

# **GANGGUAN ALAM PERASAAN: MENARIK DIRI**

**MAHNUM LAILAN NASUTION**

**Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Sumatera Utara**

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Menarik diri adalah suatu keadaan pasien yang mengalami ketidakmampuan untuk mengadakan hubungan dengan orang lain atau dengan lingkungan di sekitarnya secara wajar. Pada pasien dengan perilaku menarik diri sering melakukan kegiatan yang ditujukan untuk mencapai pemuasan diri, dimana pasien melakukan usaha untuk melindungi diri sehingga ia jadi pasif dan berkepribadian kaku, pasien menarik diri juga melakukan pembatasan (isolasi diri), termasuk juga kehidupan emosionalnya, semakin sering pasien menarik diri, semakin banyak kesulitan yang dialami dalam mengembangkan hubungan sosial dan emosional dengan orang lain.

Dalam membina hubungan sosial, individu berada dalam rentang respon yang adaptif sampai dengan maladaptif. Respon adaptif merupakan respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan yang berlaku, sedangkan respon maladaptif merupakan respon yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah yang kurang dapat diterima oleh norma-norma sosial dan budaya. Respon sosial dan emosional yang maladaptif sering sekali terjadi dalam kehidupan sehari-hari, khususnya sering dialami pada pasien menarik diri sehingga melalui pendekatan proses keperawatan yang komprehensif penulis berusaha memberikan asuhan keperawatan yang semaksimal mungkin kepada pasien dengan masalah keperawatan utama kerusakan interaksi sosial : menarik diri.

Dari segi kehidupan sosial cultural, interaksi sosial adalah merupakan hal yang utama dalam kehidupan bermasyarakat, sebagai dampak adanya kerusakan interaksi sosial : menarik diri akan menjadi suatu masalah besar dalam fenomena kehidupan, yaitu terganggunya komunikasi yang merupakan suatu elemen penting dalam mengadakan hubungan dengan orang lain atau lingkungan disekitarnya.

Berdasarkan hal-hal diatas, penulis tertarik untuk mengangkat masalah-masalah ini menjadi masalah keperawatan utama yaitu : kerusakan interaksi sosial menarik diri pada Tn.H di ruang Pusuk bukit Rumah Sakit Jiwa Pusat Medan.

### **B. Ruang Lingkup**

Adapun ruang lingkup dalam penulisan laporan ini adalah bagaimana aplikasi asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan utama kerusakan interaksi sosial; menarik diri di ruang Pusuk Bukit R.S Jiwa Pusat Medan

### **C. Tujuan Penulisan**

1. tujuan umum  
untuk mendapatkan gambaran tentang proses keperawatan pada klien Tn.H dengan kerusakan interaksi sosial; menarik diri dari ruang Pusuk Bukit RSJP Medan.
2. Tujuan Khusus
  - 2.1 Dapat melakukan pengkajian, analisa data merumuskan masalah keperawatan, membuat pohon masalah, menetapkan diagnosa

keperawatan pada Tn. H dengan kerusakan interaksi sosial; menarik diri dari ruang Pusuk Bukit RSJP Medan.

- 2.2 Dapat menyusun perencanaan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien dan mengatasi masalah klien.
- 2.3 Dapat mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan yang nyata sesuai dengan diagnosa keperawatan telah ditegakkan.
- 2.4 Dapat menilai hasil (mengevaluasi) tindakan keperawatan yang telah dilakukan.
- 2.5 Dapat melakukan pendokumentasian keperawatan.

#### **D. Metode Penulisan**

Metode yang digunakan dalam pembuatan laporan ini adalah:

1. Study Kasus  
Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada seorang klien dengan masalah keperawatan utama kerusakan interaksi sosial: menarik diri di ruang Pusuk Bukit RSJP Medan.
2. Observasi  
Mengobservasi gejala-gejala perilaku yang dialami klien dengan masalah keperawatan utama kerusakan interaksi sosial; menarik diri di ruang Pusuk Bukit RSJP Medan.
3. Wawancara  
Pengkajian dalam rangka pengumpulan data dilakukan terhadap klien, keluarga klien dan perawat ruangan

#### **E. Sistematika Penulisan**

Adapun sistematika penulisan laporan ini adalah:

BAB I : Pendahuluan

- a. Pendahuluan
- b. Ruang Lingkup
- c. Tujuan Penulisan
- d. Metode Penulisan
- e. Sistematika penulisan

BAB II : Tinjauan Teoritis

- a. tinjauan teoritis medis, meliputi : defenisi, predisposisi, faktor presipitasi, rentang respon, tingkah laku menarik diri.
- b. Asuhan keperawatan, meliputi : pengkajian, diagnosa, keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

BAB II : Tinjauan Kasus

- a. pengkajian
- b. analisa data
- c. pohon masalah
- d. diagnosa keperawatan
- e. intervensi keperawatan
- f. implementasi dan evaluasi

BAB IV : Pembahasan

BAB V : Kesimpulan dan Saran

## BAB II

### A. Tinjauan Teoritis Medis

#### 1. DEFENISI

Menarik diri adalah suatu keadaan pasien yang mengalami ketidakmampuan untuk mengadakan hubungan dengan orang lain atau dengan lingkungan disekitarnya secara wajar dan hidup dalam khayalan sendiri yang tidak realistis.

#### 2. FAKTOR PENYEBAB MENARIK DIRI

##### 2.1.FAKTOR PREDISPOSISI

Berbagai teori telah diajukan untuk menjelaskan gangguan alam perasaan yang parah. Teori ini menunjukkan rentang faktor-faktor penyebab yang mungkin bekerja sendiri atau dalam kombinasi.

- 2.1.1 Faktor genetik, dianggap mempengaruhi transmisi gangguan efektif melalui riwayat keluarga atau keturunan.
- 2.1.2 Teori agresi menyerang kedalam menunjukkan bahwa depresi terjadi karena perasaan marah yang ditujukan kepada diri sendiri.
- 2.1.3 Teori kehilangan objek, merujuk kepada perpisahan traumatik individu dengan benda atau yang sangat berarti.
- 2.1.4 Teori organisasi kepribadian, menuraikan bagaimana konsep diri yang negatif dan harga diri rendah mempengaruhi sistem keyakinan dan penilaian seseorang terhadap
- 2.1.5 Model kognitif menyatakan bahwa defresi, merupakan masalah kognitif yang didominasi oleh evaluasi negatif seseorang terhadap diri seseorang, dunia seseorang, dan masa depan seseorang.
- 2.1.6 Metode ketidak berdayaan yang dipelajari, menunjukkan bahwa bukan semata-mata trauma menyebabkan defresi tetapi keyakinan bahwa seseorang tidak mempunyai kendali terhadap hasil yang penting dalam kehidupannya, oleh karena itu ia mengulang respons yang adaptif.
- 2.1.7 Model perilaku berkembang dari kerangka teori belajar sosial, yang mengasumsi penyebab defresi terletak pada kurangnya keinginan positif dalam berinteraksi dengan lingkungan.
- 2.1.8 Model biologik, menguraikan perubahan kimia dalam tubuh yang terjadi selama masa defresi, termasuk defisiensi katekolamin, disfungsi endoksin, hipersekresi kosisol, dan variasi periodik, dan irama biologis.

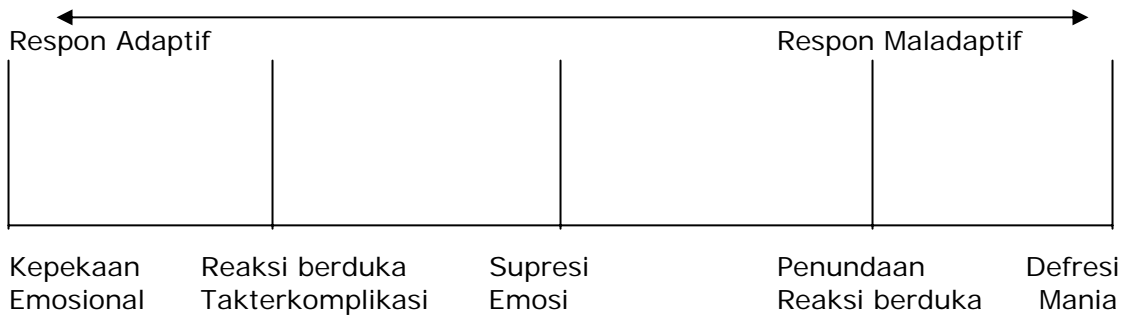
##### 2.2 FAKTOR PRESIPITASI

Adapun empat sumber utama stressor yang dapat menentukan gangguan alam perasaan.

- 2.2.1 Kehilangan keterikatan, yang nyata atau yang dilayangkan, termasuk kehilangan cinta seseorang, fungsi fisik, kedudukan atau harga diri, karena elemen aktual dan simbolik melibatkan konsep kehilangan, maka persepsi pasien merupakan hal yang sangat penting.
- 2.2.2 Peristiwa besar dalam kehidupan, sering dilaporkan sebagai pendahulu episode defresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah.
- 2.2.3 Peran dan ketegangan peran telah dilaporkan mempengaruhi perkembangan defresi, terutama pada wanita.
- 2.2.4. Perubahan fisiologis diakibatkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik, seperti : infeksi, neoplasma, dan gangguan keseimbangan metabolik, dapat mencetuskan gangguan alam perasaan diantara obat-obatan tersebut terdapat obat antihipertensi dan penyalah gunaan zat yang menyebabkan kecanduan. Kebanyakan penyakit kronik yang melemahkan tubuh juga sering disertai dengan defresi. Defresi yang terdapat pada usia lanjut biasanya bersifat



## Rentang Respon Emosional



- Kepekaan emosional, dipengaruhi oleh dan berperan aktif dalam dunia internal dan eksternal seseorang. Tersirat bahwa orang tersebut terbuka dan sadar akan perasaannya sendiri.
- Reaksi berduka tak terkomplikasi, terjadi sebagai respon terhadap kehilangan dan tersirat bahwa seseorang sedang menghadapi sesuatu kehilangan yang nyata serta terbenam dalam proses aberbukanya.
- Supresi emosi, mungkin tampak sebagai penyangkalan(denial)terhadap perasaan sendiri, pelepasan dari keterikatan dengan emosi atau penalaran terhadap semua aspek dari dunia apektif seseorang.
- Penundaan reaksi berkabung, adalah ketidakadaan yang pesisten respon emosional terhadap kehilangan. Ini dapat terjadi pada awal proses berkabung, dan menjadi nyata pada pengunduran proses mulaai terjadi atau keduanya.penundaan dan penolakan proses berduka kadang terjadi bertahun-tahun.
- Defresi, suatu kesedihan atau perasaan duka yang berkepanjangan dapat digunakan untuk menunjukkan berbagai fenomena, tanda, gejala sindrom, keadaan emosional, reaksi penyakit atau klinik.
- Mania, ditandai dengan elepati alam perasaan berkepanjangan atau mudah di singgung. Hipomania digunakan untuk menggambarkan sindrom klinik serupa tetapi tidak separah mania atau episode manik. (Stuart dan sundeen, 1998).

#### 4. Tingkah laku menarik diri

adapun tingkah laku menarik diri yaitu :

- Kurang sopan
- Apatis
- Ekspresi wajah kurang berseri
- Afek tumpul
- Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri
- Komunikasi verbal menurun atau tidak ada.
- Mengisolasi diri
- Kurang sadar dengan lingkungan sekitar
- Pemasukan makan dan minuman terganggu
- Retensi win dan fesis
- Aktivitas menurun
- Kurang energik(tenaga)
- Harga diri rendah
- Menolak hububgfab dengan orang lain

## **B. Asuhan Keperawatan**

### **A. Pengkajian**

#### 1. Faktor Predisposisi

##### 1.1 Faktor perkembangan

Secara teori, kurangnya stimulasi, kasih sayang dan kehangatan dari ibu(pengasuh) pada bayi akan memberikan rasa tidak aman yang dapat menghambat terbentuknya rasa percaya.

##### 1.2 Faktor biologis

Genetik merupakan salah satu faktor pendukung gangguan jiwa.

##### 1.3 Faktor sosiokultural

Isolasi sosial dapat terjadi, salah satunya pada tuntutan lingkungan yang terlalu tinggi.

#### 2. Faktor Presipitasi

Stressor psikologis seperti intensitas kecemasan yang ekstrim dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan individu untuk mengatasi masalah diyakini akan menimbulkan berbagai masalah kerusakan hubungan sosial menarik diri

#### 3. Prilaku

Tingkah laku klien menarik diri:

- a. Kurang spontan
- b. Apatis(acuh terhadap lingkungan)
- c. Ekspresi wajah kurang berseri
- d. Afek tumpul
- e. Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri
- f. Komunikasi verbal menurun/tidak ada
- g. Mengisolasi diri
- h. Kurang sadar dengan lingkungan sekitar
- i. Pemasukan makanan dan minuman terganggu
- j. Retensi urine dan feses
- k. Aktivitas menurun
- l. Kurang energi(tenaga)
- m. Harga diri rendah
- n. Menolak berhubungan dengan orang lain.

#### 4. Fisik

##### ADL (Aktiviti Daily Life)

Masalah nutrisi, kebersihan diri, tidak mampu berpartisipasi dalam kegiatan aktivitas fisik yang menurun akan muncul pada klien dengan menarik diri.

#### 5. Status emosi

Afek tidak sesuai merasa bersalah dan malu, sikap negatif yang curiga, rendah diri dan kecemasan berat.

#### 6. Status sosial

Menarik diri dan tidak percaya pada orang lain.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan menarik diri.

1. resiko tinggi melakukan kekerasan sehubungan dengan halusinasi pendengaran
2. perudahan sensor persepsi ; halusinasi pendengaran b/d menarik diri.

3. merusak interaksi sosial; menarik diri b/d harga diri rendah kronis
4. sindrom defisit perawatan diri b/d intoleransi aktivitas
5. ketegangan peran memberi perawatan b/d ketidakmampuan keluarga merawat pasien di rumah.

### C. Perencanaan Keperawatan

Diagnosa keperawatan 1

Resiko tinggi terhadap tindakan kekerasan yang diarahkan kepada orang lain pada diri sendiri dan lingkungan b/d alusinasia pendengaran.

Tujuan

TUM klien dapat mengendalikan alusinasinya

TUK 1 klien dapat membina hubungan saling percaya.

Intervensi :

1. bina hubungan saling percaya  
salam terafentik, perkenalan diri, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas, tepati waktu.
2. dorong dan beri kesempatan klien mengungkapkan perasaannya.
3. dengarkan ungkapan klien dengan empati

Rasional:

1. hubungan saling percaya sebagai dasar interaksi yang terapeutik perawat klien
2. ungkapan perasaan klien terhadap perawat sebagai bukti bahwa klien mulai mempercayai perawat
3. rasa empati akan meningkatkan hubungan saling percaya.

Evaluasi

Klien dapat mengungkapkan perasaan dan keadaannya saat ini secara verbal.

TUK 2 : klien dapat mengenal alusinasinya

Intervensi

1. aadaakaan kontrak sering dan singkat secara bertahap 5 menit setiao 1 jam, 10 menit setiap aati jaam, 15 menit setiap satu jam
2. observasi tingkah laku verbal / non verbal yang berhububg dengan alusinasia bicara sendiri, yaitu : isi bicara, mata melotot, tiba-tiba melotot, tiba-tiba pergi, tertawa tiba-tiba
3. gambarkan tingkah laku alusinasia pada klien "apa yang terdengandr aatau dilihat ".
4. terima alusinsi sebagai hal yang nyata bagi klien, tapi tidak bagi oerawat (tidak membenarkan dan tidak menunjang)
5. bbrsama klien mengidentifikasi aktivitas yang menimmbulkab dan tiidak menimbulkan alusinasia sifat, isi,waktu, dan perekuensi alusinasia.
6. bersaama klien menentukan faktor pemncetus alusinasia, : apa yang terjadi sebelum alusinasia?".
7. dorong klien mengungkapkan perasaannya ketika sedang berhalusinasia

Evaluasi

1. klien dapat membedakan hal yang nyata dan hal yang tidak nyata setelah 3-4 kali pertemuan dengan menceritakan hal-hal yang nyata.
2. klien dapat menyebutkan situasi yang menimbulkan alusinasia: sifat, isi, waktu, frekuensi alusinasia, setelah 3x pertemuan.

TUK 3 : klien dapat mengontrol halusinasinya

Intervensi:

1. identifikasi bersama klien tindakan apa yang dilakukan bila sedang berhalusinasi
2. beri pujian terhadap ungkapan klien tentang tindakannya
3. diskusikan cara memutuskan halusinasi
4. dorong klien untuk menyebutkan kembali cara memutuskan halusinasi
5. beri pujian atas upaya klien

Rasional

1. tindakan yang bisa dilakukan klien merupakan upaya mengatasi halusinasi
2. memberikan hal yang positif atau pengakuan akan meningkatkan harga diri klien
3. dengan halusinasi yang terkontrol untuk klien maka waham curiga tidak terjadi
4. pengulangan hasil diskusi yang dapat dilakukan klien merupakan suatu tanda konsentrasi pikir dapat difokuskan
5. pujian meruokan pengakuan yang dapat meningkatkan motivasi dan harga diri klien

Evaluasi

1. klien dapat menyebutkan tindakan yang bila sedang berhalusinasi setelah 3 x pertemuan
2. klien dapat menyebutkan 3 dari 4 cara memutuskan halusinasi

TUK 4 klien dapat memanfaatkan obat untuk mengontrol halusinasinya

Intervensi

1. diskusikan dengan klien tentang obat mengontrol halusinasi
2. bantu klien untuk memastikan klien telah minum obat secara teratur untuk menontrol halusinasinya

Rasional

1. meningkatkan pengetahuan dan motivasi klien untuk minum obat secara teratur
2. memastikan bahwa klien minum obat secara teratur

Evaluasi

klien minum obat secara teratur sesuai aturan minum obat setelah 3 x pertemuan

TUK 5 : klien dapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya

Intervensi

1. dorong klien untuk memberitahu keluarga ketika timbul halusinasi
2. lakukan kunjungan keluarga, kenalkan pada halusinasi klien bantu dalam memutuskan tindakan untuk mengontrol halusinasi klien, ajarkan cara merawat klien dirumah, informasikan cara memotifikasi lingkungan agar mendukung realitas dan dorong keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam mengontrol halusinasi klien.

Rasional

1. sebagai upaya latihan klien sebelum berada di rumah
2. keluarga yang mampu merawat klien dengan halusinasi paling efektif mendukung kesembuhan klien dengan masalah halusinasi

#### Evaluasi

Klien dapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasi setelah dirumah

#### Diagnosa keperawatan 2

Perubahan sensasi persepsi ; b/d keruskan interaksi sosial;menarik diri

TUM :klien dapat berhubungan dengan orang lain dan lingkungan sehingga halusinasi dapat dicegah

TUK 1 klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

#### Intervensi

Bina hubungan saling percaya :

- sikap terbuka dan empati
- terima klien apa adanya
- sapa klien dengan ramah
- tepati janji
- jelaskan tujuan pertemuan
- pertahankan kontak mata selama interaksi
- penuhi kebutuhan dasar klien saat itu

#### Rasional

Kejujuran, kesediaan dan penerimaan, meningkatkan kepercayaan hubungan antara klien dengan perawat

#### Evaluasi

Setelah 2 x pertemuan klien dapat menerima kehadiran perawat

TUK 2 : klien dapat mengenal perasaan yang menyatakan perilaku menarik diri

#### Intervensi

1. kaji pengetahuan klien tentang menarik diri
2. beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri
3. diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik dirinya
4. beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkannya

#### Rasional

1. mengetahui sejauh mana pengetahuan klien yang menarik diri sehingga perawat dapat merencanakan tindakan selanjutnya
2. untuk mengetahui alasan klien menarik diri
3. meningkatkan pengetahuan klien dan mencari pemecahan bersama tentang masalah klien
4. meningkatkan harga diri klien berani bergaul dengan lingkungan sosialnya

#### Evaluasi

Setelah satu kali pertemuan klien dapat menyebutkan penyebab/alasan menarik daripada dirinya

TUK 3 : klien dapat mengetahui keuntungan berhubungan dengan orang lain

### Intervensi

1. diskusikan tentang manfaat berhubungan dengan orang lain
2. dorong klien untuk menyebutkan kembali manfaat berhubungan dengan orang lain
3. beri pujian terhadap kemampuan klien dalam menyebutkan manfaat berhubungan dengan orang lain

### Rasional

1. meningkatkan pengetahuan klien tentang perlunya berhubungan dengan orang lain
2. untuk mengetahui tingkat permohonan klien terhadap informasi yang telah diberikan
3. reinforcement positif dapat meningkatkan harga diri klien

### Evaluasi

Klien dapat menyebutkan 2 dari 3 manfaat berhubungan dengan orang lain

- mendapat teman
- mengungkapkan perasaan
- membantu pemecahan masalah

TUK 4 : klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap

### Intervensi

1. dorong klien untuk menyebutkan cara berhubungan dengan orang lain
2. dorong dan bantu klien berhubungan dengan orang lain secara bertahap antara lain:
  - klien – perawat
  - klien – perawat – perawat lain
  - klien – perawat – klien lain
  - klien – kecil (TAK)
  - klien – keluarga
3. libatkan klien dalam kegiatan TAK dan ADL ruangan
4. reinforcement positif atas keberhasilan yang telah dicapai klien

### Rasional

1. untuk mengetahui pemahaman klien terhadap informasi yang telah diberikan
2. klien mungkin mengalami perasaan tidak nyaman, malu dalam berhubungan sehingga perlu dilatih secara bertahap dalam berhubungan dengan orang lain
3. membantu klien dalam mempertahankan hubungan interpersonal
4. reinforcement positif dapat meningkatkan harga diri klien

### Evaluasi

Klien dapat menyebutkan cara berhubungan dengan orang lain, misalnya :

- membalas sapaan perawat
- menatap mata
- mau berinteraksi

TUK 5 : klien mendapatkan dukungan keluarga dan berhubungan dengan orang lain

### Intervensi

1. diskusikan tentang manfaat berhubungan dengan anggota keluarga
2. dorong klien untuk mengemukakan perasaan tentang keluarga

3. beri reinforcement positif atas kemampuan klien mengungkapkan perasanya, manfaat berhubungan dengan orang lain

#### Rasional

1. untuk mengetahui sejauh mana klien merasakan manfaat dari berhubungan dengan orang lain
2. mengidentifikasi hambatan yang dirasakan oleh klien dalam berhubungan dengan orang lain
3. reinforcement positif dapat meningkatkan harga diri klien

#### evaluasi

klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain untuk :

- diri sendiri
- orang lain

#### Diagnosa keperawatan 3

Kerusakan interaksi sosial ; menarik diri b/d harga diri rendah

#### Tujuan

TUM : klien mampu berhubungan dengan orang lain tanpa merasa rendah diri

TUK 1 : klien dapat memperkuat kesadaran diri

#### Intervensi

1. diskusikan dengan klien kelebihan yang dimilikinya
2. diskusikan kelemahan yang dimilikinya
3. beritahu klien bahwa tidak ada manusia yang sempurna, semua memiliki kelebihan dan kekurangan
4. beritahu klien bahwa kekurangan bisa dimiliki dengan kelebihan yang dimiliki
5. anjurkan klien untuk lebih meningkatkan kelebihan yang dimiliki
6. beritahu klien bahwa ada hikmah dibalik kekurangan yang dimiliki

#### Rasional

1. mengidentifikasi hal-hal positif yang masih dimiliki klien
2. mengingatkan klien bahwa klien manusia biasa yang mempunyai kekurangan
3. menghadirkan realita pada klien
4. memberikan garapan pada klien
5. memberikan kesempatan berhasil lebih tinggi
6. agar klien tidak merasa putus asa

#### Evaluasi

1. klien dapat menyebutkan kemampuan yang ada pada diri setelah 1 x pertemuan
2. klien dapat menyebutkan kelemahan yang dimiliki dan tidak menjadi halangan dalam mencapai keberhasilan

#### TUK 2

Klien dapat menyelidiki dirinya

#### Intervensi :

1. diskusikan dengan klien ideal dirinya apa harapan selama di RS
2. bantu klien mengembangkan antara keinginan dan kemampuan yang dimilikinya
3. beri kesempatan klien untuk berhasil
4. beri Reinforcement positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai

rasional

1. untuk mengetahui sampai dimana realistik dan harapan klien
2. membantu klien membentuk harapan yang realistis
3. meningkatkan percaya diri klien
4. memberi penghargaan terhadap perilaku yang positif

Evaluasi

Klien dapat menyebutkan cita-cita dan harapan yang sesuai dengan kemampuan setelah 1 x pertemuan

TUK 3

Klien dapat mengevaluasi diri

Intervensi

1. bantu klien mengidentifikasi kegiatan atau keinginan yang bakl dicapainya
2. kaji bagaimana perasaan klien dengan keberhasilan tersebut
3. bicarakan kegagalan yang pernah dialami klien dan seba-sebab kegagalan.
4. kaji bagaimana respon klien terhadap kegagalan tersebut dan cara mengatasinya
5. jelaskan pada klien bahwa kegagalan yang dialami dapat menjadi pelajaran untuk mengatasi kesulitan yang mungkin terjadi di masa yang akan datang.

Rasional

1. mengingatkan klien bahwa ia tidak selalu gagal
2. memberikan kesempatan klien untuk menilai dirinya sendiri
3. mengetahui apakah kegagalan tersebut mempengaruhi klien
4. mengetahui kuping yang selama ini digunakan oleh klien
5. memnerikan kekuatan pada klien bahwa kegagalan itu bukan merupakan akhir dari suatu usaha

Evaluasi

1. klien dapat mmenyebutkan keberhasilan yang pernah dialami setelah 1 x pertemuan
2. klien dapat menyebutkan kegagalan yang pernah dialami setelah 4 x pertemuan

TUK 4

Klien dapat membuat rencana realistis

Intervensi

1. bantu klien merumuskan tujuan yang ingin dicapai
2. diskusikan denngan klien tujuan yang ingin dicapai dengan kemampuan klien
3. bantu klien memilih prioritas tujuan yang mungkin dapat dicapainya
4. beri kesempatan klien untuk melakukan kegiatan yang telah dipilih
5. tunjukkan keterampilan atau keberhasilan yang telah dicapai klien
6. ikut saatkan klien dalam kegiatan aktivitas kelompok
7. beri reinforcment positif bila klien mau mengikuti kegiatan kelompok

Rasional

1. Agar klien tetap realistis dengan kemampuan yang dimilikinya
2. mempertahankan klien untuk tetap realistis
3. agar prioritas yang dipilih sesuai dengan kemampuan
4. menghargai keputusan yang telah di pilih klien
5. memberikan penghargaan atas keberhasilan yang telah dicapai
6. ikut sertakan klien dalam kegiatan aktivitas kelompok

7. beri reinforcement bila klien mau mengikuti kegiatan kelompok

#### Evaluasi

1. klien dapat menyebutkan tujuan yang ingin dicapai setelah 1 x pertemuan
2. klien dapat membuat keputusan dan mencapai tujuan setelah 1 x pertemuan

#### TUK 5

Klien dapat dukungan keluarga yang meningkatkan hanya dirinya

#### Intervensi

1. diskusikan dengan keluarga tanda-tanda harga diri rendah
2. tunjukkan setiap anggota keluarga untuk mengenal dan menghargai kemampuan tiap anggota keluarga
3. Diskusikan dengan keluarga cara merespon terhadap klien dengan harga diri rendah seperti menghargai klien tidak mengejek, tidak menjauhi
4. tunjukkan pada keluarga untun memberikan kesempatan berhasil pada klien
5. tunjukkan kepada keluarga untuk menerima klien apa adanya
6. anjurkan keluarga untuk melibatkan klien dalam setiap pertemuan keluarga

#### Rasional

1. mengantisipasi masalah yang timbul
2. menyiapkan suport sistem yang akurat
3. meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan harga diri rendah seperti menghargai klien, tidak mengejek, tidak menjauhi
4. memberikan kesempatan pada klien untuk sukses
5. membantu meningkatkan harga diri klien
6. meningkatkan interaksi klien dengan anggota keluarga

#### Evaluasi

1.
  - keluarga dapat menyebutkan tanda-tanda harga diri rendah
  - mengatakan diri tidak berharga tidak berguna dan tidak
  - pesimis
  - menarik diri dan realita
2. keluarga dapat merespon dan memperlakukan klien dengan harga diri rendah secara tepat setelah 2 x pertemuan

#### Diagnosa keperawatan 4

Sindrom defisit perawatan diri berhubungan dengan intrenon aktivitas

#### Tujuan

TUM : klien dapat mmelakukan perawatan diri

TUK 1 : klien mengetahui keuntungan melakukan perawatan diri

#### Intervensi

1. diskusikan tentang keuntungan melakukan perawatan diri
2. dorong klien untuk menyebutkan kembali keuntungan dalam melakukan perawatan diri
3. beri pujian terhadap kemampuan klien dalam menyebutkan keuntungan melakukan perawatan diri

#### Rasional

1. untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang perlunya perawatan diri
2. untuk mengetahui tingkat pemahaman klien tentang informasi yang telah diberikan
3. Reinforcement positif dapat menyenangkan hati klien

#### Evaluasi

Klien dapat menyebutkan keuntungan dari melakukan perawatan diri seperti :

- memelihara kesehatan
- memberi rasa nyaman

#### TUK 2

Klien mengetahui kerugian jika tidak melakukan perawatan diri

#### Intervensi

1. diskusikan tentang kerugian tidak melakukan perawatan diri
2. beri pujian terhadap kemampuan klien dalam menyebutkan kerugian tidak melakukan perawatan diri

#### Rasional

1. untuk meningkatkan minat klien dalam melakukan perawatan diri
2. Reinforcement positif untuk menyenangkan hati klien

#### Evaluasi

klien dapat menyebutkan kerugian dari tidak melakukan perawatan diri seperti

- terkena penyakit
- sulit mendapat teman

TUK 3 : klien berminat melakukan perawatan diri

#### Intervensi

1. dorong dan membantu klien dalam melakukan perawatan diri
2. beri pujian atas keberhasilan klien melakukan perawatan diri

#### Rasional

1. untuk meningkatkan minat klien dalam melakukan perawatan diri
2. reinforcement positif dapat menyenangkan hati klien dan meningkatkan minat klien untuk melakukan perawatan diri

#### Evaluasi

Klien melakukan perawatan diri seperti :

Diagnosa keperawatan 5

Ketegangan peran memberi perawatan untuk berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat pasien di Rumah

Tujuan

TUM:

Para pemberi perawatan akan mendemonstrasikan keterampilan memecahkan masalah yang efektif dan membentuk mekanisme koping yang adaptif

TUK : Pemberian perawatan akan mendemonstrasikan pemahaman tentang cara-cara untuk memudahkan peran memberi perawatan

#### Intervensi

1. kaji kemampuan pemberi perawatan sadar terhadap sistem pelayanan dimana mereka mencari bantuan.
2. pastikan bahwa pemberi perawatan sadar terhadap sistem pelayanan kesehatan dimana mereka dapat mencari bantuan
3. anjurkan pada para pemberi perawatan untuk mengekspresikan perasaannya terutama rasa marah
4. dorongan untuk berpartisipasi pada kelompok-kelompok pendukung yang berisi anggota-anggota dengan situasi-situasi kehidupan yang sama

#### Rasional

1. para pemberi perawatan dapat tidak menyadari terhadap apa yang secara realistis dapat dicapai oleh pasien mereka dapat tidak menyadari terhadap kemajuan alami dari penyakitnya
2. para pemberi perawatan memerlukan keinginan dari tekanan dan ketegangan setelah memberikan perawatan 24 jam kepada mereka dapat mencari bantuan
3. pelepasan dari emosi-emosi ini dapat membantu mencegah psikopatologi seperti defresi, atau timbulnya kelainan psikopatologis
4. mendengarkan orang lain mengalami masalah-masalah yang sama mendiskusikan cara-cara yang telah mereka hadapi dapat membantu pemberi perawatan untuk mengadopsi strategi-strategi yang lebih adaptif

#### Evaluasi

Para pemberi perawatan dapat mendemonstrasikan keterampilan memecahkan masalah yang efektif dan membentuk mekanisme koping yang adaptif.

### **DAFTAR PUSTAKA**

Carpeinto, Lynda J. Bahan Saku Keperawatan, EGC, Jakarta 1997.

Keliat, Budi Anna, dkk. Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa, EGC, Jakarta 1997

Rasmun. Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi dengan Keluarga, Fajar Intrapratama, Jakarta, 2001.

Stuart dan Sundeen, Keperawatan Jiwa, EGC, Jakarta, 1998

Townsen, C.,Marry, Diagnosa Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri, EGC, Jakarta, 1998.