientasi upaya kesehatan jiwa lebih pada pencegahan (preventif) dan promotif. Upaya ini melibatkan banyak profesi, selain psikiater dokter juga perawat, psikologi, sosiolog, antropolog, guru, ulama, jurnalis, dan lainnya. Penanganan kesehatan jiwa bergeser dari *hospital base* menjadi *community base*.

Prevalensi masalah kesehatan jiwa menurut WHO dalam Nyumirah 2013, yaitu: mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030, gangguan jiwa juga berhubungan dengan bunuh diri, lebih dari 90% dari satu juta kasus bunuh diri setiap tahunnya akibat gangguan jiwa. Gangguan jiwa ditemukan di semua negara, terjadi pada semua tahap kehidupan, termasuk orang dewasa dan cenderung terjadi peningkatan gangguan jiwa. Persentase gangguan kesehatan jiwa itu akan terus bertambah seiring dengan meningkatnya beban

hidup masyarakat Indonesia. Menurut ANA (American Nurses Association) dalam Kusumawati, (2010), Keperawatan Jiwa adalah area khusus dalam praktik keperawatan yang menggunakan ilmu tingkah laku manusia sebagai dasar dan menggunakan diri sendiri secara terapeutik dalam meningkatkan, mempertahankan, serta memulihkan kesehatan mental klien dan kesehatan mental masyarakat dimana klien berada.

Salah satu bentuk gangguan kejiwaan yang memiliki tingkat keparahan yang tinggi adalah *skizofrenia* (Nyumirah, 2013). Menurut Faisal (2008) dalam Prabowo, (2014) penyakit Skizofrenia atau *Schizophrenia* artinya kepribadian yang terpecah antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Dalam artian apa yang dilakukan tidak sesuai dengan pikiran dan perasaannya. Secara spesifik Skizofrenia adalah orang yang mengalami gangguan emosi, pikiran dan perilaku.

Gejala yang lebih banyak muncul pada klien dengan skizofrenia yaitu disfungsi sosial dan pekerjaan yang mempengaruhi perilaku pada klien skizofrenia menyebabkan depresi pada klien yang mengganggu konsep diri klien sehingga menjadikan kurangnya penerimaan klien di lingkungan keluarga dan masyarakat terhadap kondisi yang dialami klien yang mengakibatkan klien mengalami isolasi sosial (Nyumirah, 2013). Isolasi sosial merupakan upaya menghindari komunikasi dengan orang lain karena merasa 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 (Dermawan, 2013).

Lebih dari 450 juta orang dewasa secara global menurut WHO, 2013 diperkirakan mengalami gangguan jiwa. Dari jumlah itu hanya kurang dari separuh yang bisa mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan (Berhimpong, 2016). Menurut data Kementerian Kesehatan tahun 2013 jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia lebih dari 28 juta orang dengan kategori gangguan jiwa ringan 14,3% dan 17% atau 1000 orang menderita gangguan jiwa berat. Dibanding rasio dunia yang hanya satu permil, masyarakat Indonesia yang telah mengalami gangguan jiwa ringan sampai berat telah mencapai 18,5% (Depkes RI, 2009). Berdasarkan laporan tahunan RSJ Provinsi Bali tahun 2016 dari Bulan Januari-Maret diperoleh data bahwa 1387 orang klien yang dirawat. Terdapat 1057 (76,2%) orang klien mengalami skizofrenia diantaranya yaitu 715 (67,6%) laki-laki dan 342 (32,4%) perempuan. Sedangkan laporan tahunan di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali tahun 2016 jumlah klien pada 3 bulan terakhir (Januari – Maret 2016) berjumlah : 186 klien dari total klien rumah sakit jiwa sebanyak 1387 klien. Klien dengan diagnosa keperawatan Resiko Prilaku Kekerasan 19 klien (10,21%), Halusinasi 52 klien (27,96%), Isolasi Sosial sebanyak 8 klien (4,30%), Waham 16 klien (8,60%), dan Defisit Perawatan Diri 91 klien (48,92%).

Klien yang mengalami isolasi sosial akan cenderung muncul perasaan tidak berharga menyebabkan klien makin sulit dalam mengembangkan

berhubungan dengan orang lain. Akibatnya klien menjadi regresi atau mundur, mengalami penurunan dalam aktivitas dan kurangnya perhatian terhadap penampilan dan kebersihan diri. Klien semakin tenggelam dalam perjalanan terhadap penampilan dan tingkah laku masa lalu serta tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut halusinasi (Stuart dan Sundden dalam Dalami. Dkk, 2009 dalam Prabowo, 2014). Berdasarkan hal tersebut diatas penulis tertarik mengangkat studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Klien “SW” Dengan Isolasi Sosial Di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali Tanggal 26 April – 01 Mei 2016”.

Manfaat yang ingin dicapai penulis adalah dapat memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Isolasi Sosial, agar laporan kasus ini berguna bagi keperawatan dan teori yang didapat mampu diaplikasikan sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan khususnya di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Selain itu dengan penulisan laporan kasus diharapkan bermanfaat terhadap pelayanan keperawatan khususnya dalam bidang Asuhan Keperawatan Jiwa pada klien “SW” dengan Isolasi Sosial, nantinya mampu mempercepat proses penyembuhan bagi klien. Diharapkan juga untuk perawat di ruang Kunti dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada klien “SW”. Kepada keluarga klien agar selalu memberikan dukungan untuk memotivasi klien agar cepat sembuh. Dan untuk klien “SW” sendiri, klien diharapkan mampu melakukan interaksi dengan orang disekitarnya.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis Karya Tulis Ilmiah (KTI) memperoleh gambaran secara umum asuhan keperawatan pada klien "SW" dengan Isolasi Sosial di ruang Kunti RSJ Provinsi Bali pada tanggal 26 April- 01 Mei 2016 melalui pendekatan proses keperawatan, sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Bali Denpasar.

2. Tujuan Khusus

Penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien "SW" dengan Isolasi Sosial di ruang Kunti RSJ Provinsi Bali.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada klien "SW" dengan Isolasi Sosial di ruang Kunti RSJ Provinsi Bali.
- c. Menyusun rencana keperawatan pada klien "SW" dengan Isolasi Sosial di ruang Kunti RSJ Provinsi Bali.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien "SW" dengan Isolasi Sosial di ruang Kunti RSJ Provinsi Bali.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada klien "SW" dengan Isolasi Sosial di ruang Kunti RSJ Provinsi Bali.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan KTI ini adalah metode deskriptif dengan teknik pengumpulan data melalui observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, catatan medis klien, pemeriksaan penunjang, kunjungan kerumah keluarga klien pada tanggal 01 Mei 2016 di Br. Dinas Megati Kelod, Megati, Selemadeg Timur, Tabanan dan wawancara dengan perawat di ruang Kunti.

D. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan laporan kasus ini dibagi menjadi 4 (empat) BAB. Antara lain sebagai berikut : BAB I : Pendahuluan, menguraikan tentang latar belakang, tujuan dan metode serta sistematika penulisan, BAB II: Mencakup tinjauan teoritis dan tinjauan kasus, dimana tinjauan teoritis meliputi konsep dasar kasus dan konsep dasar asuhan keperawatan kasus. Konsep dasar teori menguraikan pengertian skizofrenia, etiologi skizofrenia, tanda dan gejala skizofrenia, tipe skizofrenia, pengertian isolasi sosial, jenis isolasi sosial, psikopatologi isolasi sosial, etiologi isolasi sosial, tanda dan gejala isolasi sosial, penatalaksanaan medis isolasi sosial. BAB III : Pembahasan, yang membahas mengenai kesenjangan antara asuhan keperawatan yang diberikan di lapangan dengan teori yang seharusnya dilaksanakan. BAB IV : Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS DAN TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Teoritis

1. Konsep Dasar Teori Skizofrenia

a. Pengertian

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek / emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi: asosiasi berbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi (Direja, 2011).

Menurut Faisal, 2008 dalam Prabowo (2014), penyakit Skizofrenia atau *Schizophrenia* artinya kepribadian yang terpecah antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Dalam artian apa yang dilakukan tidak sesuai dengan pikiran dan perasaannya. Secara spesifik Skizofrenia adalah orang yang mengalami gangguan emosi, pikiran dan perilaku.

b. Etiologi

Luana, 2007 dalam Prabowo (2014) menjelaskan penyebab dari skizofrenia dalam model diatesis-stres, bahwa skizofrenia timbul akibat faktor psikososial dan lingkungan. Di bawah ini pengelompokan penyebab skizofrenia, yakni :

1) Faktor Biologi

a) Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia.

b) Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan saraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia. Penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trimester ke-2 kehamilan akan meningkatkan seseorang menjadi skizofrenia.

c) Hipotesis Dopamin

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Hampir semua obat psikotik baik tipikal maupun atipikal menyekat reseptor dopamin D2, dengan terhalangnya transmisi sinyal di sistem dopaminergik maka gejala psikotik diredakan. Berdasarkan pengamatan diatas dikemukakan bahwa gejala-gejala skizofrenia disebabkan oleh hiperaktivitas sistem dopaminergik.

d) Hipotesis Serotonin

Gaddum, Wooley, dan Show tahun 1954 dalam Prabowo (2014), mengobservasi efek *lysergic acid diethylamide* (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat ini menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal. Kemungkinan serotonin berperan pada skizofrenia kembali mengemuka karena penelitian obat antipsikotik atipikal clozapine yang ternyata mempunyai afinitas terhadap reseptor serotonin 5-HT lebih tinggi dibandingkan reseptor dopamin D2.

e) Struktur Otak

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat

melebar, penurunan masa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktifitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

2) Faktor Genetika

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% dari populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki ataupun perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang mempunyai hubungan derajat ke dua seperti paman, bibi, kakek/nenek dan sepupu dikatakan lebih sering dibandingkan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 65% berpeluang menderita skizofrenia sedangkan kembar dizigotik 12%. Anak dan kedua orang tua yang skizofrenia berpeluang 40%, satu orang tua 12%.

Sebagian ringkasan hingga sekarang kita belum mengetahui dasar penyebab skizofrenia. Dapat dikatakan bahwa faktor keturunan mempunyai pengaruh/faktor yang mempercepat yang menjadikan manifestasi/faktor pencetus seperti penyakit badaniah/stress psikologis.

c. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Yosep (2014): hal. 218, secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2, yaitu:

1) Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran atau delusi adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya, pada penderita skizofrenia traffic light (lampu lalu lintas) di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamat-amati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berfikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Karena klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan

perasaan. Hasilnya kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa mempedulikan sekelilingnya.

Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian dan tidak mengerti apa itu manusia. Dia juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada dan sebagainya.

2) Gejala Negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa klien skizofrenia tidak bisa merasakan perasaan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin tolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup klien skizofrenia. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta. Perasaan depresi adalah suatu yang sangat menyakitkan. Disamping itu, perubahan otak secara biologis juga memberi andil dalam depresi. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien

skizofrenia menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus, skizofrenia menyerang manusia usia muda antara 15 hingga 30 tahun, tetapi serangan kebanyakan terjadi pada usia 40 tahun keatas. Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi. Diperkirakan penderita skizofrenia sebanyak

1% dari jumlah manusia yang ada di bumi.

d. Tipe Skizofrenia (Direja, 2011)

- 1) Skizofrenia simplex
Dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- 2) Skizofrenia hebefrenik
Gejala utama gangguan proses fikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat Waham dan Halusinasi.
- 3) Skizofrenia katatonik
Dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- 4) Skizofrenia Paranoid
Dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.
- 5) Episode Skizofrenia Akut (Lir Skizofrenia)
Adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- 6) Skizofrenia Psiko-afektif
Yaitu gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- 7) Skizofrenia residual
Adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizoprenia.

Menurut First, 2004 dalam Muhyi (2010) tipe-tipe Skizofrenia, yaitu :

- 1) Tipe Katatonik

Gejala-gejala yang terdapat pada skizofrenia katatonik adalah sebagai berikut :

- a) Stupor katatonik, yaitu suatu pengurangan hebat dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan atau pengurangan dari pergerakan spontan sehingga seperti diam membisu
- b) Negativisme katakonik, yaitu suatu upaya perlawanan yang nampaknya tanpa motif terhadap semua perintah.
- c) Kekauan (*rigidity*) katatonik, yaitu mempertahankan suatu sikap kaku terhadap semua upaya untuk menggerakkan dirinya.
- d) Kegaduhan katatonik, yaitu kegaduhan aktivitas motorik yang nampaknya tak bertujuan.
- e) Sikap tubuh katatonik, yaitu sikap yang tidak wajar dan aneh

2) Tipe Heberefrenik

Gejala-gejala yang terdapat pada skizofrenia heberefrenik adalah sebagai berikut :

- a) Inkoherensi, yaitu jalan pikiran yang kacau, tidak dapat dimengerti apa maksudnya. Hal ini dapat dilihat dari kata-kata yang diucapkan tidak ada hubungannya satu dengan yang lain.
- b) Alam perasaan (*mood, affect*) yang datar tanpa ekspresi serta tidak serasi.
- c) Perilaku dan tertawa kekanak-kanakan, senyum yang menunjukkan rasa puas diri atau senyum yang hanya dihayati sendiri.
- d) Waham tidak jelas dan tidak sistematis sebagai suatu kesatuan dan biasanya tidak menonjol.
- e) Halusinasi yang terpecah-pecah yang isi temanya tidak terorganisir sebagai satu kesatuan dan biasanya tidak menonjol.
- f) Perilaku aneh, misalnya menyeringai sendiri, menunjukkan gerakan-gerakan yang aneh, pengucapan kalimat yang diulang-

ulang dan kecenderungan untuk menarik diri secara ekstrim dari hubungan sosial.

3) Tipe Paranoid

Gejala yang terdapat pada skizofrenia paranoid adalah :

- a) Waham yang menonjol misalnya waham kejar, waham kebesaran dan lainnya.
- b) Halusinasi yang menonjol misalnya halusinasi auditorik, halusinasi visual dan lainnya.
- c) Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata / tidak menonjol.

4) Tipe tak Terinci (*undifferentiated*)

Adanya gambaran simtom fase aktif, tetapi tidak sesuai dengan kriteria skizofrenia katatonik, hebefrenik atau paranoid. Atau semua kriteria untuk skizofrenia katatonik, hebefrenik dan paranoid terpenuhi.

5) Tipe Residual

Merupakan kelanjutan dari skizofrenia, akan tetapi gejala fase aktif tidak lagi dijumpai.

e. Penatalaksanaan Medis

Menurut Launa, 2007 dalam Prabowo (2014) pengobatan skizofrenia terdiri dari dua macam, yaitu:

1) Psikofarma

Obat antipsikotik yang beredar dipasaran dapat dikelompokkan menjadi dua bagian yaitu antipsikotik generasi pertama (APG I) dan antipsikotik generasi ke dua (APG II). APG I bekerja dengan memblok reseptor D2 di mesolimbik, mesokortikal, nigostriatal dan

tuberoinfundibular sehingga dengan cepat menurunkan gejala positif tetapi pemakaian lama dapat memberikan efek samping berupa : gangguan ekstrapiramidal, peningkatan kadar prolaktin yang akan menyebabkan disfungsi seksual atau peningkatan berat badan dan memperberat gejala negatif maupun kognitif. Selain itu APG I menimbulkan efek samping antikolinergik seperti mulut kering pandangan kabur gangguan miksi, defekasi dan hipotensi. APG I dapat dibagi lagi menjadi potensi tinggi bila dosis yang digunakan kurang atau sama dengan 10 mg diantaranya adalah trifluoperazine, fluphenazine, haloperidol dan pimozide. Obat-obat ini digunakan untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, menarik diri, hipoaktif, waham dan halusinasi. Potensi rendah bila dosisnya lebih dari 50 mg diantaranya adalah chlorpromazine dan thiondazine digunakan pada penderita dengan gejala dominan gaduh gelisah, hiperaktif dan sulit tidur. APG II sering disebut sebagai serotonin dopamin antagonis (SDA) atau antipsikotik atipikal bekerja melalui interaksi serotonin dan dopamin pada keempat jalur dopamin di otak yang menyebabkan rendahnya efek samping ekstrapiramidal dan sangat efektif mengatasi gejala negatif. Obat yang tersedia untuk golongan ini adalah clozapine, olanzapine, quetiapine dan risperidon.

Pengaturan Dosis

Dalam pengaturan dosis perlu mempertimbangkan :

- a) Onset efek primer (efek klinis) : 2-4 minggu
- b) Onset efek sekunder (efek samping) : 2-6 jam
- c) Waktu paruh : 12-24 jam (pemberian 1-2x/hari)

Dosis pagi dan malam dapat berbeda (pagi kecil, malam besar) sehingga tidak mengganggu kualitas hidup penderita

- d) Obat antipsikosis long acting : fluphenazine decanoate 25 mg/cc
haloperidol decanoas 50 mg/cc, IM untuk 2-4 minggu. Berguna untuk pasien yang tidak atau sulit minum obat, dan untuk terapi pemeliharaan.

Cara atau lama pemberian mulai dengan dosis awal sesuai dengan dosis anjuran dinaikkan setiap 2-3 hari sampai mencapai dosis efektif (sindrom psikosis reda), dievaluasi setiap 2 minggu bila perlu dinaikkan sampai dosis optimal kemudian dipertahankan 8-12 minggu (stabilitas). Diturunkan setiap 2 minggu (dosis maintenance) lalu dipertahankan 6 bulan sampai 2 tahun (diselingi drug holiday 1-2/hari/minggu) setelah itu tapering off (dosis diturunkan 2-4 minggu) lalu stop. Untuk pasien dengan serangan sindrom psikosis multiepisode, terapi pemeliharaan paling sedikit 5 tahun (ini dapat menurunkan derajat kekambuhan 2,5 sampai 5 kali).

2) Terapi Psikososial

Ada beberapa macam metode yang dapat dilakukan antara lain :

- a) Psikoterapi individual

- (1) Terapi suportif
 - (2) Sosial skill training
 - (3) Terapi okupasi
 - (4) Terapi kognitif dan perilaku (CBT)
- b) Psikoterapi kelompok
 - c) Psikoterapi keluarga

3) Strategi Komunikasi Perawat

Menurut Linda Carman, 2007 dalam Prabowo (2014) perawat perlu memiliki strategi komunikasi dalam menghadapi pasien dengan skizofrenia, antara lain :

- a) Jangan menghakimi, membantah atau menggunakan logika untuk menunjukkan kekeliruan.
- b) Bersikap netral ketika klien menolak kontrak.
- c) Pada awalnya, gunakan metode nonverbal, seperti mempertahankan kontak mata, senyum, atau menggunakan ekspresi positif. Setelah hubungan terbina, perawat diperbolehkan menyentuh klien dengan syarat klien siap menerima kehadiran perawat.
- d) Bicara singkat, dengan kalimat sederhana selama interaksi yang singkat dan sering.

- e) Beri pertanyaan terbuka ketika memandu klien melalui suatu pengalaman. Beri pertanyaan langsung jika menginginkan informasi.
- f) Catat dan beri komentar kepada klien tentang perubahan yang halus dalam ekspresi perasaan.
- g) Berfokus pada apa yang sedang terjadi disini, saat ini, dan dibicarakan tentang aktivitas yang didasarkan pada kenyataan.
- h) Minta klarifikasi jika klien berbicara secara umum tentang “mereka”.
- i) Jika perlu, identifikasi apa yang tidak dipahami perawat tanpa menyangkal klien.
- j) Jika perlu, sampaikan penerimaan terhadap klien meskipun beberapa pikiran dan persepsi klien tidak dipahami oleh orang lain.

B. Tinjauan Teoritis

1. Konsep Dasar Isolasi Sosial

a. Pengertian

Isolasi sosial adalah suatu gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel yang menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial (Depkes RI (2000 dalam Dermawan, 2014).

Isolasi sosial adalah keadaan di mana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya (Damaiyanti, 2012)

Isolasi sosial merupakan upaya menghindari komunikasi dengan orang lain karena merasa 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.

Berdasarkan buku keperawatan jiwa dari Stuart (2006 dalam Damaiyanti, 2012) menyatakan bahwa manusia adalah makhluk sosial, untuk mencapai kepuasan dalam kehidupan, mereka harus membina hubungan interpersonal yang positif. Individu juga harus membina hubungan saling tergantung yang merupakan keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam suatu hubungan.

Respon Adaptif		Respon Maladaptif
- Menyendiri	- Kesepian	-Manipulasi
- Otonomi	- Menarik diri	- Impulsif
- Kebersamaan	- Ketergantungan	- Narkisisme
- Saling ketergantungan		

Gambar 2.1.Rentang Respon Isolasi Sosial

1) Menyendiri (*Solitude*)

Merupakan respon yang dibutuhkan seseorang untuk merenungkan apa yang teral dilakukan di lingkungan sosialnya dan suatu cara mengevaluasi diri untuk menentukan langkah selanjutnya. *Solitude* umumnya dilakukan setelah melakukan kegiatan.

- 2) Otonomi
Merupakan kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide pikiran, perasaan dalam hubungan sosial.
- 3) Kebersamaan (*Mutualisme*)
Mutualisme adalah suatu kondisi dalam hubungan interpersonal dimana individu tersebut mampu untuk saling memberi dan menerima.
- 4) Saling ketergantungan (*Intedependen*)
Intedependen merupakan kondisi saling ketergantungan antar individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.
- 5) Kesepian
Merupakan kondisi di mana individu merasa sendiri dan tersaing dari lingkungannya.
- 6) Isolasi Sosial
Merupakan suatu keadaan di mana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain
- 7) Ketergantungan (*Dependen*)
Dependen terjadi bila seseorang gagal mengembangkan rasa percaya diri atau kemampuannya untuk berfungsi secara sukses. Pada gangguan hubungan sosial jenis ini orang lain diperlakukan sebagai objek, hubungan terpusat pada masalah pengendalian orang lain, dan individu cenderung berorientasi pada diri sendiri atau tujuan, bukan pada orang lain.
- 8) Manipulasi

Merupakan gangguan hubungan sosial yang terdapat pada individu yang menganggap orang lain sebagai objek. Individu tersebut tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam.

9) Impulsif

Individu impulsif tidak mampu merencanakan suatu, tidak mampu belajar dari pengalaman, tidak dapat diandalkan, dan penilaian yang buruk.

10) Narkisisme

Pada individu narsisme terdapat harga diri yang rapuh, secara terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian, sikap egosentrik, pencemburu, marah jika orang lain tidak mendukung.

b. Etiologi

Terjadinya gangguan ini dipengaruhi oleh faktor predisposisi diantaranya perkembangan dan sosial budaya. 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, menghindari dari orang lain, dan kegiatan sehari-hari terabaikan. (Direja, 2011)

Faktor yang mungkin mempengaruhi antara lain:

1) Faktor predisposisi

a) Faktor Tubuh 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 dapat menimbulkan masalah.

Tahap Perkembangan	Tugas
Masa bayi	Menetapkan rasa percaya
Masa bermain	Mengembangkan otonomi dan awal perilaku mandiri
Masa pra sekolah	Belajar menunjukan inisiatif, rasa tanggung jawab dan hati nurani
Masa sekolah	Belajar berkompetisi, bekerjasama, dan berkompromi
Masa pra remaja	Menjalani hubungan intim dengan teman sesama jenis kelamin
Masa remaja	Menjadi intim dengan teman lawan jenis atau bergantung
Masa dewa 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

Sumber :Stuart dan Sundeen (1995): hal.346 dikutip dalam Fitria (2009, dalam Dijera 2011)

b) 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 (*double bind*) yaitu suatu keadaan dimana seorang 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 memengaruhi terjadinya gangguan hubungan sosial adalah otak, misalnya pada klien skizofrenia yang mengalami masalah dalam hubungan sosial memiliki struktur yang abnormal pada otak seperti atropi otak, serta perubahan ukuran dan bentuk sel-sel dalam limbic dan daerah kortikal.

2) Faktor presipitasi

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

- a) Faktor Eksternal
Contohnya adalah stressor sosial budaya, yaitu stress yang ditimbulkan oleh faktor sosial budaya seperti keluarga.
- b) Faktor Internal
Contohnya adalah stressor psikologis, yaitu stress terjadi akibat ansietas atau kecemasan 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.

c. Tanda dan gejala

Menurut Dermawan (2013) tanda dan gejala yang muncul pada

Isolasi Sosial:

- 1) Data subyektif
 - a) Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain
 - b) Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain
 - c) Respons verbal kurang dan sangat singkat
 - d) Klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain
 - e) Klien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu
 - f) Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan
 - g) Klien merasa tidak berguna
 - h) Klien tidak yakin dapat melangsungkan hidup
 - i) Klien merasa ditolak
- 2) Data obyektif
 - a) Klien banyak diam dan tidak mau bicara

- b) Tidak mau mengikuti kegiatan
- c) Banyak berdiam diri dikamar
- d) Klien menyadari dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain

yang terdekat

- e) Klien tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal
- f) Kontak mata kurang
- g) Kurang sopan
- h) Kurang spontan
- i) Apatis (acuh terhadap lingkungan)
- j) Ekspresi wajah kurang berseri
- k) Tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri
- l) Mengisolasi diri
- m) Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya
- n) Masukan makanan dan minuman terganggu
- o) Retensi urin dan feses
- p) Aktivitas menurun
- q) Kurang energy (tenaga)
- r) Rendah diri
- s) Postur tubuh berubah, misalnya sikap fetus/janin (khususnya

pada posisi tidur)

2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dan masalah klien sehingga mutu pelayanan optimal. Dengan menggunakan proses keperawatan dapat terhindar dari tindakan keperawatan yang bersifat rutin, intuisi, tidak unik bagi individu klien (Keliat, 2015: hal. 1).

Hubungan saling percaya antara perawat dan klien merupakan dasar dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa. Hal ini penting karena peran perawat dalam asuhan keperawatan jiwa adalah membantu klien untuk dapat menyelesaikan masalah sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

Proses keperawatan terdiri dari atas empat langkah yang sistematis yang dijabarkan sebagai berikut :

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data perumusan masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spritual (Direja, 2011: hal. 36).

1) Identitas pasien

Melakukan pengenalan dan kontrak dengan pasien tentang : nama mahasiswa, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia pasien dan No. RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

2) Alasan masuk

Apa yang menyebabkan pasien atau keluarga datang, atau dirawat di rawat di rumah sakit, apakah sudah tahu penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini

3) Riwayat penyakit sekarang dan faktor presipitasi

Menanyakan bagaimana pasien bisa mengalami gangguan jiwa. Faktor yang memperberat kejadian seperti putus pengobatan

4) Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan

atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.

5) Pemeriksaan Fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan pasien

a) Genogram

Genogram menggambarkan pasien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh (Prabowo, 2014: hal. 86)

(1) Konsep diri (Prabowo, 2014: hal. 86)

(a) Gambaran Diri

Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian ang disukai

(b) Identitas diri

Status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan,

keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya.

(c) Fungsi peran

Tugas atau peran pasien dalam keluarga / pekerjaan / kelompok masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut.

(d) Ideal diri

Harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya

(e) Harga diri

Hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien dalam berhubungan dengan orang lain, harapan, identitas diri, tidak sesuai harapan, fungsi peran tidak sesuai harapan, ideal diri tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan / penghargaan orang lain

(2) Hubungan sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup pasien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain (Prabowo, 2014).

(3) Spritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan

(4) Status mental

(a) Penampilan

Melihat penampilan pasien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan pasien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik berpakaian terhadap status psikologis pasien (Prabowo, 2014).

(b) Pembicaraan

Amati pembicaraan pasien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti / bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai pembicaraan (Prabowo, 2014)

(c) Aktivitas motorik

Lesu, tegang, gelisah, agitasi : gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan, tik : gerakan-gerakan kecil otot muka yang tidak terkontrol, grimasem : gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak terkontrol pasien, tremor : jari-jari yang bergetar ketika pasien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari, kompulsif : kegiatan yang dilakukan berulang-ulang

(5) Afek dan emosi

(a) Afek

Kaji afek pasien yang meliputi :

Adekuat : perubahan roman-roman muka sesuai dengan stimulus eksternal, datar : tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan, tumpul : hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang sangat kuat, labil : emosi pasien cepat berubah-ubah, tidak sesuai : emosi bertentangan atau berlawanan dengan stimulus

(b) Emosi

Pada status emosi pasien perlu dikaji aa pasien merasakan kesepian, apatis, marah, anhedonia, eforia, depresi/sedih dan cemas (Prabowo, 2014)

(6) Interaksi selama wawancara

Kooperatif : berespon dengan baik terhadap pewawancara,
tidak kooperatif : tidak dapat menjawab pertanyaan
pewawancara dengan spontan, mudah tersinggung,
bermusuhan : kata-kata atau pandangan yang tidak
bersahabat atau tidak ramah, kontak kurang : tidak mau
menatap lawan bicara, curiga : menunjukkan sikap atau
peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain
(Prabowo, 2014)

(7) Persepsi sensori

(a) Halusinasi

Ditanyakan apakah pasien mengalami gangguan
sensori persepsi halusinasi diantaranya: pendengaran,
penglihatan, perabaan, pengecapan, penciuman

(b) Ilusi

Perlu ditanyakan apakah pasien mengalami ilusi

(c) Depersonalisasi

Perlu ditanyakan apakah pasien mengalami
depersonalisasi

(d) Derealisasi

Perlu ditanyakan apakah pasien mengalami derealisasi
(Prabowo, 2014)

(8) Proses pikir

Otistik: hidup dalam dunianya sendiri dan cenderung tidak memperdulikan lingkungan sekitarnya, dereistik : proses mental tidak diikuti dengan kenyataan, logika atau pengalaman, non realistik : pikiran yang tidak didasarkan pada kenyataan (Prabowo, 2014)

(9) Arus Pikir

Sirkumtansial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan, tangensial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan, kehilangan asosiasi : pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya, flight of ideas: pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik yang lainnya, bloking: pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan dari luar kemudian dilanjutkan kembali, perseferasi: kata-kata yang diulang berkali-kali, perbigerasi: kalimat yang diulang berkali-kali

(10) Isi pikir

Obsesi : pikiran yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya, phobia : ketakutan yang patologis/tidak logis terhadap objek/situasi tertentu, hipokondria : keakinan terhadap adanya gangguan organ tubuh yang sebenarnya tidak ada, depersonalisasi : perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, ide yag terkait : keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna yang terkait pada dirinya, pikiran magis : keyakinan pasien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil atau diluar kemampuannya, waham: agama : keyakinan pasien terhadap suatu agama secara berlebihan, somatik: keyakinan pasien terhadap tubuhnya, kebesaran: keyakinan pasien yang berlebihan terhadap kemampuannya, curiga: keyakinan pasien bahwa ada seseorang yang berusaha merugikan, mencederai dirinya, nihilistik: pasien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada didunia/meninggal, sisip pikir: pasien yakin pada ide pikiran orang lain yang disisipkan didalam pikirannya, siar pikir: pasien yakin ada orang lain yang mengetahui apa yang pasien pikirkan walaupun pasien tidak pernah menceritakannya kepada orang, kontrol pikir : pasien

yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar
(Prabowo, 2014)

(11) Tingkat kesadaran

Bingung : tampak bingung dan kacau (perilaku yang tidak mengarah pada tujuan), sedasi : mengatakan merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar, stupor: gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh pasien dalam sikap yang canggung dan dipertahankan pasien tapi pasien mengerti semua yang terjadi dilingkungannya

(12) Orientasi : waktu, tempat, orang

Jelaskan apa yang dirasakan pasien saat wawancara

(13) Memori

Gangguan mengingat jangka panjang : tidak dapat mengingat kejadian lebih dari 1 bulan, gangguan mengingat jangka pendek : tidak dapat mengingat kejadian dalam minggu terakhir, gangguan mengingat saat ini : tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi, konfabulasi : pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya (Prabowo, 2014)

(14) Tingkat konsentrasi

Mudah beralih : perhatian mudah berganti dari satu objek ke objek lainnya, tidak mampu berkonsentrasi: pasien selalu minta agar pertanyaan diulang karena tidak menangkap apa yang ditanyakan atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan, tidak mampu berhitung :tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda-benda yang nyata.

(15) Kemampuan penilaian

Kaji bagaimana kemampuan pasien dalam melakukan penilaian terhadap situasi, kemudian dibandingkan dengan yang seharusnya.

(16) Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita : pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita tentang penyakitnya, menyalahkan hal-hal diluar dirinya : menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang (Prabowo, 2014).

b) Kebutuhan persiapan pulang

Menurut (Prabowo, 2014) kebutuhan persiapan pulang :

- (1) Makan : tanyakan frekuensi, jumlah, variasi, macam dan cara makan, observasi kemampuan pasien menyiapkan dan membersihkan alat makan.
- (2) Buang air besar dan buang air kecil : Observasi kemampuan pasien untuk buang air besar (BAB), dan buang air kecil (BAK), pergi menggunakan WC atau membersihkan WC.
- (3) Mandi : observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, observasi kebersihan tubuh dan bau badan pasien.
- (4) Berpakaian : observasi kemampuan pasien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian, observasi penampilan dan dandan pasien.
- (5) Istirahat Tidur : observasi dan tanyakan lama dan waktu tidur siang atau malam, persiapan sebelum tidur dan aktivitas sesudah tidur, penggunaan obat : observasi penggunaan obat, frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian, pemeliharaan kesehatan: tanyakan kepada pasien tentang bagaimana, kapan perawatan lanjut, siapa saja sistem pendukung yang dimiliki.
- (6) Aktivitas didalam rumah : tanyakan kemampuan pasien dalam mengolah dan menyajikan makanan, merapikan

rumah, mencuci pakaian sendiri, mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

- (7) Aktivitas diluar rumah : tanyakan kemampuan pasien dalam belanja untuk keperluan sehari-hari, aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah.
- (8) Mekanisme Koping : Data yang didapat melalui wawancara dengan pasien atau keluarganya (Prabowo, 2014)
- (9) Masalah psikososial dan lingkungan : Perlu dikaji tentang masalah dengan dukungan kelompok, masalah berhubungan dengan lingkungan dan masalah dengan pendidikan, pekerjaan, perumahan ekonomi, pelayanan kesehatan
- (10) Pengetahuan: Apakah pasien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang : penyakit/gangguan jiwa, sistem pendukung, faktor predisposisi dan presipitasi, mekanisme koping, penyakit fisik, obat-obatan dan lain-lain
- (11) Aspek medis : Tulis diagnosa medis yang telah diterapkan oleh dokter, tuliskan obat-obatan pasien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka dan terapi lain

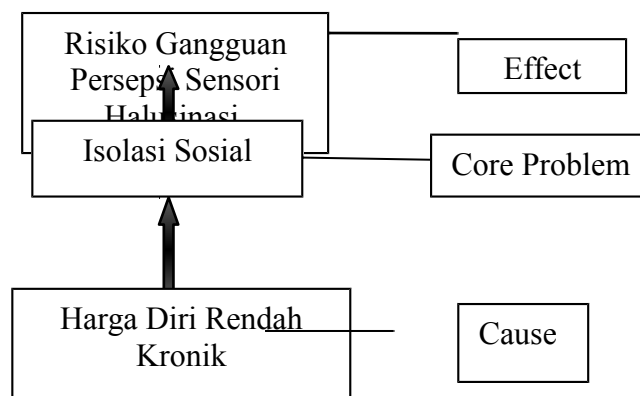
b. Daftar Masalah

Beberapa masalah keperawatan yang muncul dari data diatas kemudian dapat dirumuskan masalah diantaranya yaitu:

- 1) Perubahan persepsi sensori : halusinasi.
- 2) Isolasi sosial
- 3) Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis

c. Pohon masalah

Pohon masalah adalah kerangka berpikir logis yang berdasarkan prinsip sebab dan akibat yang terdiri dari masalah utama, penyebab dan akibat.



Gambar 2.2 Pohon masalah Isolasi sosial (Damayanti, 2012)

d. Diagnosa keperawatan (Damaiyanti, 2012)

- 1) Isolasi sosial
- 2) Perubahan persepsi sensori : halusinasi
- 3) Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronik

e. Perencanaan

Tujuan (1)	Kriteria Evaluasi (2)	Intervensi (3)	Rasional (4)
1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	1.1 Ekspresi wajah bersahabat menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi	1.1.1 Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan 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 sifat empati dari menerima klien apa adanya g. Beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien	Hubungan saling percaya merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya.
2. Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri	2.1 Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri yang berasal dari : - Diri sendiri - Orang lain - Lingkungan	2.1.1 Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandanya 2.1.2 Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab	Diketahuinya penyebab akan dapat dihubungkan dengan faktor resipitasi yang dialami klien

		menarik diri atau tidak mau bergaul 2.1.3 Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri tanda-tanda serta penyebab yang muncul 2.1.4 Berikan pujian terhadap kemampuan klien dalam menggunakan perasaannya	
3. Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain	3.1 Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain 3.2 Klien dapat menyebutkan kerugian tidak	3.1.1 Kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain 3.1.2 Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain 3.1.3 Diskusikan bersama klien tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain 3.1.4 Beri reinforcement positif terhadap kemampuan pengungkapan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain 3.2.1 Kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan kerugian tidak berhubungan dengan	Klien harus dicoba berinteraksi secara bertahap agar terbiasa membina hubungan yang sehat dengan orang lain Mengevaluasi manfaat yang dirasakan klien sehingga timbul

	berhubungan dengan orang lain	3.2.2 Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain 3.2.3 Diskusikan bersama klien tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain 3.2.4 Beri reinforcement positif terhadap kemampuan pengungkapan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain	orang lain kesempatan berinteraksi kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain Diskusikan bersama klien tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain reinforcement positif terhadap kemampuan pengungkapan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain	motivasi untuk berinteraksi
4. Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap	4.1 Klien dapat mendemonstrasikan hubungan sosial secara bertahap antara : - Klien dengan perawat. - Klien dengan perawat, klien dengan perawat lainnya. - Klien dengan perawat, klien dengan perawat lainnya, klien dengan klien lainnya. - Klien dengan keluarga kelompok masyarakat	4.1.1 Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain 4.1.2 Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain melalui tahap: -K-P -K-P-P lain -K-P-P lan-K lain -K-P-Kel/Klp/Masy 4.1.3 Beri reinforcement terhadap keberhasilan yang telah dicapai 4.1.4 Bantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan 4.1.5 Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama		

		klien dalam mengisi waktu 4.1.6 Motivasi klien untuk mengikuti kegiatan ruangan 4.1.7 Beri reinforcement atas kegiatan klien dalam ruangan	
5 Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain.	5.1 Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain untuk : - Diri sendiri - Orang lain	5.1.1 Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan dengan orang lain 5.1.2 Diskusikan dengan klien tentang perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain 5.1.3 Beri reinforcement positif atas kemampuan klien mengungkapkan klien manfaat berhubungan dengan orang lain	
6 Klien dapat memberdayakan sistem pendukung atau keluarga mampu mengembangkan	6.1 Keluarga dapat : - Menjelaskan perasaannya - Menjelaskan cara merawat klien menarik diri - Mendemonstrasikan cara perawatan klien	6.1.1 Bisa berhubungan saling percaya dengan keluarga: - Salam,perkenalkan diri - Sampaikan tujuan - Buat kontrak - Eksplorasi perasaan keluarga	Keterlibatan keluarga sangat mendukung terhadap proses perubahan perilaku klien

kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.	menarik diri - Berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri	6.1.2 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 6.1.3 Dorong anggota keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien untuk berkomunikasi 6.1.4 Anjurkan anggota keluarga secara rutin dan bergantian menjenguk klien minimal satu minggu sekali 6.1.5 Beri reinforcement atas hal-hal yang telah dicapai oleh keluarga	
--	---	---	--

f. Pelaksanaan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata, seringkali implementasi jauh berbeda dengan rencana. Hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa

menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang biasa adalah rencana tindakan tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan, itu yang dilaksanakan. Hal ini sangat membahayakan klien dan perawat jika berakibat fatal dan juga tidak memenuhi aspek legal.

Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah di rencanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan sudah sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknik yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tindakan ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak (inform consent) dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dilaksanakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien. (Direja, 2011).

Strategi pelaksanaan Isolasi Sosial, SP1P : Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien, berdiskusi dengan klien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain, berdiskusi dengan klien tentang kerugian berinteraksi dengan orang lain, menganjurkan klien cara berkenalan dengan satu orang, menganjurkan klien memasukkan kegiatan latihan berbincang – bincang dengan orang lain dalam

kegiatan harian. SP2P : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, memberikan kesempatan kepada klien mempraktekan cara berkenalan dengan satu orang, membantu klien memasukkan kegiatan latihan berbincang – bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian. SP3P : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, memberikan kesempatan kepada klien mempraktekan cara berkenalan dengan dua orang atau lebih, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP1K : Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami klien beserta proses terjadi. Menjelaskan cara-cara merawat klien dengan isolasi sosial. SP2K : Melatih keluarga mempraktekan cara merawat klien dengan isolasi sosial. melatih keluarga mempraktekan cara merawat langsung kepada klien isolasi sosial. SP3K : Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planing), menjelaskan follow up klien setelah pulang (Damaiyanti, 2012).

g. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkepanjangan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan untuk secara terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah

dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan, evaluasi hasil atau evaluasi sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan (Direja, 2011).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP diantaranya, sebagai berikut.

- S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan.
- A : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang dikontradiksi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.
- P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut oleh perawat.

Rencana tindak lanjut (Prabowo, 2014 hal.100) berupa :

- 1) Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah.
- 2) Rencana modifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi belum memuaskan.

- 3) Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa yang lama dibatalkan.
- 4) Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

Pada klien dengan kerusakan interaksi sosial: menarik diri, evaluasi keperawatan yang diharapkan sebagai berikut:

- 1) Klien dapat membina hubungan saling percaya
- 2) Klien dapat mengenal perasaan yang menyebabkan menarik diri
- 3) Klien dapat mengenal keuntungan dan kerugian dari menarik diri
- 4) Klien dapat berhubungan sosial dengan orang lain secara bertahap
- 5) Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain
- 6) Klien mampu memberdayakan sistem

C. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa, tanggal 26 April 2016, pukul 16.00 wita di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali di Bangli dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan rekam medik pasien serta kunjungan ke rumah keluarga klien pada tanggal 01 Mei 2016.

a. Pengumpulan data

1) Identitas

	Klien	Penanggung
Nama	: “SW”	“WB”
Umur	: 25 th	56 th
Jenis kelamin	: Perempuan	Laki-laki
Agama	: Hindu	Hindu
Status	: Belum kawin	Kawin
Suku Bangsa	: Bali/Indonesia	Bali/Indonesia
Pekerjaan	: -	Pedagang
Pendidikan	: SD	-
Alamat	:Br. Dinas Megati Kelod, Megati, Selemadeg Timur, Tabanan.	

Hubungan Dengan Pasien: Ayah Klien

No RM : 0202XX

2) Alasan masuk

a) Keluhan Utama Saat MRS.

Klien dikatakan masuk Rumah Sakit Jiwa pada tanggal 29 Maret 2016 di bawa oleh keluarga dan satpol PP karena klien mengamuk dirumah sambil membawa golok dan ingin memukul bapaknya.

b) Keluhan Utama Saat Pengkajian.

Klien mengatakan hanya ingin tidur dan tidak mau berkenalan ataupun bergaul dengan teman-teman di ruang Kunti. Jika klien di ajak berbicara klien lebih suka diam, klien juga tampak menyendiri.

c) Riwayat Penyakit Sebelumnya.

Sebelumnya klien sudah pernah di rawat di RSJ Provinsi Bali sebanyak 3 kali termasuk dengan dirawat untuk yang sekarang. Sebelum klien mengalami gangguan jiwa, klien dikatakan pernah mengalami kejang sejak umur 1 tahun dan berkelanjutan menjadi epilepsi hingga 6 tahun yang lalu terakhir klien mengalami kejang. Lalu klien di bawa ke RSUP sanglah selama 1 bulan di rawat inap. Setelah berapa lama klien mengalami epilepsi, klien dikatakan sering berbicara sendiri, lalu pasien di ajak untuk berobat ke dukun dan pernah diajak melukat tapi tidak menunjukkan perubahan. Klien juga dikatakan pernah mendengar suara-suara tetangganya yang menganggunya. Tetangganya dikatakan telah merebut kekuatannya untuk terbang. Lalu klien pertama kali di ajak berobat ke RSJ Provinsi Bali pada tahun 2008 diantar oleh keluarganya. Saat itu klien dikatakan

sempat bertengkar dengan bapaknya dan sampai menusuk tangan bapaknya menggunakan pisau.

Klien masuk RSJ untuk ke-2 kalinya pada tahun 2015, pasien datang diantar oleh satpol PP karena dikatakan menggelandang di pasar daerah Gianyar. Keluarga mengatakan klien sempat hilang 10 hari sebelum klien masuk RSJ. Saat masuk RSJ pasien dikatakan sempat memukul meja pemeriksa saat sedang dikaji oleh petugas. Lalu pasien menjalani rawat inap di ruang Kunti sampai tanggal 16 April 2015, dan yang terakhir kali klien masuk RSJ pada tanggal 29 Maret 2016 diantar oleh satpol PP juga karena klien mengamuk di rumah sambil membawa golok dan ingin memukul bapaknya. Karena klien membawa senjata tajam oleh karena itu keluarga memanggil satpol PP untuk membawa ke RSJ. Sebelum klien mengamuk dikatakan klien sempat putus obat karena di puskesmas biasanya klien berobat rawat jalan tidak menyediakan obat untuk gangguan jiwa. Klien putus obat sejak bulan november 2015 dan tidak pernah kontrol. Klien dikatakan sering bicara sendiri dan mengeluarkan kata-kata aneh yang tidak dimengerti. Klien juga dikatakan sering mandi ± 6 kali sehari dan sempat menyiram kasurnya dengan air agar dapat tidur. Lalu klien menjalani rawat inap lagi di ruang Kunti. Saat ini klien lebih suka menyendiri, diam, dan klien mengatakan hanya ingin tidur dan tidak mau berkenalan ataupun bergaul dengan teman-teman di ruang Kunti.

Jika klien di ajak berbicara klien lebih suka diam, kontak mata klien baik, tapi sesekali melihat sekitar ruangan, klien kurang kooperatif, klien juga tampak suka mengulang perkataan yang sudah dikatakan sebelumnya.

3) Faktor Predisposisi

Keluarga mengatakan klien pernah mengalami kejang sejak umur 1 tahun dan berkelanjutan menjadi epilepsi hingga 6 tahun yang lalu terakhir klien mengalami kejang. Setelah klien mengalami epilepsi lama, klien sering dikatakan berbicara sendiri seperti ada yang diajaknya berbicara. Klien juga dikatakan pernah mendengar suara-suara tetangganya mengatakan "bunuh-bunuh". Tetangganya dikatakan telah merebut kekuatannya untuk terbang. Keluarga klien juga mengatakan klien merupakan orang yang tertutup akan masalahnya. Keluarga klien tidak mengerti penyebab anaknya seperti ini.

4) Faktor Presipitasi

Keluarga klien mengatakan klien sempat putus obat karena di puskesmas biasanya klien berobat rawat jalan tidak menyediakan obat untuk gangguan jiwa. Klien dikatakan putus obat sejak bulan november 2015 dan tidak pernah kontrol lagi sampai Maret 2016 hingga tanggal 26 Maret 2016 klien masuk RSJ Provinsi Bali. Dan semenjak itu klien dikatakan sering bicara sendiri dan mengeluarkan kata-kata aneh yang tidak dimengerti.

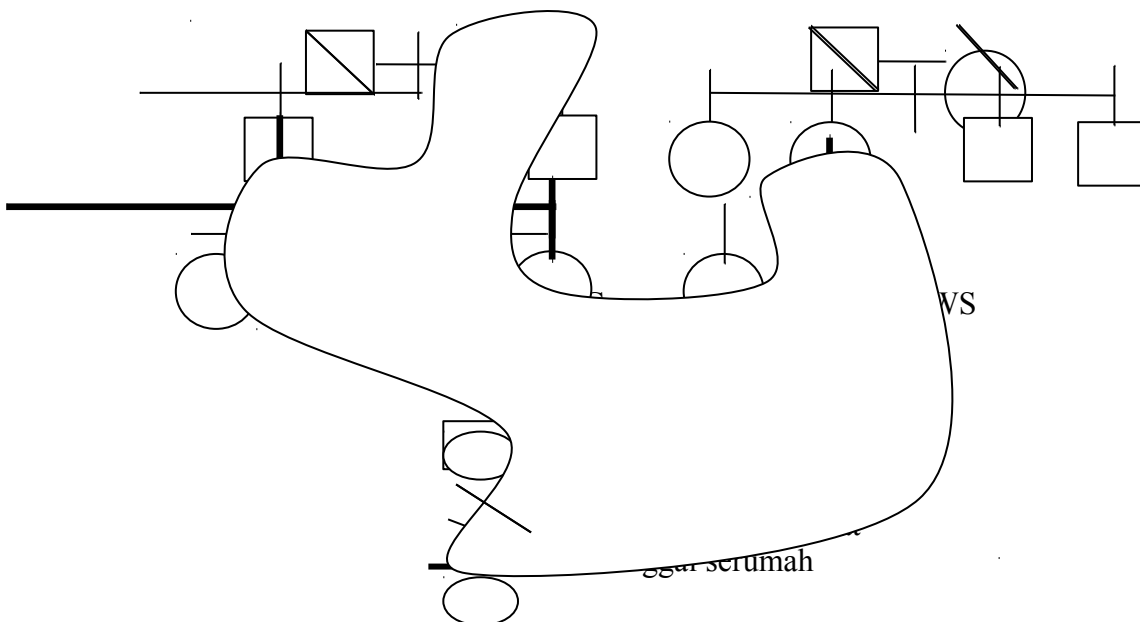
5) Pemeriksaan Fisik

a) Tanda – tanda Vital

Tekanan darah	: 110/70 mmHg
Suhu	: 36,8°C
Nadi	: 80 x/mnt

- Respirasi : 20 x/mnt
- b) Ukuran – ukuran
- Berat badan : 54 kg
- Tinggi badan : 155 cm
- IMT : $BB / (TB/100)^2$
 $= 54 / (155/100)^2$
 $= 54 / 2,40$
 $= 22,5 \text{ N (Normal 18,5 – 22,9).}$
- c) Keluhan fisik : Keluarga klien mengatakan klien pernah mengalami kejang sejak umur 1 tahun dan berkelanjutan menjadi epilepsi hingga 6 tahun yang lalu terakhir klien mengalami kejang.

6) Psikososial
a) Genogram



Penjelasan :

Klien adalah anak ke-2 dari 3 bersaudara. Keluarga klien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti klien. Klien tinggal serumah dengan ayah, ibu, nenek dan adik perempuannya.

b) Konsep Diri

(1) Citra tubuh

Saat pengkajian klien mengatakan tidak membenci ataupun tidak menyukai anggota tubuhnya dan klien mengatakan biasa saja.

(2) Identitas diri

Saat pengkajian klien mengatakan namanya “SW”, klien mengatakan dirinya seorang laki-laki yang berubah menjadi perempuan. Klien juga mengatakan pendidikan terakhirnya adalah SD. Klien tidak mampu menyebutkan umur, dan tempat tanggal lahirnya.

(3) Peran diri

Klien berperan sebagai anak perempuan dikeluarganya dan anak ke-2 dari 3 bersaudara. Klien mengatakan sebelum sakit biasa menyapu dan mebanten, tetapi setelah sakit pasien tidak mau menyapu dan mebanten lagi. Klien mengatakan saat ini ingin bertemu dengan ayahnya di rumah.

(4) Ideal diri

Saat pengkajian klien mengatakan ingin cepat pulang kerumah dan bersama dengan keluarganya lagi.

(5) Harga diri

Klien mengatakan merasa tidak malu dengan dirinya sendiri ataupun dengan keluarganya meskipun klien sudah 3x pernah masuk RSJ Provinsi Bali.

c) Hubungan Sosial

(1) Orang yang terdekat

Keluarga klien mengatakan orang yang terdekat adalah ayah dan ibunya.

- (2) Peran serta dalam masyarakat
Keluarga klien mengatakan klien tidak mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat, klien lebih suka diam di rumah dan melakukan aktivitas di sekitaran lingkungan rumah saja.

- (3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
Klien tampak tidak mau bergaul. Di ruangan klien suka tidur dan menyendiri serta hampir tidak pernah berbicara dengan orang-orang disekitarnya.

d) Spiritual

- (1) Nilai dan keyakinan
Keluarga Klien mengatakan bahwa klien beragama Hindu dan percaya dengan adanya Tuhan.

- (2) Kegiatan ibadah
Keluarga Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa sembahyang di rumah. Selama dirawat keluarga klien mengatakan klien tidak pernah bersembahyang.

7) Status Mental

- a) Penampilan
Klien berpenampilan tampak kurang bersih dengan memakai celana pendek warna hitam, baju kaos warna hijau yang jarang diganti oleh klien, rambut klien acak-acakan, dan tidak memakai sandal.
- b) Pembicaraan
Saat klien dikaji, klien berbicara tidak sesuai dengan yang ditanyakan dan klien tampak pasif. Klien mau berbicara bila

ditanya dan menjawab seperlunya saja. Terkadang klien sering mengulang pembicaraannya.

c) Aktivitas Motorik

Saat pengkajian kaki dan tangan klien tampak gemetar. Klien tampak melihat ruangan sekitar, klien mau beraktivitas juga diarahkan. Diruangan klien lebih suka menyendiri serta tidur-tiduran. Klien tampak menekuk kakinya untuk posisi duduk yang nyaman.

d) Alam Perasaan

Klien mengatakan sedih karena tidak bersama dengan keluarganya dan sesekali pasien tersenyum.

e) Afek dan Emosi

Saat pengkajian afek klien tumpul hanya beraksi bila ada stimulus yang kuat dan saat klien diajukan pertanyaan raut wajahnya gembira dan saat tidak ada pertanyaan klien tampak lebih banyak diam dan bengong. Saat klien ditanya tentang hal yang menyenangkan ataupun yang menyedihkan ekspresi klien tampak datar.

f) Interaksi Selama Wawancara

Saat diajak wawancara klien tampak bingung dalam menjawab pertanyaan dan jawaban klien juga tidak sesuai dengan pertanyaan yang diberikan oleh perawat. Klien juga sesekali mengulang kalimat yang sudah diucapkan sebelumnya. Kontak mata klien kurang

g) Persepsi

Sebelumnya klien pernah dikatakan sering berbicara sendiri, klien juga dikatakan pernah mendengar suara-suara tetangganya yang menganggunya saat sebelum klien masuk RSJ Provinsi Bali tahun 2008, terdapat riwayat halusinasi terdahulu, dan klien saat ini tidak mengalami gangguan pada persepsinya.

h) Proses Pikir

Saat pengkajian pembicaraan klien tidak ada hubungannya antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan klien tidak menyadarinya. Klien juga sering berbicara meloncat dari satu topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan. Klien sesekali mengulang pembicaraannya. Klien juga suka menceritakan suatu ide, tema secara berulang.

i) Isi Pikiran

Klien mempunyai keyakinan berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan seperti yang dikatakan oleh klien saat pengkajian “saya terbang keluar angkasa dengan Bli Elon”. Keyakinan yang berlebihan klien tersebut pernah dikatakan hanya saat melakukan BHSP pertama saja.

j) Tingkat kesadaran

Ketika perawat menanyakan, “Ibu sekarang berada dimana?”, klien menjawab tidak tahu dan klien tidak mampu menyebutkan hari, tanggal, dan tahun sekarang. dan klien

mau menyebutkan nama perawat tapi klien sering lupa dengan nama perawat.

k) Memori
Klien mengalami gangguan daya ingat jangka pendek karena klien tidak dapat mengingat kejadian yang baru terjadi dalam minggu terakhir. Klien juga mengalami gangguan daya ingat saat ini karena klien tidak dapat mengingat nama perawat yang baru diajak berkenalan.

l) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung
Perhatian klien mudah berganti dari satu obyek ke obyek lain dan klien tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda-benda nyata, tapi klien mampu berhitung dari angka 1-10.

m) Kemampuan Penilaian
Klien tidak mampu mengambil keputusan sendiri, meski sudah dibantu oleh petugas.

n) Daya Tilik Diri
Klien tidak menyadari dirinya sakit dan perlu pengobatan di RSJ.

8) Kebutuhan Persiapan Pulang

a) Makan dan Minum
Klien makan 3 kali sehari dengan menu yang diberikan di RSJ Provinsi Bali dan klien tidak mempunyai pantangan dalam makan. Klien minum $\pm 4-6$ ($\pm 800-1200$ cc/hari) gelas perhari. Klien mampu mengambil makanan maupun

minuman sendiri tanpa dibantu orang lain. Saat dikaji klien

mampu menghabiskan 1 porsi makanannya.

b) Eliminasi

Klien tampak biasa BAB (buang air besar) 2 kali sehari BAK

(buang air kecil) 4-6 kali per hari. Klien BAB dan BAK di

WC dan selalu membersihkannya setelah BAB maupun BAK

c) Mandi

Klien mengatakan mandi 1 kali sehari menggunakan sabun,

mengatakan gosok gigi setiap mandi, dan keramas 1 kali

seminggu. Klien juga mengatakan mandi dengan air dahulu

setelah itu menggunakan sabun.

d) Berpakaian

Klien tampak kurang rapi, pakaian klien tidak mau diganti,

klien mengenakan baju berwarna hijau dan celana hitam yang

diberikan di rumah sakit dan klien tidak menggunakan

sandal.

e) Istirahat dan Tidur

Klien tampak biasa tidur malam pukul 20.00 wita dan bangun

pagi pukul 06.00 wita. Klien tampak biasa tidur siang 1-2

jam.

f) Penggunaan Obat

Klien mengatakan diruangan mau minum obat tapi masih

diarahkan dan saat minum obat masih diawasi oleh petugas.

g) Pemeliharaan Kesehatan

Keluarga mengatakan pengobatan akan terus dilakukan

sampai klien benar-benar sembuh dan keluarga pun

menganggap pentingnya obat bagi klien sehingga keluarga

mengatakan pengobatan akan tetap dilakukan walaupun nanti

klien telah pulang.

h) Kegiatan di Dalam Rumah

Saat dirumah keluarga mengatakan klien lebih banyak diam

dan bengong, saat diruangan klien juga tampak pendiam,

tidak mau berkenalan dan tidak mau bergaul dengan teman-

temannya.

i) Kegiatan di Luar Rumah

Keluarga klien mengatakan jarang keluar rumah dan jarang

bergaul dengan orang lain.

9) Mekanisme Koping

Keluarga klien mengatakan setiap ada masalah jarang

menceritakan masalahnya kepada keluarga maupun ke orang lain.

Klien mengatakan hanya memendam masalahnya sendiri. Saat

mengalami masalahnya, klien mengatakan ia merasa malu untuk

menceritakan masalahnya.

10) Masalah Psikososial dan lingkungan

Keluarga mengatakan klien jarang bergaul dengan teman-teman

dilingkungan rumahnya, bahkan saat dirawat klien tampak

menyendiri dan tidak mau bergaul dengan orang disekitarnya.

11) Pengetahuan

Keluarga pasien mengatakan pendidikan pasien terakhir adalah

tidak tamat SD.

Aspek medik

a) Diagnosa medis : Skizofrenia Hebefrenik

b) Terapi tanggal 29 Maret 2016 (saat MRS)

(1) Lodomer 5 mg (Intramuscular)

(2) Diazepam 10 mg (Intramuscular)

(3) Haloperidol 2x5 mg (Intra Oral)

- c) Terapi tanggal 26 April 2016 (saat pengkajian)
(1) Haloperidol 2x5 mg (Intra Oral)

b. Analisa Data

TABEL 2.1

**ANALISA DATA KEPERAWATAN KLIEN WS DENGAN
ISOLASI SOSIAL DI RUANG KUNTI
RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL 2016**

No	Data Subyektif	Data Obyektif	Kesimpulan
1	2	3	4
1.	- Klien mengatakan hanya ingin tidur dan tidak mau berkenalan ataupun bergaul dengan teman-teman di ruang Kunti. - Keluarga klien mengatakan klien merupakan orang yang tertutup akan masalahnya. - Keluarga klien mengatakan klien tidak pernah mengikuti kegiatan sosial-kemasyarakatan yang diadakan di lingkungannya seperti ikut gotong-royong	- Klien tampak tidak mau bergaul. - Saat dirawat di rumah sakit jiwa klien tampak menyendiri dan tidak mau bergaul dengan orang yang berada disekitarnya. - Saat tidak ada pertanyaan klien tampak lebih banyak diam dan bengong. - Diruangan klien lebih suka menyendiri serta tidur-tiduran. - Klien tampak pasif	Isolasi Sosial

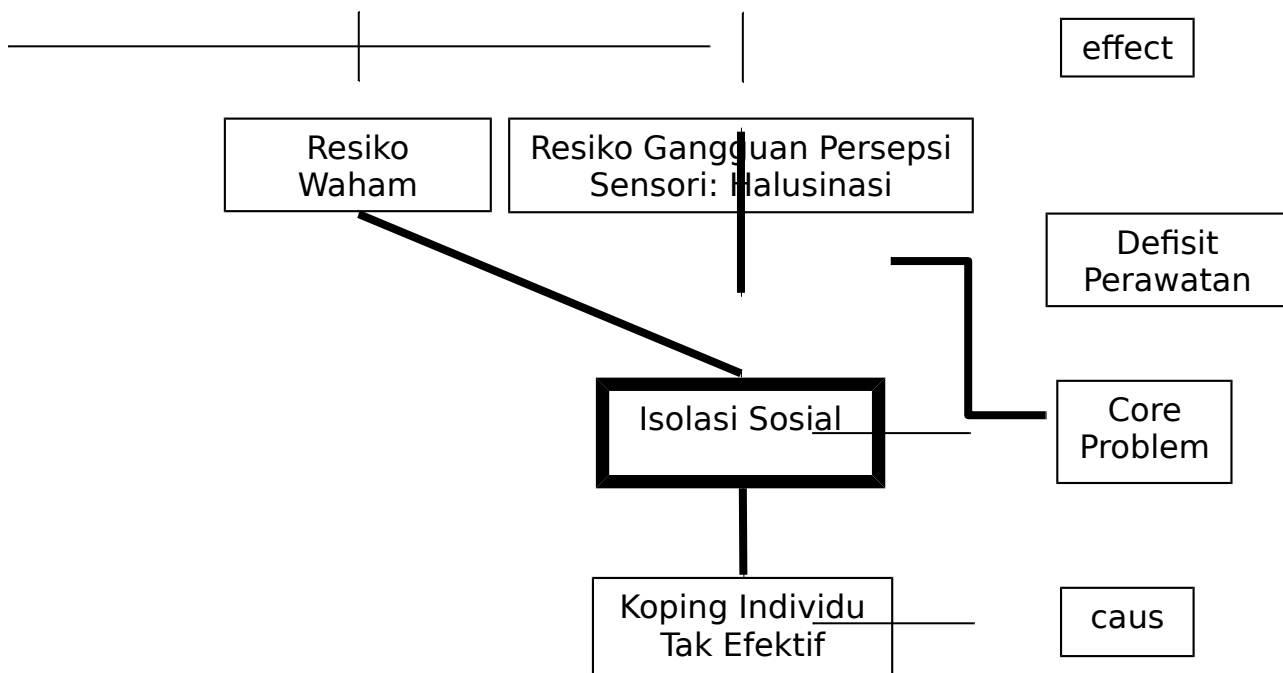
	dan klien dikatakan hanya melakukan aktivitas di sekitaran rumah dan tidak mau berbicara dengan orang lain. Klien mengatakan lebih suka menyendiri dan tidak mau berkenalan ataupun bergaul dengan temannya karena klien lebih suka sendiri.	Klien mau berbicara bila ditanya dan menjawab seperlunya saja. Di ruangan klien tampak suka tidur dan menyendiri serta hampir tidak pernah berbicara dengan orang-orang disekitarnya. Jika klien di ajak berbicara klien lebih suka diam, klien juga tampak menyendiri. Saat klien ditanya tentang hal yang menyenangkan ataupun yang menyedihkan ekspresi klien tampak datar. Kontak mata kurang	
2.	Klien mengatakan mandi 1 kali sehari menggunakan sabun, mengatakan gosok gigi setiap mandi dan keramas 1 kali seminggu.	Klien berpenampilan tampak kurang bersih dengan memakai celana pendek warna hitam, baju kaos warna hijau yang jarang diganti oleh klien, rambut klien acak-acakan, dan tidak memakai sandal.	Difisit Perawatan Diri
3.	Klien mengatakan hanya memendam masalahnya sendiri. Klien mengatakan ia merasa malu untuk menceritakan masalahnya. Keluarga klien mengatakan setiap ada masalah jarang menceritakan masalahnya kepada keluarga maupun ke orang lain.	Klien lebih banyak diam dan bengong Saat diruangan klien juga tampak pendiam	Koping Individu Tak Efektif
4.	Sebelumnya klien pernah dikatakan sering berbicara sendiri Klien juga dikatakan pernah mendengar suara-suara tetangganya yang menganggunya saat sebelum klien masuk RSJ Provinsi Bali tahun 2008 namun saat	Terdapat riwayat halusinasi terdahulu Saat ini klien tidak mengalami gangguan pada persepsinya Klien tampak tidak mau bergaul. Diruangan klien lebih suka menyendiri serta tidur-	Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

	ini klien mengatakan tidak pernah mendengar suara-suara yang menganggunya lagi.	tiduran. Saat tidak ada pertanyaan klien tampak lebih banyak diam dan bengong.	
5.	- Klien mempunyai keyakinan berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan seperti yang dikatakan oleh klien saat pengkajian “saya terbang keluar angkasa dengan Bli Elon”. - Klien mengatakan dirinya seorang laki-laki yang berubah menjadi perempuan.	Keyakinan yang berlebihan klien tersebut pernah dikatakan hanya saat melakukan BHSP pertama saja	Resiko Waham Berulang

c. Rumusan Masalah

- 1) Isolasi Sosial
- 2) Defisit Perawatan Diri
- 3) Koping Individu Tak Efektif
- 4) Resiko Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- 5) Resiko Waham Berulang

d. Pohon Masalah



Gambar 2.4. Pohon Masalah Tinjauan Kasus

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Isolasi Sosial
- b. Koping Individu Tak Efektif
- c. Defisit Perawatan Diri
- d. Resiko Gangguan Persepsi Sendosi Halusinasi
- e. Resiko Waham Berulang

3. Perencanaan

- a. Prioritas diagnosa keperawatan.

- 1) Isolasi Sosial

- b. Rencana Keperawatan

Rencana tindakan akan berdasarkan prioritas diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien, intervensi disesuaikan dengan masing-masing diagnosa dan rencana keperawatan disusun meliputi tujuan umum, tujuan kasus dll, selanjutnya lihat tabel 2.2 :

c. Rencana Keperawatan

TABEL 2.2
RENCANA KEPERAWATAN KLIEN SW DENGAN
ISOLASI SOSIAL DI RUANG KUNTI
RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL – 01 MEI 2016

Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
Selasa, 26 April 2016 16.30 wita	Isolasi Sosial	TUM : Klien dapat berinteraksi dengan orang lain TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.	Setelah diberikan Askep selama 6 kali pertemuan, masing-masing pertemuan 15 menit diharapkan klien : 1.1 Klien dapat membina hubungan saling percaya - Ekspresi wajah bersahabat menunjukkan rasa senang, ada kontak mata,	1.1.1 Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

Lanjutan

			mau berjabat tangan, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	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 sifat empati dari menerima klien apa adanya g. Beri perhatian kebutuhan dasar klien	Dilanjutkan
		2. Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri.	2.1 Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri yang berasal dari: - Diri sendiri - Orang lain - Lingkungan	2.1.1 Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandanya. 2.1.2 Diskusikan dengan klien akibat yang dirasakan menarik diri. 2.1.3 Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri tanda-tanda serta penyebab yang muncul. 2.1.4 Berikan pujian terhadap	Diketahuinya penyebab akan dapat dihubungkan dengan faktor resipitasi yang dialami klien.

Lanjutan

				kemampuan klien dalam menggunakan perasaannya	
	.	3. Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.	3.1 Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain.	3.1.1 Kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain. 3.1.2 Beri kesempatan dengan klien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain. 3.1.3 Diskusikan bersama klien tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain. 3.1.4 Beri reinforcement positif terhadap kemampuan pengungkapan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain	Klien harus dicoba berinteraksi secara bertahap agar terbiasa membinaa hubungan yang sehat dengan orang lain.
			3.2 Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.	3.2.1 Kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.	Mengevaluasi manfaat yang dirasakan klien sehingga timbul motivasi untuk

Lanjutan				3.2.2 Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain. 3.2.3 Diskusikan bersama klien tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain. 3.2.4 Beri reinforcement positif terhadap kemampuan pengungkapan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan.	berinteraksi. Dilanjutkan
		4. Klien dapat melaksanakan hubungan secara bertahap.	4.1 Klien dapat mendemonstrasikan hubungan sosial secara bertahap antara: K-P K-P-K K-P-Kel K-P-Klp	4.1.1 Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain. 4.1.2 Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain melalui tahap: K-P K-P-P lain K-P-P lain- K lain K-P-Kel/klp/Masy 4.1.3 Beri reinforcement terhadap keberhasilan yang	

Lanjutan				telah di capai. 4.1.4 Bantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan. 4.1.5 Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu. 4.1.6 Motivasi klien untuk mengikuti kegiatan ruangan 4.1.7 Beri reinforcement atas kegiatan klien dalam ruangan.	Dilanjutkan
		5. Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain.	5.1 Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain: - Diri sendiri - Orang lain	5.1.1 Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan dengan orang lain. 5.1.2 Diskusikan dengan klien tentang perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain. 5.1.3 Beri reinforcement positif atas kemampuan klien mengungkapkan klien manfaat berhubungan dengan orang lain.	

Lanjutan

		6. Klien dapat memberdayakan sistem pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.	6.1 Keluarga dapat: - Menjelaskan perasaannya. - Menjelaskan cara merawat klien menarik diri. - Mendemonstrasikan cara perawatan klien menarik diri. - Berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri.	6.1.1 Bisa berhubungan saling percaya dengan keluarga: - salam, perkenalkan diri. - buat kontrak. - eksplorasi perasaan keluarga. 6.1.2 Diskusikan dengan anggota keluarga tentang: - Perilaku menarik diri. - Penyebab perilaku menarik diri tidak ditanggapi. - Cara keluarga menghadapi klien menarik diri. 6.1.3 Dorong anggota keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain.	Keterlibatan keluarga sangat mendukung terhadap proses perubahan	
				6.1.4 Anjurkan anggota keluarga secara rutin dan bergantian menjenguk klien minimal satu minggu sekali.	Dilanjutkan	74
				6.1.5 Beri reinforcement atas hal-hal yang telah dicapai		

				oleh keluarga.	
--	--	--	--	----------------	--

d. Pelaksanaan

TABEL 2.3
PELAKSANAAN KEPERAWATAN KLIEN SW DENGAN ISOLASI SOSIAL
DI RUANG KUNTI RSJ PROVINSI BALI
TANGGAL 26 APRIL – 01 MEI 2016

Hr / Tgl / Jam	No. Diagnosa Keperawatan	Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi keperawatan	Paraf
1	2	3	4	5	6	7
Selasa, 26 April 2016 17.00 wita Lanjutan	1	Isolasi Sosial	SP BHSP	Melakukan SP BHSP : 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Mendekati klien dan berjabat tangan 4. Menanyakan nama lengkap, nama panggilan dan asal klien dan asal klien 5. Menjelaskan tujuan interaksi dan membuat kontrak waktu	S : - Klien menjawab salam dari perawat - Klien mengatakan “ nama saya “S” ” O : - Klien tampak tidak mau berjabat tangan - Klien mau memberi salam - Klien mau menyebut nama panggilan saja - Kontak n	Mita

Dilanjutkan

					kurang A : SP BHSP belum tercapai P : Perawat : Lanjutkan SP BHSP dan SP1P Isolasi Sosial pada pertemuan kedua dan ketiga pada hari Rabu, 27 April 2016 pukul 10.30 Wita di Ruang Kunti Klien : Motivasi klien melakukan BHSP	
Rabu, 27 April 2016 10.30 wita Lanjutan	1	Isolasi Sosial	SP BHSP	Melakukan SP BHSP : 6. Mengucapkan salam 7. Memperkenalkan diri 8. Mendekati klien dan berjabat tangan 9. Menanyakan nama lengkap, nama panggilan dan asal klien dan asal klien 10. Menjelaskan tujuan interaksi dan membuat	S: - Klien menjawab salam dari perawat - Klien mengatakan “ nama saya “WS” dan nama panggilan saya “S”, saya berasal dari Tabanan” O:	Mita

Dilanjutkan

				kontrak waktu	- Klien mau memberi salam - Klien mau menyebutkan nama dan asalnya - Klien tampak lebih banyak diam disela-sela pembicaraannya - Kontak mata kurang - Klien tampak mau berjabat tangan. A : SP BHSP tercapai P : Perawat: Lanjutkan SP1P Isolasi Sosial pada pertemuan ke tiga pada hari Rabu, 17 April 2016 pukul 12.30 wita di Ruang Kunti. Klien: Pertahankan BHSP klien	
--	--	--	--	---------------	--	--

Lanjutan

Rabu, 27 April 2016 12.30 Wita	1	Isolasi Sosial	SP1P Isolasi Sosial	Melakukan SP1P Isolasi Sosial: 1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial. 2. Berdiskusi dengan klien tentang keuntungan bila berhubungan dengan orang lain. 3. Berdiskusi dengan klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain. 4. Mengajarkan klien cara berkenalan. 5. Mengajarkan klien memasukkan kegiatan latihan berkenalan ke dalam kegiatan harian	S : - Klien mengatakan tidak mau berkenalan dan bergaul dengan teman-temannya - Klien mengatakan lebih suka menyendiri karena klien malas berinteraksi dengan orang lain - Klien mengatakan cara berkenalan menanyakan: nama, nama panggilan, asal darimana. O: - kontak mata masih kurang - klien tampak diam saat ditanya tentang keuntungan dan kerugian bila berhubungan dengan orang lain - Klien tampak lebih banyak diam disela-sela pembicaraannya	Mita
--	---	----------------	------------------------	---	---	------

Dilanjutkan

Lanjutan

					- klien tampak tau cara berkenalan - klien dapat memasukkan latihan berkenalan kedalam jadwal hariannya. A : SP1P tercapai P : Perawat: Lanjutkan SP2P Isolasi Sosial pada pertemuan keempat pada hari Kamis, 28 April 2016 pukul 11.30 wita di Ruang Kunti. Klien: Memotivasi klien untuk memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian klien.	
--	--	--	--	--	---	--

Lanjutan

Kamis, 28 April 2016 11.30 Wita	1	Isolasi Sosial	SP2P Isolasi Sosial	Melakukan SP2P Isolasi Sosial : 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Memberikan kesempatan kepada klien mempraktikkan cara berkenalan 3. Mengajarkan klien berkenalan dengan orang pertama (seorang perawat) 4. Membantu klien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.	S : - Klien mengatakan “saya tadi latihan berkenalan seperti yang ibu ajarkan kemarin menanyakan nama, nama panggilan dan asal.” “perkenalkan nama saya “S”, saya dari tabanan. Nama lengkap ibu siapa? Ibu bisa saya panggil siapa? Ibu darimana?” - Klien mengatakan senang berkenalan perawat O: - kontak mata klien mulai baik - klien tampak bisa mempraktekkan cara berkenalan - klien tampak mau berbincang-bincang dengan perawat “M” - klien tampak senang	Mita
---	---	----------------	---------------------	--	---	------

Lanjutan

					berkenalan dengan perawat “M” - Klien tan Dilanjutkan banyak diau usia- sela pembicaraannya A : SP2P tercapai P : Perawat: Lanjutkan SP3P Isolasi Sosial pada pertemuan ke empat pada hari jum’at, 29 April 2016 pukul 10.30 wita di Ruang Kunti. Klien: Memotivasi klien untuk memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian klien.	
--	--	--	--	--	---	--

Lanjutan

Jum'at, 29 April 2016 10.30 Wita	1	Isolasi Sosial	SP3P	Melakukan SP3P Isolasi Sosial: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Memberikan Kesempatan Kepada klien mempraktikkan cara berkenalan dengan orang pertama 3. Melatih klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua – seorang klien di ruang Kunti) 4. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	S : - Klien mengatakan sudah mandi, makan, dan mengikuti kegiatan rehabilitasi”. - Klien mengatakan tidak berlatih berkenalan karena sedang malas O : - Klien tampak meninggalkan perawat kembali kamar saat mengatakan sedang malas - Kontak mata baik - Klien tampak lemas A : SP3P belum tercapai P : Perawat : Lanjutkan SP3P Isolasi Sosial pada pertemuan kelima pada hari Sabtu, 20	Mita
--	---	----------------	------	---	---	------

Lanjutan

					April 2016 pukul 10.30 Wita di Ruang Kunti Klien : Memotivasi k mempraktikkan berkenalan Dilanjutkan cara	
Sabtu, 30 April 2016 10.30 Wita	1	Isolasi Sosial	SP3P	Melakukan SP3P Isolasi Sosial: 5. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 6. Memberikan Kesempatan Kepada klien mempraktikkan cara berkenalan dengan orang pertama 7. Melatih klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua – seorang klien di ruang Kunti) 8. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	S : - Klien mengatakan “saya sudah mandi, makan dan mengikuti rehabilitasi”. - Klien mengatakan tadi latihan berkenalan dengan perawat dan temannya - Klien mengatakan “ nama ibu siapa? Bisa saya panggil siapa? Asal darimana?” - Klien mengatakan senang berkenalan dengan klien “BD”	Mita

Dilanjutkan

Lanjutan

					O: - Klien tampak mau berkenalan dengan klien "BD" - Klien tampak mau berbincang-bincang dengan klien "BD" - Klien tampak lebih banyak diam disela-sela pembicaraannya - Kontak mata baik - Klien dapat memasukkan latihan berkenalan dengan orang kedua ke jadwal hariannya A : SP3P tercapai P : Perawat: Lanjutkan SP1K Isolasi Sosial pada hari Minggu, 01 Mei 2016 pada pukul 11.00 Wita di rumah klien	
--	--	--	--	--	--	--

Lanjutan

					Klien: Memotivasi klien untuk latihan berkenalkan dengan perawat dan klien lain sesuai jadwal yang dibuat.	
Minggu, 01 Mei 2016 11.30 Wita	1	Isolasi Sosial	SP1K Isolasi Sosial	Melakukan SP1K Isolasi Sosial : 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami klien beserta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara-cara merawat klien dengan isolasi sosial	S: - Keluarga mengatakan klien putus obat karena puskesmas tempat biasa klien berobat tidak menyediakan obat gangguan jiwa. - Keluarga klien mengatakan mengerti dengan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya isolasi sosial yang dialami klien. - Keluarga klien mengatakan mengerti dengan penjelasan tentang cara merawat klien dengan Isolasi Sosial	Mita

Dilanjutkan

Lanjutan

					O: - Keluarga klien tampak mampu menyebutkan cara-cara merawat klien dengan isolasi sosial - Keluarga klien tampak kooperatif dan antusias dalam mendengarkan informasi yang diberikan oleh perawat. A: SP1K tercapai P: Perawat : Pertahankan dan motivasi keluarga untuk selalu merawat klien dengan Isolasi Sosial Keluarga : Motivasi keluarga klien agar mau merawat klien dengan Isolasi Sosial	
--	--	--	--	--	---	--

e. Evaluasi

TABEL 2.4

EVALUASI KEPERWATAN PADA KLIEN SW DENGAN ISOLASI SOSIAL

DI RUANG KUNTI RSJ PROVINSI BALI

TANGGAL 26 APRIL-01 MEI 2016

Hari/tgl/ jam	Dx. Keperawatan	Kriteria Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
Mei , 01 Mei 2016 pukul : 15.00 wita	Isolasi Sosial	S : SP BHSP - Klien menjawab salam dari perawat - Klien mengatakan “ nama saya “WS” dan nama panggilan saya “S”, asal dari Tabanan. SP1P - Klien mengatakan tidak mau berkenalan dan bergaul dengan teman-temannya - Klien mengatakan lebih suka menyendiri karena klien malas berinteraksi dengan orang lain - Klien mengatakan cara berkenalan menanyakan: nama, nama panggilan, asal dari mana. SP2P	Mita Mita Mita

Lanjutan	- Klien mengatakan “saya tadi latihan berkenalan seperti yang ibu ajarkan kemarin menanyakan nama, nama panggilan dan asal”. “Perkenalkan nama saya “S”, saya dari tabanan. Nama lengkap ibu siapa? Ibu bisa saya panggil siapa? Ibu darimana?”	Mita
	Dilanjutkan SP3P - Klien mengatakan “saya sudah mandi, makan dan mengikut rehabilitasi”. - Klien mengatakan tadi latihan berkenalan dengan perawat dan temannya - Klien mengatakan “ nama ibu siapa? Bisa saya panggil siapa? Asal darimana?” - Klien mengatakan senang berkenalan dengan klien “BD” SP1K - Keluarga mengatakan klien putus obat karena puskesmas tempat biasa klien berobat tidak menyediakan obat gangguan jiwa. - Keluarga klien mengatakan mengerti dengan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya isolasi sosial yang di alami klien. - Keluarga klien mengatakan mengerti dengan penjelasan tentang cara merawat klien dengan Isolasi Sosial O: SP BHSP - Klien mau memberi salam - Klien mau menyebutkan nama lengkap, nama panggilan dan asalnya - Klien tampak lebih banyak diam disela-sela pembicaraannya - Kontak mata kurang - Klien tampak mau berjabat tangan. SP1P - kontak mata masih kurang	Mita Mita Mita

Lanjutan		- klien tampak diam saat ditanya tentang keuntungan dan kerugian bila berhubungan dengan orang lain - klien tampak tau cara berkenalan - Klien tampak lebih banyak diam disela-sela pembicaraannya - klien dapat memasukkan latihan berkenalan kedalam jadwal hariann	Mita
		SP2P - kontak mata klien mulai baik - klien tampak bisa mempraktekkan cara berkenalan - klien tampak mau berbincang-bincang dengan perawat “M” - klien tampak senang berkenalan dengan perawat “M” - Klien tampak lebih banyak diam disela-sela pembicaraannya SP3P - Klien tampak mau berkenalan dengan klien “BD” - Klien tampak mau berbincang-bincang dengan klien “BD” - Klien tampak lebih banyak diam disela-sela pembicaraannya - Kontak mata baik - Klien dapat memasukkan latihan berkenalan dengan orang kedua ke jadwal hariannya SP1K - Keluarga klien tampak mampu menyebutkan cara-cara merawat klien dengan isolasi sosial - Keluarga klien tampak kooperatif dan antusias dalam mendengarkan informasi yang diberikan oleh perawat. A : SP BHSP, SP1P, SP2P, SP3P, SP1K Tercapai SP2K dan SP3K Belum Tercapai	Dilanjutkan
			Mita
			Mita

Lanjutan		P : Perawat Lanjutkan SP2K dan SP3K saat keluarga klien mengunjungi klien atau saat perawat melakukan <i>home visite</i> . Klien Pertahankan kemampuan klien berinteraksi dengan orang disekitarnya. Keluarga pertahankan serta memotivasi keluarga untuk merawat klien jika sudah pulang dari RSJ nanti.	Dilanjutkan
----------	--	--	-------------

b. Analisa Data

TABEL 2.1

**ANALISA DATA KEPERAWATAN KLIEN WS DENGAN
ISOLASI SOSIAL DI RUANG KUNTI
RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL 2016**

No	Data Subyektif	Data Obyektif	Kesimpulan
1	2	3	4
1.	-Klien mengatakan hanya ingin tidur dan tidak mau berkenalan ataupun bergaul dengan teman-teman di ruang Kunti. -Keluarga klien mengatakan klien merupakan orang yang tertutup akan masalahnya. -Keluarga klien mengatakan klien tidak pernah mengikuti kegiatan sosial kemasyarakatan yang diadakan di lingkungannya seperti ikut gotong-royong dan klien dikatakan hanya melakukan aktivitas di sekitaran rumah dan tidak mau berbicara dengan orang lain. -Klien mengatakan lebih suka menyendiri dan tidak mau berkenalan ataupun bergaul dengan temannya karena klien lebih suka sendiri.	-Klien tampak tidak mau bergaul. -Saat dirawat di rumah sakit jiwa klien tampak menyendiri dan tidak mau bergaul dengan orang yang berada disekitarnya. -Saat tidak ada pertanyaan klien tampak lebih banyak diam dan bengong. -Diruangan klien lebih suka menyendiri serta tidur-tiduran. -Klien tampak pasif -Klien mau berbicara bila ditanya dan menjawab seperlunya saja. -Di ruangan klien tampak suka tidur dan menyendiri serta hampir tidak pernah berbicara dengan orang-orang disekitarnya. -Jika klien di ajak berbicara klien lebih suka diam, klien juga tampak menyendiri.	Isolasi Sosial
2.	Klien mengatakan mandi 1	Klien berpenampilan	Difisit

	kali sehari menggunakan sabun, mengatakan gosok gigi setiap mandi dan keramas 1 kali seminggu.	tampak kurang bersih dengan memakai celana pendek warna hitam, baju kaos warna hijau yang disediakan oleh rumah sakit, rambut klien acak-acakan, dan tidak memakai sandal.	Perawatan Diri
3.	- Klien mengatakan hanya memendam masalahnya sendiri. - Klien mengatakan ia merasa malu untuk menceritakan masalahnya. - Keluarga klien mengatakan setiap ada masalah jarang menceritakan masalahnya kepada keluarga maupun ke orang lain.	- Klien lebih banyak diam dan bengong - Saat diruangan klien juga tampak pendiam	Koping Individu Tak Efektif
4.	- Klien dikatakan sering berbicara sendiri - Klien juga dikatakan pernah mendengar suara-suara tetangganya yang menganggunya saat sebelum klien masuk RSJ Provinsi Bali tahun 2008 namun saat ini klien mengatakan tidak pernah mendengar suara-suara yang menganggunya lagi.	- Terdapat riwayat halusinasi terdahulu - Klien tampak tidak mau bergaul. - Diruangan klien lebih suka menyendiri serta tidur-tiduran. - Saat tidak ada pertanyaan klien tampak lebih banyak diam dan bengong.	Resiko Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran
5.	- Klien mempunyai keyakinan berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan seperti yang dikatakan oleh klien saat pengkajian “saya terbang keluar angkasa dengan Bli Elon”. - Klien mengatakan dirinya seorang laki-laki yang berubah menjadi perempuan.	-	Waham Kebesaran

BAB III

P E M B A H A S A N

Pada bab ini akan membahas kesenjangan yang terjadi pada teori dan yang terjadi pada asuhan keperawatan pada klien “SW” dengan Isolasi Sosial di ruang Kunti RSJ Provinsi Bali tanggal 26 April - 01 Mei 2016. Adapun yang dibahas adalah proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan yang dilaksanakan pada klien “SW” melalui beberapa teknik yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, catatan keperawatan klien, pemeriksaan penunjang dan kunjungan rumah (home visite).

Menurut tinjauan teori, tanda dan gejala yang muncul pada klien dengan Isolasi Sosial antara lain data subyektif yaitu: Data subyektif : klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain, klien merasa tidak aman berada dengan orang lain, respons verbal kurang dan sangat singkat, klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain, klien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu, klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan, klien merasa tidak berguna, klien tidak yakin dapat melangsungkan hidup, klien merasa ditolak. Data obyektif : klien banyak diam dan tidak mau bicara, tidak mau mengikuti kegiatan, banyak berdiam diri dikamar, klien menyadari dan tidak mau berinteraksi

dengan orang lain yang terdekat, klien tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal, kontak mata kurang, kurang sopan, kurang spontan, apatis (acuh terhadap lingkungan), ekspresi wajah kurang berseri, tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri, mengisolasi diri, tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya, masukan makanan dan minuman terganggu, retensi urin dan feses, aktivitas menurun, kurang energy (tenaga), rendah diri, postur tubuh berubah, misalnya sikap fetus/janin (khususnya pada posisi tidur) (Dermawan, 2013).

Sedangkan tanda dan gejala yang muncul pada klien “SW” dengan Isolasi sosial pada data subjektif : Klien mengatakan hanya ingin tidur dan tidak mau berkenalan ataupun bergaul dengan teman-teman di ruang Kunti, keluarga klien mengatakan klien merupakan orang yang tertutup akan masalahnya, keluarga klien mengatakan klien tidak pernah mengikuti kegiatan sosial kemasyarakatan yang diadakan di lingkungannya seperti ikut gotong-royong dan klien dikatakan hanya melakukan aktivitas di sekitaran rumah dan tidak mau berbicara dengan orang lain klien mengatakan lebih suka menyendiri dan tidak mau berkenalan ataupun bergaul dengan temannya karena klien lebih suka sendiri. Pada data objektif : klien tampak tidak mau bergaul., saat dirawat di rumah sakit jiwa klien tampak menyendiri dan tidak mau bergaul dengan orang yang berada disekitarnya, saat tidak ada pertanyaan klien tampak lebih banyak diam dan bengong, diruangan klien lebih suka menyendiri serta tidur-tiduran, klien tampak pasif, klien mau berbicara bila ditanya dan menjawab seperlunya saja, di ruangan klien tampak suka tidur

dan menyendiri serta hampir tidak pernah berbicara dengan orang-orang disekitarnya, jika klien di ajak berbicara klien lebih suka diam, klien juga tampak menyendiri, Saat klien ditanya tentang hal yang menyenangkan ataupun yang menyedihkan ekspresi klien tampak datar, kontak mata klien kurang.

Apabila dibandingkan dengan tinjauan teori yang ada, beberapa tanda dan gejala tidak muncul pada klien “SW”, seperti : klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain, respons verbal kurang dan sangat singkat, klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain, klien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu, klien merasa tidak berguna, klien tidak yakin dapat melangsungkan hidup. klien merasa ditolak, kurang sopan, apatis (acuh terhadap lingkungan), ekspresi wajah kurang berseri, tidak mau merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri, tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya, masukan makan dan minum terganggu, retensi urin dan feses, aktivitas menurun, kurang energy (tenaga), rendah diri, postur tubuh berubah, misalnya sikap fetus/janin (khususnya pada posisi tidur).

Kesenjangan diatas dapat terjadi karena klien mempunyai kepribadian tertutup dan klien lebih suka menyendiri, tidak mau bergaul serta tidak mau berkenalan dengan orang disekitarnya. Disamping itu klien juga sudah mendapatkan perawatan di RSJ Provinsi Bali dari tanggal 29 Maret 2016 sampai dengan sebelum pengkajian 25 April 2016 yaitu bimbingan dari perawat ruangan untuk mengikuti setiap kegiatan di ruangan, serta klien

sudah mendapatkan obat sehingga beberapa gejala Isolasi Sosial tidak muncul pada klien.

B. Diagnosa

Dalam diagnosa keperawatan dilakukan pengumpulan data, maka langkah selanjutnya adalah membuat daftar masalah, dan pohon masalah. Pada teori terdapat tiga diagnosa keperawatan / masalah keperawatan, yaitu : Isolasi Sosial, Koping Individu tak Efektif dan Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi. Dari hasil pengkajian klien “SW” didapatkan lima masalah keperawatan yaitu: Isolasi Sosial, Koping Individu tak Efektif, Defisit Perawatan Diri, Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, Resiko Waham Berulang. Dari ke lima masalah tersebut jika dibandingkan dengan konsep teori asuhan keperawatan, kelima masalah tadi belum sesuai dengan konsep teori yang ada. Masalah yang terdapat pada kasus, tetapi tidak ditemukan pada teori adalah Defisit Perawatan Diri, Koping Individu tak Efektif, Resiko Waham Berulang. Tidak ditemukannya masalah keperawatan tersebut karena pada klien tidak ditemukan data yang mendukung untuk dimunculkannya masalah tersebut. Masalah keperawatan Resiko Waham Berulang terjadi karena waham klien “SW” hanya muncul sekali saja pada saat melakukan BHSP dihari pertama saja dan kemungkinan waham tersebut akan muncul kembali.

C. Perencanaan

Pada perencanaan terdiri dari prioritas diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan di tulis berdasarkan masalah utama (core problem). Masalah utama (*core proble*) pada klien “SW” adalah Isolasi Sosial dimana efek yang ditimbulkan dari masalah utama klien “SW” tersebut adalah Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Resiko Waham Berulang, untuk diagnosa keperawatan keempat dan kelima adalah Koping Individu tak Efektif dan Defisit Perawatan Diri.

Penyusunan rencana keperawatan meliputi langkah – langkah menentukan tujuan yaitu tujuan umum yang mengacu pada core problem dan pada tujuan khusus yang mengacu pada penyebab, menentukan kriteria evaluasi, menentukan rencana intervensi serta membuat rasional atas intervensi intervensi yang dilakukan. Perencanaan yang disusun disesuaikan dengan situasi, kondisi klien, lingkungan dan sudah mengacu pada protap yang ada serta bekerja sama dengan klien. Secara teori adapun tujuan umum (TUM) : klien dapat berinteraksi dengan orang lain secara oprimal dan adapun tujuan khususnya (TUK) yang direncanakan seperti : TUK1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya, TUK2 : Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri, TUK3 : Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, TUK4 : Klien dapat melaksanakan hubungan secara bertahap, TUK5 : Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain,

TUK6 : Klien dapat memberdayakan sistem pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.

Perencanaan pada klien “SW” direncanakan dari tanggal 26 April-01 Mei 2016. Rencana tindakan pada klien “SW” dibuat mengacu pada tujuan khusus (TUK) teori asuhan keperawatan pada klien dengan isolasi sosial yang terdiri dari : TUK 1, TUK 2, TUK 3, TUK 4, TUK 5, TUK 6 yang dilakukan pada klien “SW”. Semua rencana pada TUK dibuat untuk dapat dilaksanakan pada klien dengan cara menyusun rencana keperawatan dilaksanakan dari tanggal 26 April-01 Mei 2016.

Kesenjangan yang ditemukan pada perencanaan teori dengan perencanaan yang direncanakan pada klien “SW” diatas adalah hari, tanggal, kriteria waktu rencana keperawatan. Sedangkan pada kasus dicantumkan karena pada rencana keperawatan dijadikan acuan untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi.

D. Pelaksanaan

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien dengan Isolasi Sosial disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien (Direja, 2011). Secara teori pelaksanaan keperawatan memakai strategi pelaksaian Isolasi Sosial, SP1P (strategi pelaksanaan 1 pasien) : Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien, brdiskusi dengan klien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain, berdiskusi dengan klien tentang kerugian berinteraksi dengan orang lain, menganjurkan klien cara berkenalan dengan satu orang,

menganjurkan klien memasukkan kegiatan latihan berbincang – bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian. SP2P : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, memberikan kesempatan kepada klien mempraktekan cara berkenalan dengan satu orang, membantu klien memasukkan kegiatan latihan berbincang – bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian. SP3P : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, memberikan kesempatan kepada klien mempraktekan cara berkenalan dengan dua orang atau lebih, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP1K : Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami klien beserta proses terjadi. Menjelaskan cara – cara merawat klien dengan isolasi sosial. SP2K : Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan isolasi sosial. melatih keluarga mempraktekan cara merawat langsung kepada klien isolasi sosial. SP3K : Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planing), menjelaskan follow up klien setelah pulang (Damaiyanti, 2012).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien “SW” dilaksanakan selama 5 hari yaitu dari tanggal 26 April sampai dengan 30 April 2016 dan melakukan kunjungan rumah pada tanggal 01 Mei 2016. Dimana dalam satu kali pertemuan tersebut dilakukan tindakan keperawatan dengan waktu masing-masing 15 menit. Pada SP BHSP dilakukan pada tanggal 26-27 April 2016 dan dilakukan sebanyak 2 kali pertemuan, SP BHSP pertama dilakukan pada tanggal 26 April 2016 pukul 17.00 Wita dan dilakukan SP BHSP kedua

pada tanggal 27 April 2016 pukul 10.30 Wita. Pada SP1P dilakukan pada tanggal 27 April 2016 pukul 12.30 Wita. SP2P dilakukan pada tanggal 28 April 2016 pukul 11.30 Wita. Saat melakukan SP3P dilakukan selama 2 kali pertemuan pada tanggal 29-30 April 2016. Saat melakukan SP3P yang pertama pada tanggal 29 April 2016 pukul 10.30 Wita dan dilakukan SP3P untuk kedua kalinya pada tanggal 30 April 2016 pada pukul 10.30 Wita. Penulis juga melakukan kunjungan rumah (*home visite*) ke rumah keluarga klien pada tanggal 01 Mei 2016 karena dukungan keluarga juga sangat berperan penting dalam proses perawatan klien “SW”. Penulis juga melakukan beberapa strategi pelaksanaan keluarga, yaitu : SP1K dilakukan pada pukul 11.30 Wita.

Adapun kesenjangan yang ditemukan yaitu pada saat melakukan SP BHSP pertama kurang berhasil karena klien tidak mau berjabat tangan, klien hanya mengatakan nama panggilannya saja dan kontak mata klien kurang lalu dilakukan. Kesenjangan yang kedua pada saat penulis melakukan SP3P pertama karena klien mengatakan sedang malas dan langsung kembali kekamarnya. Kesenjangan yang ketiga penulis tidak melaksanakan SP2K dan SP3K karena dibutuhkan klien untuk mempraktikkan merawat klien, membuat jadwal kegiatan klien dirumah nantinya dan klien juga saat ini tidak berada dirumah karena masih dirawat di RSJ Provinsi Bali. Kesenjangan terakhir adalah waktu yang dibutuhkan memberikan penjelasan kepada keluarga klien, dilakukan selama ± 30 menit, hal ini tidak sesuai dengan rencana yang dibuat yaitu selama 15 menit. Hal ini disebabkan karena

kurangnya pemahaman keluarga tentang penjelasan yang diberikan, sehingga diperlukan waktu tambahan selama 15 menit.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkepanjangan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan untuk secara terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan, evaluasi hasil atau evaluasi sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan (Direja, 2011). Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP.

Evaluasi keperawatan pada klien “SW” dengan isolasi sosial dilakukan pada hari Minggu, 01 Mei 2016 pada pukul 15.00 Wita. Dari semua strategi pelaksanaan (SP) yang dilakukan ke klien “SW” dan ke keluarga klien, SP BHSP, SP1P, SP2P, SP3P dan SP1K semua tercapai. Tetapi SP2K, SP3K tidak tercapai karena penulis tidak melaksanakannya dan klien juga saat ini tidak berada di rumah karena masih dirawat di RSJ Provinsi Bali. Jadi pada SP BHSP, SP1P, SP2P, SP3P dan SP1K yang dilaksanakan kepada klien “SW” telah berhasil.

BAB IV

P E N U T U P

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian Isolasi Sosial pada klien “SW” di bab sebelumnya, penulis dapat menyimpulkan bahwa pada pengkajian penulis dapat menggambarkan tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien “SW” dengan Isolasi Sosial sebagai berikut, bahwa dari data yang dikumpulkan oleh penulis pada saat pengkajian tidak semua data yang didapat sama dengan yang terdapat pada tinjauan teori.

Hal tersebut menyebabkan masalah yang muncul pada klien “SW” yang berbeda dengan yang terdapat pada teori sehingga diagnosa keperawatan yang dihasilkan juga berbeda. Ada pula masalah baru yang muncul dari data yang didapat seperti : Koping Individu tak Efektif, Defisit Perawatan Diri dan Resiko Waham Berulang. Masalah keperawatan Resiko Waham Berulang terjadi karena waham klien “SW” hanya muncul sekali saja pada saat melakukan BHSP dihari pertama saja dan kemungkinan waham tersebut akan muncul kembali.

Secara umum dalam penyusunan perencanaan keperawatan disesuaikan dengan teori yang telah ditetapkan dan dilihat dari keadaan klien “SW”. Masalah diprioritaskan berdasarkan *core problem* atau masalah utama sehingga prioritas diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien “SW” adalah Isolasi Sosial. Rencana tindakan yang dibuat meliputi satu diagnosa

yaitu masalah utama (*core problem*) pada klien “SW”. Pada rencana keperawatan Isolasi sosial dilakukan dengan beberapa tujuan khusus (TUK) yaitu : TUK1, TUK2, TUK3, TUK4, TUK5 dan TUK6.

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien “SW” sudah dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun menggunakan strategi pelaksanaan (SP) : SP BHSP, SP1P, SP2P, SP3P dan SP1K. Saat kunjungan rumah, penulis tidak melaksanakan SP2K dan SP3K karena dibutuhkan klien untuk mempraktikkan merawat klien dan membuat jadwal kegiatan klien dirumah nantinya dan klien juga saat ini tidak berada dirumah karena masih dirawat di RSJ Provinsi Bali.

Evaluasi dilaksanakan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan. Evaluasi keperawatan pada klien “SW” dengan Isolasi Sosial semua sudah bisa dilakukan mulai dari : SP BHSP, SP1P, SP2P, SP3P dan SP1K sudah tercapai. Tetapi SP2K dan SP3K tidak bisa dilakukan karena dibutuhkan klien untuk mempraktikkan merawat klien dan membuat jadwal kegiatan klien nantinya saat sudah berada dirumah. Sehingga evaluasi pada diagnosa utama : Isolasi Sosial semua strategi pelaksanaan mulai dari : SP BHSP, SP1P, SP2P, SP3P dan SP1K yang dilakukan kepada klien “SW” tercapai.

B. Saran

Dalam rangka meningkatkan pelayanan keperawatan pada klien dengan ganggaun jiwa khususnya klien dengan Isolasi Sosial di RSJ Provinsi Bali, maka penulis dapat menyiapkan beberapa saran sabagai berikut :

1. Kepada Bidang Pelayanan RSJ Provinsi Bali, diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan bagi klien dengan gangguan jiwa.
2. Kepada perawat di Ruang Kunti RSJ Provinsi Bali, diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada klien "SW" dengan cara memberikan terapi aktivitas kelompok (TAK) sosialisasi untuk meningkatkan kemampuan klien berinteraksi dengan orang lain yang dilakukan secara bertahap karena perawatan yang diberikan pada klien dengan gangguan jiwa memerlukan waktu yang lama dan secara kontinue. Diharapkan perawat Ruang Kunti untuk melanjutkan tindakan keperawatan yang belum tercapai.
3. Kepada keluarga klien "SW" hendaknya dalam usaha mempercepat proses penyembuhan klien, keluarga ikut berperan dalam perawatan klien dan selalu memberi support atau motivasi kepada klien dengan memenuhi kebutuhan klien dan menjenguk klien karena keluarga merupakan unit paling berperan terhadap kesembuhan klien.
4. Kepada klien "SW" diharapkan klien mampu berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak menyendiri dan dapat lebih meningkatkan aktivitasnya dan juga diharapkan kedepannya klien tetap teratur untuk minum obat baik selama masih berada di RSJ atau setelah kembali kerumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Berhimpong, E. (2016). *Socialization Skills Training, Ability Interact, Social Isolation*, 4(1). Diperoleh Mei 2016, dari <https://www.google.com/search?q=jurnal+isolasi+sosial+terbaru+2016>
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Edisi 1. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Direja, A.H.S. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa* Edisi 1. Yogyakarta.
- Iskandar & Damaiyanti, M. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Keliat, B.A., Panjaitan., Ria Utami., & Helena, Novy. (2015). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa* . Edisi 2. Jakarta : EGC.
- Komite Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. (2016). *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bangli : RSJ.
- Kusumawati, F., & Yudi Hartanto. (2010) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.
- Muhyi, A. (2010). *Prevalensi Penderita Skizofrenia Paranoid dengan Gejala Depresi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta*. [Skripsi]. Jakarta : Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25485/1/Ahmad%20Muhyi%20-%20fkik%20.pdf>
- Nyumirah, S. (2013). *Terapi perilaku kognitif, kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan psikomotor), klien isolasi sosial*, 1(2). Diperoleh Mei 2016, dari <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/download/973/1022>
- Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. (2016). *Laporan Bulanan Klien Rawat Inap*. Bangli : Rumah Sakit jiwa.
- Prabowo, E. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Yosep, I., & Sutini. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama.

STRATEGI PELAKSANAAN

TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

Hari/Tgl/Jam	: Selasa, 26 April 2016	No. RM	: 0202xx
Jam	: 17.00 Wita	Nama	: "SW"
Pertemuan	: I	Asal	: Tabanan
Topik	: SP BHSP	Jenis Kelamin	: Perempuan

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : -

DO : -

2. Diagnosa Keperawatan

Isolasi Sosial

3. Tujuan Khusus

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x15 menit interaksi,
diharapkan :

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Ekspresi wajah bersahabat menunjukkan rasa senang
- c. Ada kontak mata
- d. Mau berjabat tangan
- e. Mau menjawab salam
- f. Klien mau duduk berdampingan dengan perawat
- g. Mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

4. Tindakan

Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik:

- a. Menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
- b. Memperkenalkan diri dengan sopan
- c. Menanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien
- d. Menjelaskan tujuan pertemuan
- e. Jujur dan menepati janji
- f. Menunjukkan sifat empati dari menerima klien apa adanya
- g. Memberi perhatian kebutuhan dasar klien

B. Strategi Komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik
“Selamat sore bu”. “Saya Mita, saya senang dipanggil mbok Mita. saya perawat di Ruang Kunti ini yang akan merawat ibu”.
- b. Evaluasi/validasi
“Bagaimana keadaan ibu hari ini?”
- c. Kontrak

1) Topik

“Siapa nama ibu? Senang dipanggil siapa?”.

“Bagaimana kalau kita berbincang-bincang sebentar ?”

Lanjutan

2) Waktu

“Ibu mau berapa lama ? bagaimana kalau 15 menit?”

3) Tempat

“Mau dimana kita bercakap – cakap?”

2. Fase Kerja

a. “Dimana alamat tempat tinggal ibu?”

b. “Dirumah ibu tinggal dengan siapa?”

c. “Ibu berapa bersaudara?”

d. “Apakah ibu sudah menikah?”

e. “Apa yang ibu lakukan sehari-hari dirumah?”

f. “Di dalam keluarga, ibu lebih dekat dengan siapa?”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang dan berkenalan dengan saya tadi?”

2) Evaluasi objektif

“apa ibu masih ingat dengan nama saya?”

Klien tidak dapat menyebutkan nama perawat. Klien mampu menyebutkan nama panggilan saja. Klien dapat menjawab salam perawat. Klien tidak mau berjabat tangan. Kontak mata klien kurang.

b. Rencana tindak lanjut

“Ibu kita besok berbincang-bincang lagi ya?”

c. Kontrak yang akan datang

1) Topik

“Baiklah Ibu, bagaimana kalau besok kita berbincang- bincang lagi? Apakah ibu mau?”

2) Waktu

“ibu mau kita berbincang-bincang jam berapa?”

“bagaimana kalau jm 10.30 Wita setelah rehabilitasi?”

3) Tempat

“Untuk tempat nanti kita tentukan bersama ya bu?”

STRATEGI PELAKSANAAN
TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

Hari/Tgl/Jam	: Rabu, 27 April 2016	No. RM	: 0202xx
Jam	: 10.30 Wita	Nama	: "SW"
Pertemuan	: II	Asal	: Tabanan
Topik	: SP BHSP	Jenis Kelamin	: Perempuan

C. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : klien mengatakan tidak mau bergaul.

DO : klien tampak menyendiri, kontak mata klien tampak kurang, klien tampak diam, klien tampak begong

2. Diagnosa Keperawatan

Isolasi Sosial

3. Tujuan Khusus

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x15 menit interaksi, diharapkan :

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Ekspresi wajah bersahabat menunjukkan rasa senang
- c. Ada kontak mata
- d. Mau berjabat tangan
- e. Mau menjawab salam

f. Klien mau duduk berdampingan dengan perawat

g. Mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

4. Tindakan

Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik:

h. Menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal

i. Memperkenalkan diri dengan sopan

j. Menanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien

k. Menjelaskan tujuan pertemuan

l. Jujur dan menepati janji

m. Menunjukkan sifat empati dari menerima klien apa adanya

n. Memberi perhatian kebutuhan dasar klien

D. Strategi Komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat sore bu”. “Apa ibu masih ingat dengan saya?”. “ baik saya akan memperkenalkan nama saya lagi. Nama saya Mita Meiliani, saya senang dipanggil Mbok Mita. Saya dari Badung”.

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana keadaan ibu hari ini? Saya akan merawat ibu hari ini ya.”

Lanjutan

c. Kontrak

1) Topik

“Apa keluhan ibu hari ini? Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang apa yang ibu rasakan saat ini?”

2) Waktu

“Mau berapa lama ? bagaimana kalau 15 menit?”

3) Tempat

“Mau dimana kita bercakap – cakap?”

2. Fase Kerja

a. “Dimana alamat tempat tinggal ibu?”

b. “Dirumah ibu tinggal dengan siapa?”

c. “Ibu berapa bersaudara?”

d. “Apakah ibu sudah menikah?”

e. “Apa yang ibu lakukan sehari-hari dirumah?”

f. “Di dalam keluarga, ibu lebih dekat dengan siapa?”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang dan berkenalan dengan saya tadi?”

2) Evaluasi objektif

“Apa ibu masih ingat dengan saya? Bagus bu!”

Klien dapat menyebutkan nama perawat, klien tampak mau berjabat tangan, klien mau menyebut nama lengkap, nama panggilan dan asalnya tetapi sesekali klien tampak diam saat menyebutkan identitasnya, klien mau berjabat tangan, kontak mata masih kurang.

b. Rencana tindak lanjut

“Bu, nanti setelah jam makan sing kita akan berbincang mengenai apa yang menyebabkan ibu senang menyendiri ya bu.”

c. Kontrak yang akan datang

1) Topik

“Baiklah Ibu, bagaimana kalau nanti kita berbincang- bincang lagi? Apakah ibu mau?”

2) Waktu

“ibu mau kita berbincang-bincang jam berapa?”

3) Tempat

“Untuk tempat nanti kita tentukan bersama ya bu?”

STRATEGI PELAKSANAAN
TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

Hari/Tgl/Jam	: Rabu, 27 April 2016	No. RM	: 0202xx
Jam	: 12.30 Wita	Nama	: "SW"
Pertemuan	: III	Asal	: Tabanan
Topik	: SP1P	Jenis Kelamin	: Perempuan

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : klien mengatakan lebih senang menyendiri

DO : klien tampak menyendiri, klien tampak sendiri, klien tampak lebih suka diam, klien tampak bengong, kontak mata klien tampak kurang.

2. Diagnosa Keperawatan

Isolasi Sosial

3. Tujuan Khusus

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x15 menit interaksi, diharapkan :

Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri

4. Tindakan

a. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial.

b. Berdiskusi dengan klien tentang keuntungan bila berhubungan dengan orang lain.

- c. Berdiskusi dengan klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain.
- d. Mengajarkan klien cara berkenalan.
- e. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan latihan berkenalan ke dalam kegiatan harian

B. Strategi Komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Fase Orientasi

1) Salam terapeutik

“Selamat pagi,”. “Saya Ika Dewi. saya senang dipanggil ibu Dewi. saya perawat di Ruang Kunti ini yang akan merawat ibu”

b. Evaluasi/validasi

“Apa ibu masih ingat dengan saya? Bagaimana keadaan ibu saat ini?”

c. Kontrak

1) Topik

“Pertemuan kali ini kita akan berbincang mengenai penyebab ibu menyendiri. Apakah ibu mau berbincang dengan saya?”

2) Waktu

“Kira-kira ibu mau berapa lama untuk berbincang-bincang dengan saya?”

3) Tempat

“Ibu mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau ditempat rekreasi?”

2. Fase Kerja

- a. “Sekarang coba ibu ceritakan masalah yang ibu hadapi saat?”
- b. “Apakah ibu dirumah sering menyendiri?”
- c. “Kalau boleh saya tahu apa alasan ibu sering menyendiri?”
- d. “Bisakah bapak sebutkan sebab – sebab bapak menyendiri?”
- e. “Apakah ibu tau apa saja keuntungan bila ibu berinteraksi dengan orang lain?”
- f. “Dan apakah ibu juga tau apa saja kerugian bila ibu tidak berinteraksi dengan orang lain?”
- g. “bagaimana kalo kita belajar cara berkenalan dengan orang lain? Apakah ibu mau?”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang – bincang tadi ?”

2) Evaluasi objektif

Klien mengatakan tidak mau berkenalan dan bergaul dengan orang lain, klien dapat menyebutkan sebab klien menyendiri karena klien malas berinteraksi, klien hanya diam saat ditanya keuntungan dan kerugian bila berinteraksi dan tidak berinteraksi dengan orang lain, kontak mata masih kurang, klien tampak banyak diam saat menjawab pertanyaan yang diajukan perawat.

b. Rencana tindak lanjut

“Bagaimana kalau ibu mencoba mengingat kembali penyebab ibu menyendiri yang lainnya. Dan saya akan memberitahu kalau misalnya keuntungan berinteraksi dengan orang lain adalah ibu banyak punya teman, dan kalau kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain ibu bisa tidak mempunyai teman. Ibu juga bisa memasukkan berlatih cara-cara berinteraksi dengan orang lain kedalam kegiatan harian ibu”.

c. Kontrak yang akan datang

1) Topik

“Bagaimana kalau besok kita mempraktikkan cara berkenalan dengan perawat lain?”

2) Waktu

“Menurut ibu kita berbincang – bincang jam berapa?”.

3) Tempat

“Kalau besok kita berbincang-bincang di sini lagi gimana?”

STRATEGI PELAKSANAAN

TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

Hari/Tgl/Jam	: Kamis, 28 April 2016	No. RM	: 0202xx
Jam	: 11.30 Wita	Nama	: "SW"
Pertemuan	: IV	Asal	: Tabanan
Topik	: SP2P	Jenis Kelamin	: Perempuan

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : klien mengatakan lebih senang menyendiri

DO : klien tampak menyendiri, klien tampak sendiri, klien tampak lebih suka diam, klien tampak bengong, kontak mata klien tampak kurang.

2. Diagnosa Keperawatan

Isolasi Sosial

3. Tujuan Khusus

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x15 menit interaksi, diharapkan :

Klien dapat melakukan interaksi dengan seorang perawat

4. Tindakan

a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

b. Memberikan kesempatan pada klien mempraktikkan cara berkenalan dengan orang pertama

- c. Melatih klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua-seorang klien)
- d. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan

B. Strategi Komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi,”. “Saya Ika Dewi. saya senang dipanggil ibu Dewi. saya perawat di Ruangan Kunti ini yang akan merawat ibu”

b. Evaluasi/validasi

“Apa ibu masih ingat dengan saya? Bagaimana keadaan ibu saat ini?”

c. Kontrak

1) Topik

“Selamat pagi,”. “Saya Ika Dewi. saya senang dipanggil ibu Dewi. saya perawat di Ruangan Rsi Bisma ini yang akan merawat bapak,”

2) Waktu

“Kira-kira ibu mau berapa lama untuk berbincang-bincang dengan saya?”

d. Tempat

“Ibu mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau ditempat rekreasi lagi?”

2. Fase Kerja

- a. “Menurut bapak kalau kita ingin berkenalan apa yang sebaiknya kita lakukan?”.
- b. “Perlukah kita berjabat tangan?”.
- c. “Bagus sekali apa yang bapak katakan”.
- d. “Apa saja yang perlu kita tanyakan?”.
- e. “Betul sekali, kita tanyakan nama, nama panggilan dan asal”.
- f. “Bagaiman kalau kita praktikan sekarang?”.
- g. “Perkenalkan nama perawat Ika Dewi bisa dipanggil Dewi”.
- h. “Asal perawat dari Denpasar , asal anda dari mana?”.
- i. “Bagaiman pak, apakah bapak mau mencoba?”.

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

b. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita berbincang – bincang tadi?
Apa ibu senang berinteraksi dengan teman perawat saya?”

c. Evaluasi objektif

Klien mengatakan tadi sebelum mengikuti rehabilitasi klien berlatih berkenalan, klien mengatakan cara berkenalan dengan menanyakan nama lengkap, nama panggilan dan menanyakan asal, klien tampak senang berkenalan dengan perawat “M”, klien tampak mau berbincang dengan perawat, klien tampak bisa

mempraktekkan cara berkenalan, klien lebih banyak disela-sela pembicaraan, kontak mata klien sudah mulai baik.

4. Rencana tindak lanjut

“nanti ibu bisa memasukkan kegiatan berkenalan dengan perawat kedalam kegiatan harian ibu. Besok kita bertemu lagi ya bu? Kita akan mempraktekkan cara berkenalan dengan teman diruangan ibu. Apakah ibu mau?”.

5. Kontrak yang akan datang

a. Topik

“Bagaimana kalau besok kita mempraktikkan cara berkenalan dengan teman lain?”

b. Waktu

“Menurut ibu kita berbincang – bincang jam berapa?”.

c. Tempat

“Kalau besok kita berbincang-bincang di sini lagi gimana?”

STRATEGI PELAKSANAAN

TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

Hari/Tgl/Jam	: Jum'at, 29 April 2016	No. RM	: 0202xx
Jam	: 10.30 Wita	Nama	: "SW"
Pertemuan	: V	Asal	: Tabanan
Topik	: SP3P	Jenis Kelamin	: Perempuan

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : klien mengatakan lebih senang menyendiri

DO : klien tampak menyendiri, klien tampak sendiri, klien tampak lebih suka diam, klien tampak bengong, kontak mata klien tampak kurang.

2. Diagnosa Keperawatan

Isolasi Sosial

3. Tujuan Khusus

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x15 menit interaksi, diharapkan :

Klien dapat melakukan interaksi dengan klien lain

4. Tindakan

a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

b. Memberikan kesempatan pada klien mempraktikkan cara berkenalan dengan orang pertama

- c. Melatih klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua-seorang klien)
- d. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan

B. Strategi Komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Fase Orientasi

a. Evaluasi terapeutik

“Selamat pagi,”. “Saya Mita Meiliani. saya senang dipanggil Mbok Mita. saya perawat di Ruangan Kunti ini yang akan merawat ibu”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana keadaan ibu saat ini?”

c. Kontrak

1) Topik

“Pertemuan kali ini kita akan mempraktekkan cara berkenalan dengan teman diruangan ibu. Apakah ibu mau berinteraksi dengan teman ibu?”

2) Waktu

“Kira-kira ibu mau berapa lama untuk berbincang-bincang dengan saya?”

3) Tempat

“Ibu mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau ruang makan?”

2. Fase Kerja

- a. “ Menurut bapak kalau kita ingin berkenalan apa yang sebaiknya kita lakukan?”.
- b. “ Perlukah kita berjabat tangan?”.
- c. “ Bagus sekali apa yang bapak katakan”.
- d. “Apa saja yang perlu kita tanyakan?”.
- e. “Betul sekali, kita tanyakan nama, nama panggilan dan asal”.
- f. “Bagaiman kalau kita praktikan sekarang?”.
- g. “Perkenalkan nama perawat Ika Dewi bisa dipanggil Dewi”.
- h. “Asal perawat dari Denpasar , asal anda dari mana?”.
- i. “Bagaiman pak, apakah bapak mau mencoba?”.

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi subjektif

Klien mengatakan sudah mandi, makan, dan mengikuti kegiatan rehabilitasi tadi. Klien mengatakan tidak latihan berkenalan karena sedang malas berinteraksi.

2) Evaluasi objektif

Klien tampak meninggalkan perawat dan kembali ke kamar saat megatakan sedang malas, kontak mata baik, klien tampak lemas.

4. Rencana tindak lanjut

“kalau begitu kita bertemu besok lagi ya bu, ibu juga bisa memasukkan kegiatan latihan berinteraksi dengan perawat dulu. Besok kita berlatih berinteraksi dengan teman ibu ya”

5. Kontrak yang akan datang

a. Topik

“Bagaimana kalau besok kita mempraktikkan cara berkenalan dengan teman lainnya?”

b. Waktu

“Menurut ibu kita berbincang – bincang jam berapa?”.

c. Tempat

“Kalau besok kita berbincang-bincang di sini lagi gimana?”

STRATEGI PELAKSANAAN

TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

Hari/Tgl/Jam	: Sabtu, 30 April 2016	No. RM	: 0202xx
Jam	: 10.30 Wita	Nama	: "SW"
Pertemuan	: VI	Asal	: Tabanan
Topik	: SP3P	Jenis Kelamin	: Perempuan

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : klien mengatakan lebih senang menyendiri

DO : klien tampak menyendiri, klien tampak sendiri, klien tampak lebih suka diam, klien tampak bengong, kontak mata klien tampak kurang.

2. Diagnosa Keperawatan

Isolasi Sosial

3. Tujuan Khusus

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x15 menit interaksi, diharapkan :

Klien dapat melakukan interaksi dengan klien lain

4. Tindakan

a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

b. Memberikan kesempatan pada klien mempraktikkan cara berkenalan dengan orang pertama

- c. Melatih klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua-seorang klien)
- d. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan

B. Strategi Komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Fase Orientasi

a. Evaluasi terapeutik

“Selamat pagi,”. “Saya Mita Meiliani. saya senang dipanggil Mbok Mita. saya perawat di Ruangan Kunti ini yang akan merawat ibu”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana keadaan ibu saat ini?”

c. Kontrak

1) Topik

“Pertemuan kali ini kita akan mempraktekkan cara berkenalan dengan teman diruangan ibu. Apakah ibu mau berinteraksi dengan teman ibu?”

2) Waktu

“Kira-kira ibu mau berapa lama untuk berbincang-bincang dengan saya?”

3) Tempat

“Ibu mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau ruang makan?”

b. Fase Kerja

- a. “ Menurut bapak kalau kita ingin berkenalan apa yang sebaiknya kita lakukan?”.
- b. “ Perlukah kita berjabat tangan?”.
- c. “ Bagus sekali apa yang bapak katakan”.
- d. “Apa saja yang perlu kita tanyakan?”.
- e. “Betul sekali, kita tanyakan nama, nama panggilan dan asal”.
- f. “Bagaiman kalau kita praktikan sekarang?”.
- g. “Perkenalkan nama perawat Ika Dewi bisa dipanggil Dewi”.
- h. “Asal perawat dari Denpasar , asal anda dari mana?”.
- i. “Bagaiman pak, apakah bapak mau mencoba?”.

c. Fase Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah berinteraksi dengan teman diruangan?”

2) Evaluasi objektif

Klien tampak senang berkenalan dengan temannya, klien tampak mau berinteraksi dengan temannya, kontak mata klien baik.

B. Rencana tindak lanjut

“ibu, nanti ibu bisa mempraktekkan catra berkenalan yang ibu praktekkan tadi ke teman-teman ibu yang lainnya yang ada diruangan. Agar ibu banyak mempunyai teman dan tidak menyendiri lagi”

C. Kontrak yang akan datang (Topik, Waktu, Tempat)

“Ibu, nanti kita akan berbincnag-bincnag lagi ya, jika ibu ingin bercerita sesuatu ibu bisa menceritakannya kepada saya dan saya pasti akan mendengar cerita ibu.

STRATEGI PELAKSANAAN

TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

Hari/Tgl/Jam	: Sabtu, 01 Mei 2016	No. RM	: 0202xx
Jam	: 11.30 Wita	Nama	: "SW"
Pertemuan	: I	Asal	: Tabanan
Topik	: SP1K	Jenis Kelamin	: Perempuan

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : -

DO : -

2. Diagnosa Keperawatan

Isolasi Sosial

3. Tujuan Khusus

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x15 menit interaksi,
diharapkan :

keluarga mampu menjelaskan tentang masalah Isolasi Sosial, penyebab

Isolasi Sosial dan cara merawat pasien dengan Isolasi Sosial

4. Tindakan

- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
- b. Menjelaskan pengertian isolasi sosial, tanda dan gejala isolasi sosial, serta proses terjadinya isolasi sosial
- c. Menjelaskan cara – cara merawat klien dengan Isolasi sosial

B. Strategi Komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik
 “Selamat sore Bu, perkenalkan saya Mita. Ibu bisa panggil saya Mita, saya yang merawat anak Ibu di RSJ. Nama Ibu siapa? Ibu biasa dipanggil siapa?”
- b. Evaluasi/validasi
 “Bagaimana perasaan Ibu saat Anak Ibu dirawat di RSJ? Apakah Anak Ibu di rumah sering menyendiri dan tidak mau berbicara?”
- c. Kontrak

1) Topik

“Bagaimana kalau kita sekarang berbincang-bincang tentang keadaan anak Ibu? saya akan menjelaskan masalah yang dialami oleh anak Ibu dan bagaimana cara penanganan yang Ibu dan keluarga bisa lakukan untuk membantu mengatasi masalah anak Ibu ?”

2) Waktu

“Bagaimana kalau kita berbincang-bincang sekitar 15 menit?”

3) Tempat

“Bagaimana kalau kita berbincang-bincangnya sini saja? Apakah ibu setuju ??

2. Fase Kerja

“Anak Ibu mengalami gejala gangguan jiwa yaitu Isolasi Sosial. Isolasi Sosial adalah kesepian yang dialami oleh individu dan dirasakan saat didorong oleh keberadaan orang lain dan sebagai pernyataan negative atau mengancam. Orang lain tidak mengalami yang seperti anak Ibu alami. Untuk mengatasinya, memenuhi kebutuhan sehari – hari, bantu komunikasi yang teratur, libatkan dalam kelompok. Bagaimana Bu ? Sudah jelas? Baik”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan Ibu setelah kita berbincang – bincang dengan saya? sudah jelas Bu?”

2) Evaluasi objektif

“Coba sekarang Ibu sebutkan apa itu isolasi sosial, cara yang dilakukan untuk mengatasi Isolasi Sosial dan bagaimana cara merawat di rumah?”

b. Rencana tindak lanjut

“Kalau anak Ibu di rumah seperti itu coba lakukan cara yang saya sarankan tadi”

c. Kontrak yang akan datang (Topik, Waktu, Tempat)

“Baiklah Bu, lain kali kita berbincang-bincang lagi? Terimakasih atas waktunya”. Tolong sempatkan menengok anak Ibu ya!”

SATUAN ACARA

PENYULUHAN

Pokok Bahasan : Hubungan Sosial
Sub Pokok Bahasan : Isolasi Sosial
Waktu : 15 Mei 2015
Sasaran : Keluarga Klien SW
Tempat : Br. Dinas Megati Kelod, Megati, Selemadeg
Timur, Tabanan

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pendidikan kesehatan keluarga klien SW dapat mengetahui tentang isolasi sosial.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 15 menit diharapkan keluarga klien SW mampu:

1. Menjelaskan tentang pengertian kerusakan isolasi sosial
2. Menjelaskan tentang penyebab isolasi sosial.
3. Menyebutkan tanda-tanda isolasi sosial.
4. Mengerti tentang akibat lanjut dari isolasi sosial bagi klien dan keluarganya.

5. Menyebutkan peran serta keluarga dalam perawatan klien isolasi sosial saat berada di rumah.
6. Memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk perawatan klien isolasi sosial.

KEGIATAN PENKES

1. Pembukaan : 3 menit
 - a. Perkenalan
 - b. Menjelaskan tujuan
 - c. Apersepsi dengan menggali pengetahuan yang dimiliki keluarga tentang isolasi sosial.
2. Pelaksanaan : 10 menit
 - a. Menjelaskan materi tentang isolasi sosial.
 - b. Melakukan tanya jawab dengan keluarga tentang isolasi sosial pada klien.
3. Penutup : 2 Menit
 - a. Menyimpulkan materi
 - b. Mengevaluasi materi yang sudah diberikan
 - c. Mengakhiri penyuluhan dilanjutkan dengan ramah tamah

METODA

Ceramah dan tanya jawab secara langsung. Suasana santai dan kekeluargaan.

EVALUASI

Pertanyaan langsung disampaikan pada keluarga dan dijawab secara langsung juga oleh keluarga. Koreksi saat itu juga.

DAFTAR PUSTAKA

Dermawan, Deden & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Edisi 1. Yogyakarta : Gosyen Publishing.

Direja, A.H.S. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa* Edisi 1. Yogyakarta.

Prabowo Eko. (2014a). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.

LAMPIRAN MATERI

1. PENGERTIAN ISOLASI SOSIAL

Isolasi sosial adalah suatu gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel yang menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial.

2. PENYEBAB ISOLASI SOSIAL

Terjadinya gangguan ini dipengaruhi oleh faktor predisposisi diantaranya perkembangan dan sosial budaya. 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, menghindari dari orang lain, dan kegiatan sehari-hari terabaikan.

Faktor yang mungkin mempengaruhi antara lain:

a. Faktor predisposisi

1) Faktor Tubuh 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 dapat menimbulkan masalah.

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 (*double bind*) yaitu suatu keadaan dimana seorang 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.

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

4) Faktor biologis

Faktor biologis juga merupakan salah satu faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Organ tubuh yang dapat memengaruhi 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 limbic dan daerah kortikal.

b. Faktor presipitasi

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

- 1) Faktor Eksternal
Contohnya adalah stressor sosial budaya, yaitu stress yang ditimbulkan oleh faktor sosial budaya seperti keluarga.
- 2) Faktor Internal
Contohnya adalah stressor psikologis, yaitu stress terjadi akibat ansietas atau kecemasan 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.

3. **TANDA DAN GEJALA ISOLASI SOSIAL**

Menurut Dermawan (2013) tanda dan gejala yang muncul pada Isolasi sosial:

- a. Data subyektif
 - 1) Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain
 - 2) Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain
 - 3) Respons verbal kurang dan sangat singkat
 - 4) Klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain
 - 5) Klien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu
 - 6) Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan
 - 7) Klien merasa tidak berguna
 - 8) Klien tidak yakin dapat melangsungkan hidup
 - 9) Klien merasa ditolak
- b. Data obyektif
 - 1) Klien banyak diam dan tidak mau bicara
 - 2) Tidak mau mengikuti kegiatan
 - 3) Banyak berdiam diri dikamar
 - 4) Klien menyadari dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain yang terdekat
 - 5) Klien tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal
 - 6) Kontak mata kurang
 - 7) Kurang sopan
 - 8) Kurang spontan
 - 9) Apatik (acuh terhadap lingkungan)
 - 10) Ekspresi wajah kurang berseri
 - 11) Tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri
 - 12) Mengisolasi diri
 - 13) Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya

- 14) Masukan makanan dan minuman terganggu
- 15) Retensi urin dan feses
- 16) Aktivitas menurun
- 17) Kurang energy (tenaga)
- 18) Rendah diri
- 19) Postur tubuh berubah, misalnya sikap fetus/janin (khususnya pada posisi tidur)

4. AKIBAT LANJUT ISOLASI SOSIAL

Salah Satu gangguan berhubungan sosial diantaranya perilaku menarik diri atau isolasi sosial yang disebabkan oleh perasaan tidak berharga yang bisa dialami pasien dengan latar belakang yang penuh dengan permasalahan, ketegangan, kekecewaan dan kecemasan.

Perasaan tidak berharga menyebabkan pasien makin sulit dalam mengembangkan berhubungan dengan orang lain. Akibatnya pasien menjadi regresi atau mundur, mengalami penurunan dalam aktivitas dan kurangnya perhatian terhadap penampilan dan kebersihan diri. Pasien semakin tenggelam dalam perjalanan terhadap penampilan dan tingkah laku masa lalu serta tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut halusinasi (Stuart dan Sundden dalam Dalami, dkk. 2009 dalam Prabowo (2014)).

5. PERAN SERTA KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN

a. Memenuhi kebutuhan sehari-hari

- 1) Bantu dan perhatikan pemenuhan kebutuhan makan dan minum, kebersihan diri dan penampilan.
- 2) Latih kegiatan sehari-hari : makan sendiri, cuci pakaian, kebersihan rumah tangga.

3) Pemberian obat yang teratur dan sesuai dosis yang dianjurkan.

b. Bantu komunikasi yang teratur

- 1) Bicara jelas dan singkat
- 2) Kontak/bicara secara teratur
- 3) Pertahankan tatap mata saat bicara
- 4) Lakukan sentuhan yang akrab
- 5) Sabar, lembut, tidak terburu-buru

c. Libatkan dalam kelompok

- 1) Beri kesempatan untuk nonton TV, baca Koran, dengar musik.
- 2) Sediakan peralatan pribadi : tempat tidur, lemari pakaian
- 3) Pertemuan keluarga secara teratur.

6. MEMANFAATKAN FASILITAS KESEHATAN UNTUK PERAWATAN KLIEN ISOLASI SOSIAL.

Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitar seperti dokter praktek swasta, puskesmas atau rumah sakit dimana klien pernah dirawat. Yang paling penting adalah klien selalu rutin minum obat dan kontrol. Awasi klien dalam minum obat agar obat benar-benar diminum oleh klien.

ISOLASI

TANDA DAN GEJALA

a. Data



- ✶ Tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri
- ✶ Mengisolasi diri / rendah diri

- Makan,minu
m, perawatan diri
- Latih
kegiatan sehari-hari: cuci pakaian,
setrika,menyapu,dll

2. Bantu
komunikasi yang teratur

- Bicara jelas
dan singkat
- Kontak/bicar
a secara teratur
- Pertahankan
tatap mata secara teratur
- Lakukan



sentuhan yang akrab

- Sabar,
lambut, tidak terburu-buru

3. Libatkan dalam kelompok



ISOLASI
SOSIAL

DIII KEPERAWATAN

STIKES BALI

2016

La
mpi
ran
9

LAPORAN KUNJUNGAN RUMAH PENDERITA RUMAH SAKIT JIWA PUSAT BANGLI

Nama Penderita	: Sari Wahyuni
Jenis Kelamin	: Laki-laki / Wanita
Umur	: 25 tahun
Alamat	: Br. Dinas Megati Kelod, Megati, Selemadeg Timur, Tabanan
Pendidikan / Pekerjaan	: SD / -
Tempat / tanggal lahir	: Megati, 27 Agustus 1990
Bangsa	: Indonesia
Agama	: Hindu/ Islam/Kristen/Katolik/Buda
Status Perkawinan	: Belum Kawin/ Kawin/Cerai/Janda/Duda
Alamat penanggung jawab	: Br. Dinas Megati Kelod, Megati, Selemadeg Timur, Tabanan
Masalah	: -
No. Status	: 0202XX
Kunjungan rumah tanggal	: 01 Mei 2016
Yang ditemui	: - Ni Nengah Nasib (Ibu klien)

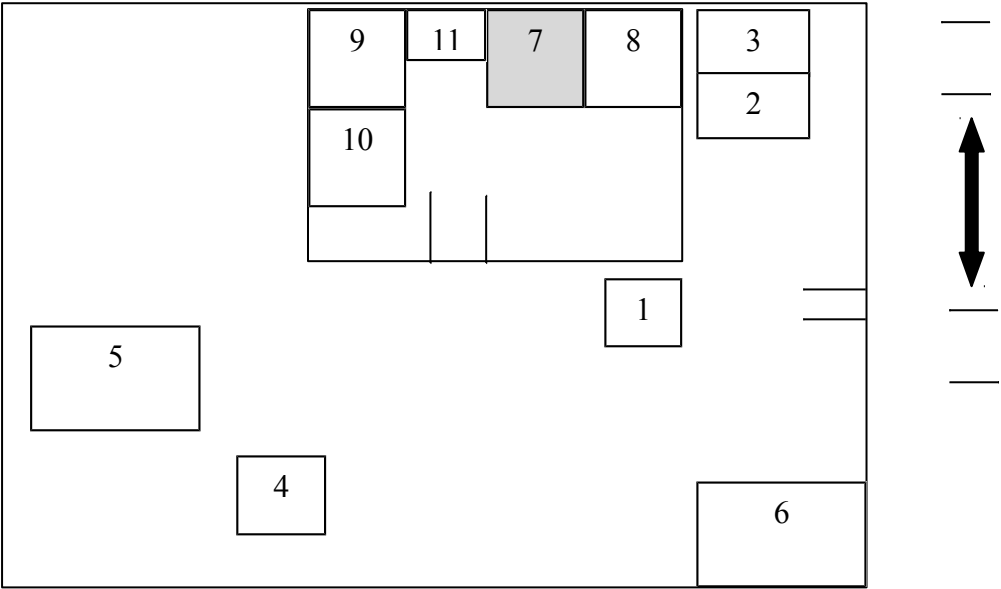
I. KESAN UMUM :

- Diterima oleh : Keluarga / penanggung jawab :
Ya/~~tidak~~
- Penerimaan : Cukup ramah/~~tidak~~
- Bisa mengerti kedatangan petugas : Ya / ~~tidak~~

II. **KESAN TEMPAT TINGGAL :**

- Ukuran rumah : 5m²x7m²
- Dinding : Permanen/~~Semi-permanent~~/~~darurat~~
- Lantai : Tehel/~~Semen~~/~~Bata~~/~~PC~~/~~Tanah~~
- Penerangan : PLN atau Listrik
- Air minum : PAM
- Kandang : Ada
- Jarak bangunan : ± 3 m
- Penduduk dalam satu rumah : Dewasa : 4 orang
Anak-anak : - orang

DENAH PEKARANGAN :



Keterangan :

- | | |
|------------|--------------------------|
| 1. Padma | 7. Kamar klien |
| 2. Gudang | 8. Kamar adik klien |
| 3. Merajan | 9. Kamar kakak klien |
| 4. Kandang | 10. Kamar orangtua klien |
| 5. Dapur | 11. Kamar mandi |
| 6. Warung | |

III. KEADAAN KELUARGA PENDERITA

- Suasana keluarga : Harmonis
- Keadaan sosial ekonomi : Menengah
- Hubungan dengan lingkungan : Baik
- Kegiatan sosial : Baik
- Keagamaan : Hindu

IV. KEADAAN PENDERITA:

A. Perkembangan mental :

- Halusinasi/ilusi : Tidak ada Agresif : Ada
- Gelisah/tenang : Gelisah Gangguan tidur : Tidak ada
- Curiga : Ada Isolasi diri : Ada
- PBD : Tidak ada Dll : -

B. Perkembangan sifat :

- Inisiatif : Cukup. Kerajinan : Cukup
- Kreatif : Cukup. Kedisiplinan : Cukup
- Tanggung jawab : Cukup. Ketekunan : Cukup
- Kualitas kerja : Cukup.

C. Perhatian :

- Terhadap diri sendiri : Cukup baik Keluarga : Cukup baik
- Lingkungan : Cukup Pekerjaan sehari-hari : Cukup
- Minum obat : Teratur

D. Pergaulan :

- Hubungan dengan anggota keluarga : Cukup
- Lingkungan : Kurang
- Penyesuaian diri : Kurang
- Dilingkungan tempat kerja : Kurang
- Pengisian waktu luang : Cukup

E. Tingkah laku/tindakan/perbuatan yang menonjol/menyolok:

- Tindakan kekerasan terhadap orang lain:
memukul/~~membunuh~~/~~memperkosa~~
- Tindakan perusakan terhadap lingkungan, contohnya: Memukul-mukul
pintu rumah
- Penelantaran diri

F. Penyakit yang pernah diderita:

- ada/~~tidak ada~~
- Berat/~~ringan~~
- Jenis penyakit : Epilepsi

**V. UPAYA-UPAYA APAKAH YANG TELAH DILAKUKAN UNTUK
MENANGGULANGI GANGGUAN INI OLEH KELUARGA :**

1. Berobat jalan ke : Puskesmas/RSU/RSJ Bangli
2. Upacara keagamaan : dilakukan/tidak/kadang-kadang
3. Berobat ke dukun : dilukat/dipijat/ditutuh/obat ramuan
4. Diblok : dikurung didalam rumah/diikat ditiang
rumah/diikat di kandang/tidak ada
5. Dibiarkan (menggelandang) : iya

VI. KESIMPULAN :

Tujuan home visite: memvalidasi data atas keterangan yang diberikan klien, memberi penjelasan kepada keluarga tentang perawatan klien di rumah dan selalu mendukung serta memperhatikan klien baik di RSJ maupun dirumah.

1. Penerangan yang diberikan : bisa diterima/~~kurang bisa~~/~~tidak bisa~~
dimengerti
2. Ekonomi : ~~miskin~~/menengah/~~kaya~~
3. Kekambuhan : sering/~~kadang-kadang~~/~~jarang~~/~~tidak pernah~~
4. Desakan dari Banjar/Adat : ~~ada~~/tidak ada

PEMERINTAH PROVINSI BALI

RUMAH SAKIT JiWA

Email.admin- rsjiwa@baliprov.go.id

www.rsjiwa@baliprov.go.id

Bangli - 80613

Jl. Kusuma Yudha No. 29 Bangli

Telp. (0366) 91073

SURAT TUGAS

NOMOR : 094/2355/2015/RS.Jiwa

Yang bertanda tangan dibawah ini Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi
Bali, dengan ini:

Menugaskan

Kepada:

Nama : Ni Made Mita Meiliani
NIM : 13E11050
Status : Mahasiswa DIII Keperawatan

Untuk: Melaksanakan kegiatan home visite (Kunjungan Rumah) pada hari,

Minggu, 01 Mei 2016, kepada penderita:

Nama : Ni Made Sari Wahyuni
Umur : 25 Tahun
Alamat : Br. Dinas Megati Kelod, Megati, Selemadeg Timur, Tabanan
No. CM : 020269
Diagnosa : Skizofrenia Herbefrenik (ISOS)
No. Tlp : 082144030239
Penanggung : I Wayan Budiada

Demikian surat tugas ini dibuat untuk dapat dilaksanakan dengan penuh rasa tanggung jawab.



PEMERINTAH PROVINSI BALI
RUMAH SAKIT Jiwa

Email: admin-rsjiwa@baliprov.go.id

www.rsjiwa@baliprov.go.id

Bangli - 80613

Jl. Kusuma Yudha No. 29 Bangli

Telp. (0366) 91073.91074

SURAT TUGAS

NOMOR : 094/1910 / 2011 / RS. Jiwa

Yang bertanda tangan dibawah ini Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali, dengan ini :

Menugaskan

Kepada :

Nama : Ni Made Mita Meliani
NIM : 13611050
Status : Mahasiswa

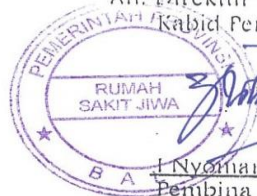
Untuk : Melaksanakan Kegiatan Home Visite (Kunjungan Rumah) pada hari,
Minggu, tanggal 01 Mei 2016, Kepada Penderita :

Nama : Ni Made Sari Wahyuni
Umur : 25 tahun
Alamat : Br. Dinas Megati kelod , Megati, Selemadeg Timur, Tabanan , 82162
No. CM : 0202 89
Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik
No. Tlp : 082 144 030 239
Penanggung : I Wayan Budiada

Demikian surat tugas ini diberikan untuk dapat dilaksanakan dengan penuh rasa Tanggung jawab.

Bangli,

An. Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali
Kabid. Perawatan



I Nyoman Artha, S.Kep.
Pembina

NIP. 19601224 198202 1 003

G. UPAYA-UPAYA APAKAH YANG TELAH DILAKUKAN UNTUK MENANGGULANGI GANGGUAN INI OLEH KELUARGA :

1. Berobat jalan ke : Puskesmas / RS. Umum / RS. Jiwa
2. Upaya keagamaan : Dilaksanakan / tidak / kadang-kadang
3. Berobat ke dukun : Dilukat / dipijat / ditutuh / obat minum
4. Diblok : dikurung dalam rumah / diikat di kandang / tidak ada
5. Dibiarkan (mengelandangan) : iya

H. KESIMPULAN

Tujuan Home Visit

Untuk memvalidasi data atas keterangan yang diberikan Elen, memberikan penjelasan kepada keluarga tentang cara perawatan Elen di rumah dan selalu mendukung serta memperhatikan Elen baik di RSJ maupun di rumah.

1. Penerangan yang diberikan : Bisa diterima/ Kurang bisa/ Tidak bisa dimengerti.
2. Ekonomi : Miskin/ Menengah/ Kaya.
3. Kekambuhan : Sering/ Kadang-kadang/ Jarang/ Tidak pernah.
4. Desakan dari Banjar / Adat : Ada/ Tidak ada

MENGETAHUI

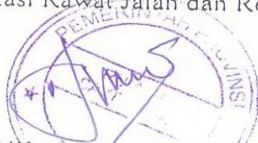


INTONAN KUSTIKA

Kepada Penderita

Ni Made Sari Wahyuni

Kasi Rawat Jalan dan Rehabilitasi



SUKARNI, Amd. Kept

NIP. 19580928 197910 2 002

Petugas Kunjungan Rumah



M. Made Mita Meriani

BUKU BUKTI FISIK
BIMBINGAN PENYUSUNAN KTI

Nama Mahasiswa : Ni Made Mita Meriani
NIM : 13211050
Judul KTI : Isolasi Soral
Pembimbing : Ns. Ida Ayu Putri Wulandari, S.Kep

No	Hari/Tgl/ Waktu	Bimb. Ke	Materi Bimbingan	Masukan / Revisi	TT Pembimb.
1	2	3	4	5	6
1.	Rabu, 4 Mei 2016	I	Astep + BAB I	Revisi ASKEP + BAB I	— <u>ce</u>
2	Senin, 09 Mei 2016 10.00 wita	II	BAB I	Revisi BAB I	— <u>ce</u>
3.	Rabu, 11 Mei 2016 10.00 wita	III	BAB I dan BAB II	Revisi BAB I, II Lanjut BAB III	— <u>ce</u>
4	Jumat, 13 Mei 2016 15.00 wita	IV	Revisi BAB I dan II Lanjut BAB III	Tambahkan data BAB I, cek penulisan BAB I, II Revisi BAB III Lanjut BAB IV	— <u>ce</u>
5	Selasa, 17 Mei 2016 15.00 wita	V	Revisi BAB I, II, III, IV	Revisi BAB III & IV cek BAB I, II	— <u>ce</u>

Pembimbing KTI,

(Ns. Ida Ayu Putri Wulandari, S.Kep
NIR. 13115)

Catatan :

- ✦ Untuk kolom 1- 4 ditulis oleh Mahasiswa sesuai dengan hasil bimbingan hari itu.
- ✦ Untuk kolom 5 dan 6 ditulis oleh Pembimbing KTI.

BUKU BUKTI FISIK **BIMBINGAN PENYUSUNAN KTI**

Nama Mahasiswa : Nr. Made Mita Meliani
 NIM : 13511050
 Judul KTI : Isolasi Sosial
 Pembimbing : Ns. Ida Ayu Putri Wulandari, S. Kep

No	Hari/Tgl/ Waktu	Bimb. Ke	Materi Bimbingan	Masukan / Revisi	TT Pembimb.
1	2	3	4	5	6
6.	Sabtu, 21 Mei 2016 11.00 wita	VI	BAB III, IV	BAB I ok BAB II → cek Revisi BAB III & IV	
7	Jum'at, Mei 2016 15.00 wita	VII	Konsul lengkap	Revisi DaF. Pustaka Cek font.	

Pembimbing KTI,

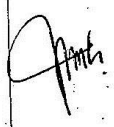
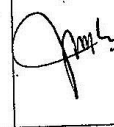
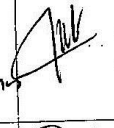
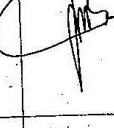
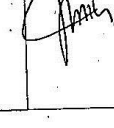
(Ns. Ida Ayu Putri Wulandari, S. Kep
 NIR. 13115.....)

Catatan :

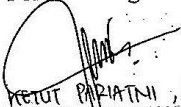
- ✦ Untuk kolom 1- 4 ditulis oleh Mahasiswa sesuai dengan hasil bimbingan hari itu.
- ✦ Untuk kolom 5 dan 6 ditulis oleh Pembimbing KTI.

**BUKU BUKTI FISIK
BIMBINGAN PENYUSUNAN KTI**

Nama Mahasiswa : Ni Made Mita Meriani
 NIM : 13E11050
 Judul KTI : Isolasi Jawa
 Pembimbing : NI KETUT PARIATNI S.Kep, Ns

No	Hari/Tgl/ Waktu	Bimb. Ke	Materi Bimbingan	Masukan / Revisi	TT Pembimb.
1	2	3	4	5	6
1.	Sabtu, 07 Mei 2016 Pukul 11.00 wita	1	BAB I dan BAB II	Perbaikan	
2.	Selasa, 10 Mei 2016 Pukul 13.30 wita	2	BAB I dan BAB II	Perbaikan	
3.	Senin, 16 Mei 2016 Pukul 15.30 wita	3	BAB I BAB II	BAB I : Acc BAB II : Perbaikan	
4.	Jumat, 20 Mei 2016 20.00 wita	4	Bab II	BAB II : Acc	
5	Senin, 23 Mei 2016 18.30 18.30 wita	5	Bab III + IV	Perbaikan	

Pembimbing KTI,

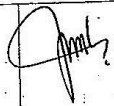
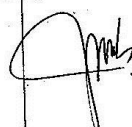

 (NI KETUT PARIATNI, S.Kep, Ns)
 NIR. 19130325 1999 03.2 009

Catatan :

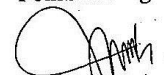
- * Untuk kolom 1-4 ditulis oleh Mahasiswa sesuai dengan hasil bimbingan hari itu.
- * Untuk kolom 5 dan 6 ditulis oleh Pembimbing KTI.

BUKU BUKTI FISIK **BIMBINGAN PENYUSUNAN KTI**

Nama Mahasiswa : Ni Made Mita Merliani
 NIM : 13011050
 Judul KTI : Isolasi Sosial
 Pembimbing : Ni Ketut Parwati, S.Kep.Ns.

No	Hari/Tgl/ Waktu	Bimb. Ke	Materi Bimbingan	Masukan / Revisi	TT Pembimb.
1	2	3	4	5	6
6	Selasa, 24 Mei 2016 12.30 wita	6	Bab II + IV	Perbaikan	
7	Baba 25 Kamis, 26 Mei 2016 12.20 wita	7	Bab III + IV	Ace BAB III & IV	

Pembimbing KTI,


 (Ni Ketut Parwati, S.Kep.Ns.)
 NIR. 15730325 1999032 009

Catatan :

- ✚ Untuk kolom 1- 4 ditulis oleh Mahasiswa sesuai dengan hasil bimbingan hari itu.
- ✚ Untuk kolom 5 dan 6 ditulis oleh Pembimbing KTI.