ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.R DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK NUR ILAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

YULIA EKA SETIANI
NIM : KHGA20133

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.R DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT**

NAMA : **YULIA EKA SETIANI**

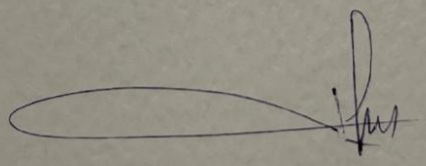
NIM : **KHGA20133**

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan
Tim Penguji Program Studi D – III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2023

Pembimbing



Wahyudin, S.Kp.,M.Kes.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.R DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT**

NAMA : **YULIA EKA SETIANI**

NIM : **KHGA20133**

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disidangkan dan dipertanggungjawabkan di
Tim Penguji Program Studi D – III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2023

Mengesahkan

Penguji 1	Penguji II
Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes	**Tanti Suryawantie., S.Kep.,Ners., M.H.Kes**

Mengetahui, Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut	Mengesahkan, Pembimbing
K. Dewi Budiarti, M.Kep.	**Wahyudin S.Kp., M. Kes**

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.R DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

Nama : Yulia Eka Setiani

Nim : KHGA20133

4 bab, 101 halaman, 6 tabel , 5 gambar, 4 lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Klinik Nur Illahie Assanie Samarang Garut**"** Penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus ini adalah skizofrenia paranoid, masalah yang ditimbulkan adalah halusinasi, delusi, serta perilaku dan bicara kacau, disebut sebagai gejala posistif pada penderita skizofrenia paranoid, untuk gejala negatif sendiri perlu diwaspadai karena dapat menimbulkan keinginan untuk bunuh diri, semua gejala yang ditimbulkan akibat skizofrenia paranoid dapat menyebabkan gangguan terhadap pekerjaan, hubungan dengan orang lain, atau bahkan dalam merawat dirinya sendiri, oleh karena itu klien dengan skizofrenia paranoid cenderung menutup diri akibat kekacauan perilaku yang dialami sehinggal muncul masalah keperawatan yaitu isolasi sosial. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan tekhnik pengumpulan data, tekhnik observasi, wawancara dan studi pustaka. Bantuan untuk mendapatkan pengalaman yang nyata dan meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif. Tujuan utama dari memberikan asuhan keperawatan pada Tn.R yang meliputi aspek bio, psiko, sosial, dan spiritual kepada pasien dengan gangguan isolasi sosial: menarik diri dengan menambah rasa percaya diri sehingga berbaur dengan lingkungan. Penulis membuat perencanaan yang disusun dengan melibatkan berbagai pihak. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan yang teurapeutik dan menggunakan metode *here and now*. Penulis mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa klien sudah mulai mengalami peningkatan dalam bersosialisasi dank lien mampu mengikuti kegiatan di klinik. Maka diharapkan adanya Kerjasama antara beberapa pihak baik itu perawat, klien dan keluarga sehingga masalah klien dapat teratasi

Kata Kunci *: Asuhan Keperawatan, , Isolasi sosial, Skizofrenia*
Daftar Pustaka : 18 buah (2013-2022)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamualaikum wr.wb

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, sholawat serta salam yang senantiasa dilimpah curahkan kepada jungjunan kita Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunianya akhirnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.R DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT".**

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Program Studi DIII-Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari bahwa sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itudalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam - dalamnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, Selaku ketua STIKes Karsa

Husada Garut.

4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Wahyudin, S.Kp., M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes selaku penguji I yang telah berkenan menguji saya dan memberikan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Tanti S., S.Kep.,Ners., M.H.Kes selaku Penguji II yang telah berkenan menguji saya serta memberikan kritik dan saran yang sangat membangun untuk perbaikan karya tuylis ilmiah
8. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
10. Seluruh staf dan pimpinan klinik rehabilitasi mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.
11. Tn.R selaku klien, yang sudah sangat kooperatif sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

12. Ayahanda dan ibunda tercinta yang telah memeberikan banyak sekali do'a , perhatian serta dukungan moril maupun materil. yang selalu menjadi support system serta menjadi alasan utama bagi penulis dalam menyelesaikan perkuliahan hingga sampai pada tahap akhir pembuatan karya tulis ilmiah ini.
13. Kepada diri saya sendiri yaitu Yulia Eka Setiani yang sudah bisa bertahan sejauh ini, dan terus melanjutkan penulisan karya tulis ilmiah sehingga dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
14. Kepada keluarga tulip yaitu Tasya, Nurhaliza, Raysa, Nurul, Amel, Jihan , Ridwan, Wildan dan Rafli selaku sahabat terbaik penulis, yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan dalam pembuatan karya tulis ilmiah serta memberikan banyak moment kebersamaan selama perkuliahan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.
15. Seluruh rekan-rekan D-III Keperawatan terutama kelas C dengan berbagai macam karakter , sifat sehingga memberi pelajaran dan kebersamaan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini bisa bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak senantiasa mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin.

Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN ..... **i**

ABSTRAK ..... **ii**

KATA PENGANTAR ..... **i**

DAFTAR ISI ..... **iv**

DAFTAR TABEL ..... **vi**

DAFTAR LAMPIRAN ..... **vii**

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 5

C. Metode Telaahan 6

D. Sistematika Penulisan 7

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar 9

1. Konsep Skizofrenia 9

a. Definisi 9

b. Etiologi 10

c. Klasifikasi Skizofrenia 12

d. Tanda dan Gejala Skizofrenia 16

e. Penatalaksanaan 19

2. Konsep Dasar Isolasi Sosial 21

a. Definisi Isolasi Sosial 21

b. Etiologi 22

c. Pohon Masalah 27
d. Tanda dan Gejala Isolasi Sosial 27
e. Rentang Respon Isolasi Sosial 29
f. Komplikasi 30
g. Mekanisme koping 31
h. Penatalaksanaan 32
2. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah 35
a. Definisi 35
b. Etiologi 36
B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial : Menarik Diri 41
a. Pengkajian 41
b. Analisa data 42
c. Diagnosa keperawatan 43
d. Intervensi keperawatan 43
e. Implementasi keperawatan 47
f. Evaluasi keperawatan 47
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN
A. Tinjauan Kasus 49
1. Pengkajian 49
2. Analisa Data 58
3. Rencana Tindakan Keperawatan 60
4. Implementasi dan Evaluasi 63

5. Catatan Perkembangan 67

B. Pembahasan 69

1. Pengkajian 69

2. Diagnosa Keperawatan 70

3. Perencanaan 71

4. Implementasi 72

5. Evaluasi 73

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan 74

B. Rekomendasi 75

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Diagnosa Penyakit Klinik Nur Illahi Assanie
Samarang dari bulan Januari-Juni 2023 2
Tabel 2.1 Rencana Keperawatan Dengan Isolasi Sosial 44
Tabel 3.1 Analisa data 58
Tabel 3.2 Perencanaan Keperawatan 60
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi 63
Tabel 3.4 Catatan Perkembangan 66

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pohon Masalah Isolasi Sosial 27

Gambar 2.2 Rentang Respon Sosial 29

Gambar 2.3 Rentang Respon Harga Diri Rendah (Muhith, 2015) 39

Gambar 2.4 Pohon masalah 43

Gambar 3.1 Genogram 51

BAB I

PENDAHULUAN

A . Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan di mana seseorang berada dalam Kesehatan kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial yang baik sehingga mereka mampu memenuhi tanggung jawabnya. Selain itu juga, berfungsi secara efektif dilingkungangannya, dengan perannya sebagai individu dan puas dalam hubungan interpersonal (Viedebeck,2010; Stuart, keliat ,2016).

Gangguan jiwa merupakan suatu kondisi terganggunya fungsi mental, emosi, pikiran, kemauan, perilaku psikomotorik dan verbal, yang menjadi kelompok gejala klinis yang disertai oleh penderita dan mengakibatkan terganggunya fungsi humanistik individu. Gangguan jiwa dikarakteristikkan sebagai respon maladaptif diri terhadap lingkungan yang ditunjukan dengan pikiran, perasaan, tingkah laku yang tidak sesuai dengan norma setempat dan kultural sehingga mengganggu fungsi sosial, kerja dan fisik individu yang biasa disebut dengan skizofrenia (Sari & Maryatun, 2020).

Menurut data WHO (*World Health Organization*), prevalansi data pasien data gangguan jiwa pada tahun 2019, terdapat 264 mengalami depresi, 45 juta orang mengalami gangguan bipolar, 50 juta orang mengalami demensia, dan 20 juta orang mengalami skizofrenia. Meskipun prevalensi skizofrenia tercatat lebih rendah disbanding prevalensi jenis gangguan jiwa yang lainnya, berdasarkan *National Institute of Mental Health* (NIMH). Dari hasil RisKesDas

2020 Gangguan jiwa menurut kabupaten atau kota di jawa barat mengalami peningkatan sebesar 20 persen.

Menurut data dari dinas Kesehatan kabupaten garut terdapat peningkatan jumlah orang yang mengalami gangguan jiwa menjadi 3945 orang dengan 1468 orang mengalami skizofrenia, 1154 mengalami gangguan campuran ansietas dan depresi, 658 orang mengalami gangguan ansietas, 219 orang mengalami gangguan psikotik akut, 155 orang mengalami gangguan depresi, 139 orang mengalami insomnia, 49 orang mengalami gangguan somatoform, 27 orang mengalami gangguan perkembangan, 25 orang mengalami gangguan penyalahgunaan nafza, dan 25 orang mengalami retardasi mental.

Klinik Nur Illahi Assanie adalah salah satu klinik rehabilitasi mental yang konsen pada Kesehatan jiwa. Klinik ini berada di kecamatan Samarang, Garut Jawa Barat.

Berdasarkan data yang di dapat dari Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut, jumlah Pasien Gangguan Jiwa khususnya yang sudah terdiagnosa dari bulan januari 2023 sampai saat ini terdapat pada table berikut :

Tabel 1.1 Diagnosa Penyakit Klinik Nur Illahi Assanie Samarang dari bulan Januari-Juni 2023

No.	Kode Diagnosa	Diagnosa Penyakit	Jumlah (orang)
1.	F.30.F.39	Gangguan Afektif Bipolar	30 Orang
2.	**F.20.0**	**Skizofrenia Paranoid**	**7 Orang**
3.	F.49	Penyalahgunaan Nafza	3 Orang
4	F.73.F78	Retardasi Mental	2 Orang

Dari tabel diatas di dapat data orang dengan gangguan jiwa di klinik nur illahie assanie dengan diagnosa medis skizofrenia terdapat 10 orang, walaupun tidak lebih besar dari gangguan afektif bipolar tetapi skizofrenia sendiri merupakan gangguan jiwa terbesar yang ada di wilayah kabupaten garut sekarang.

Skizofrenia merupakan salah satu dari penyebab besar kecacatan seluruh dunia, orang dengan skizofrenia memiliki kecenderungan lebih besar peningkatan resiko bunuh diri (*NIMH, Schizophrenia*, 2019). Skizofrenia adalah salah satu bentuk gangguan psikosis yang menunjukkan beberapa gejala delusi atau waham, halusinasi, pembicaraan yang kacau, tingkah laku yang kacau, kurangnya ekspresi emosi (Arif, 2016). Skizofrenia sendiri terdapat berbagai macam yaitu, skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, skizofrenua katatonik, skizofrenia tak terinci (*undifferentiated*), skizofrenia pasca-skizofrenia, skizofrenia residual, skizofrenia simpleks, skizofrenia lainnya dan skizofrenia tak spesifik. Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni antara proses pikir, emosi dan kemauan, salah satunya pada kasus jiwa yaitu isolasi sosial.

Adapun skizofrenia dalam studi kasus ini adalah skizofrenia paranoid, masalah yang ditimbulkan adalah halusinasi, delusi, serta perilaku dan bicara kacau, disebut sebagai gejala posistif pada penderita skizofrenia paranoid, sedangkan untuk gejala negatif sendiri perlu diwaspadai karena dapat menimbulkan keinginan untuk bunuh diri, semua gejala yang ditimbulkan akibat skizofrenia paranoid dapat menyebabkan gangguan terhadap pekerjaan,

hubungan dengan orang lain, atau bahkan dalam merawat dirinya sendiri, oleh karena itu klien dengan skizofrenia paranoid cenderung menutup diri akibat kekacauan perilaku yang dialami sehinggal muncul masalah keperawatan yaitu isolasi sosial.

Isolasi sosial adalah keadaan individu dimana mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya (Dermawan dan rusdi, 2013). Fenomena lapangan yang muncul dan dapat dilihat dengan nyata pada penderita isolasi sosial dan menarik diri adalah kurangnya hubungan dengan orang lain, merasa harga diri rendah, ketidaksesuaian sosial, tidak tertarik dengan aktivitas rekreasi, keracunan identitas gender, menarik diri dari orang lain yang berhubungan dengan stigma, dan mengalami penurunan kualitas hidup yang dapat mengarah ke defisit perawatan diri (Stuart, 2016).

Isolasi sosial merupakan kondisi dimana seseorang merasa sendirian yang disebabkan oleh orang lain, menurut klien kondisi tersebut adalah kondisi yang mengancam. Dalam diagnosa keperawatan Isolasi Sosial: Menarik diri adalah kondisi seseorang yang tidak mampu dalam mengungkapkan perasaan dimana kondisi tersebut dapat menimbulkan kekerasan, tidak mampu bersosialisasi, sulit berkomunikasi sehungga membuat klien dengan diagnosas isolasi sosial mudah marah-marah. (Sukaesti, 2019).

Beberapa dampak Isolasi Sosial : Menarik Diri dampak yang ditimbulkan adalah klien dapat kehilangan kontrol yang dimana pada kasus Isolasi Sosial akan berakhir dikucilkan lingkungan. Hal ini dapat mengarah ke Harga Diri Rendah yang akan menimbulkan trauma pada klien untuk berinteraksi dengan

orang lain. Penyakit ini dapat timbul dengan beberapa faktor pencetus yang salah satunya yaitu stress. Apabila skizofrenia ini tidak segera diatasi maka akan menimbulkan masalah baru yaitu seperti Halusinasi, delusi , isolasi sosial hingga sampai pada resiko bunuh diri.

Penulis merasa tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dan merasa perlu untuk melakukan Asuhan Keperawatan karena kasus tersebut cukup banyak terjadi di Indonesia yang apabila tidak segera ditangani akan menimbulkan masalah yang baru.

Klien dengan Skizofrenia Paranoid cenderung menarik diri secara sosial sehingga klien mengalami Isolasi Sosial. Maka dari itu penulis tertarik untuk mengambil studi kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur ilahie Asani Samarang Garut ".

B . Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Untuk mendapatkan pengetahuan keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan dan memberikan asuhan keperawatan Secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psiko, sosial, dan spiritual kepada pasien Tn. R dengan Gangguan Isolasi Sosial: Menarik Diri.

2. Tujuan Khusus

   a. Dapat melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada pasien Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial: Menarık Diri.

b. Dapat merumuskan diagnosa yang timbul pada pasien Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.

c. Dapat menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada pasien Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.

d. Dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang ditetapkan pada pasien Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.

e. Dapat melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.

f. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.

C . Metode

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis menggunakan metode deskriftif yang berupa laporan kasus asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang komprehensif. Adapun teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis adalah sebagai berikut:

1. Anamnesa

   Yaitu teknik pengambilan data dengan mengadakan tanya jawab secara langsung dengan pasien dan keluarga serta dengan tim kesehatan lainnya yang lkut merawat dan wawancara itu dilakukan selama melakukan tindakan asuhan keperawatan.

2. Studi dokumentasi

   Dalam studi dokumentasi penulis membaca dan mempelajari catatan medik pasien, catatan dokter, dan perawat untuk mengetahui keadaan pasien dengan Isolasi sosial.

3. Observasi

   Yaitu teknik pengambilan data dengan mengadakan pengamatan langsung terhadap klien selama melakukan asuhan keperawatan.

4. Pemeriksaan Fisik

   Hal-hal yang dilakukan pada pemeriksaan fisik ini diantaranya memeriksa tanda-tanda vital dan keadaan umum, sehingga didapatkan data dari pasien yang bisa menimbulkan masalah kesehatan atau keperawatan pada pasien.

5. Studi kepustakaan

   Yaitu Teknik pengambilan data dengan mempelajari referensi berupa buku – buku yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah yang digunakan untuk perbandingan dari hasil observasi dan pengkajian.

6. Partisifasi aktif

   Penulis langsung melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial : menarik diri dengan melakukan proses asuhan keperawatan.

D . Sistematika Penelitian

Untuk memudahkan dan memberi gambaran yang jelas dalam penyususnan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematikan penulisan sebagai berikut

BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan, dan sistematika penelitian

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

Bab ini membahas tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul diatas yang dapat dijadikan acuan padawaktu pembahasan,terdiri dari konsep dasar penyakit,, definisi, tanda dan gejala isolasi sosial, faktor penyebab isolasi sosial, dampak isolasi sosial terhadap kebutuhan dasar manusia, serta membahas tentang proses keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini dijelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan melalui tahap pengkajian, pelaksanaan, dan evaluasi pada pasien dengan Gangguan isolasi sosial : Menarik diri. Sedangkan dalam pembahasannya berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan dibandingkan antara pendekatan teoritis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya.

BAB IV : KESIMPULAN DAN SARAN

Dalam bab ini berisikan tentang kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan dan saran yang bersifat membangun terhadap kesimpulan untuk perbaikan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Konsep Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia (schizoprenia; dibaca "'skil-se-fri-nia") adalah salah Satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku individu. Skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikosıs yang terutama di tandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya titik diri (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yang bermakna *schizo* artinya terbagi atau terpecah dan phrenia yang berarti pikiran. Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu. (Videbeck 2008 dalam Nuraenah, 2012). Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi : fungsi otak manusia, fungsi normal kognitif, emosional dan tingkah laku (Depkes RI, 2019).

Dikutip dari jurnal (Indriani et al., 2021) Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku aneh dan terganggu. Skizofrenia tidak dapat didefinisikan sebagai penyakit tersendiri, melainkan diduga sebagai suatu sindrom atau proses penyakit yang

mencakup banyak jenis dengan berbagai gejala. Penderita skizofrenia biasanya timbul pada usia sekitar 18-45 tahun, dan berusia 11-12 tahun menderita skizofrenia (Pardede, 2016) dikutip dari jurnal (Damanik et al., 2020). Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya. Tanda yang muncul pada skizofrenia antara lain adalah penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari.

b. Etiologi

1) Faktor predisposisi

a) Faktor genetik

Sebagai besar penilitian mengindikasikan hubungan genetic dan pola familial. Semakin dekat hubungan darah dengan individu yang menderita skizofrenia. semakin tinggi resiko genetik terhadap skizofrenia. Penelitian yang paling penting memusatkan pada penelitian anak kembar yang menunjukan bahwa kembar identik (kembar monozigot) berisiko mengalami gangguan skizofrenia sebesar 50%, sedangkan kembar fraternal (kembar dizigot) berisiko hanya 15%. Hal ini mengindikasikan bahwa skizofrenia sedikit diturunkan. Penelitian penting lain menunjukan bahwa anak-anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia memiliki resiko 15%, angka ini

meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia (Videbeck, 2013).

b) Faktor struktur dan fungsi otak (neuroanatomi)

Hipotesis perkembangan saraf dalam perkembangan skizofrenia didasarkan pada observasi skizofrenia pada bayi yang terpajan dengan infeksi virus pada trimester kedua serta tanda neurologis ringan yang ditemukan ketika mengevaluasi klien skizofrenia. Faktor perkembangan, struktur saraf, biokimia, dan lingkungan mempengaruhi kemampuan individu dalam memproses informasi. Masalah dalam memfokuskan perhatian, mengkaji stimulus, dan afek makna menetapkan terhadap pengalaman kognisi mengganggu menghambat kemampuan berinteraksi secara afektif dengan Iingkungan. Faktor hambatan dalam memproses informası terus terjadi karena ketidakmampuan memodulasi stresor biologis (O'Brien, 2013).

c) Faktor presipitasi

1) Sikap dan perilaku

Sikap dan perilaku menjadi pencetus skizofrenia karena timbul sikap dan perilaku yang merasa tidak mampu, tekanan psikologis, putus asa, merasa gagal, kehilangan kendali diri (demoralisasi), merasa punya kekuatan berlebihan dengan gejala tersebut, merasa malang, dari segi usia maupun kebudayaan, rendahnya kemampuan

sosialisasi, perilaku agresif, perilaku kekerasan, ketidak adekuatan pengobatan dan ketidak adekuatan penanganan gejala stresor seseorang terpaksa mengadakan adaptasi (penyesuaian diri) untuk menanggulangi stressor (tekanan) yang timbul. Namun, tidak semua orang mampu mengadakan adaptasi dan mampu menanggulanginya, sehingga dampak dari stresor yang ada berdampaklah seseorang terkena skizofrenia (Hawari, 2012).

c. Klasifikasi Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut (Dr. dr.Rusdi Maslim SpKJ, 2013), yaitu :

1) Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
   a) Memenuhi kriteria skizofrenia
   b) Halusinasi dan waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual: waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
   c) Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
2) Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
   a) Memenuhi kriteria skizofrenia.
   b) Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).

c) Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.

d) Gejala bertahan 2-3 minggu.

e) Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.

f) Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan dan hampa perasaan.

g) Afek dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*inappropriate*),cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bercanda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata di ulang-ulang.

h) Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren

3) Skizofrenia katatonik (F 20. 2)

a) Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.

b) Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.

c) Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).

d) Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.

e) Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).

f) Rigiditas (kaku).

g) Flexibilitas cerea (waxy flexibility) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.

h) Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan katakata serta kalimat.

i) Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena klien yang tidak komunikatif.

4) Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)

a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofernia.

b) Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.

c) Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca skizofrenia

5) Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)

a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofernia selama 12 bulan terakhir ini.

b) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).

c) Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila klien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi

episode depresif (F32.-).Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtipe skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).

6) Skizofrenia residual (F 20. 5)

a) Gejala "negatif" dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.

b) Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.

c) Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom "negatif" dari skizofrenia.

d) Tidak terdapat dementia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7) Skizofrenia simpleks (F 20. 6)

a) Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalanperlahan dan progresif dari:

(1) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.

(2) Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

b) Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtipe skizofrenia lainnya

8) Skizofrenia lainnya (F.20.8)

Termasuk skizofrenia chenesthopathic (terdapat suatu perasaan yang tidak nyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofrenia.

9) Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

d. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia dibagi menjadi dua kategori, yaitu negatif dan positif (Smitha Bhandari, 2022).

1) Gejala negatif pada klien Skizofrenia

a) Keengganan untuk bersosialisasi dan tidak nyaman berada dekat dengan orang lain sehingga lebih memilih untuk berdiam di rumah.

b) Kehilangan konsentrasi.

c) Pola tidur yang berubah.

d) Kehilangan minat dan motivasi dalam segala aspek hidup, termasuk minat dalam menjalin hubungan Perubahan pola tidur, sikap tidak responsif terhadap keadaan, dan kecenderungan untuk mengucilkan diri merupakan gejala-gejala awal skizofrenia. Terkadang gejala tersebut sulit dikenali orang lain karena biasanya berkembang di masa remaja sehingga orang lain hanya menganggapnya sebagai fase remaja. Ketika penderita sedang mengalami gejala negatif, dia akan terlihat apatis dan datar secara emosi (misalnya bicara monoton tanpa intonasi, bicara tanpa ekspresi wajah, dan tidak melakukan kontak mata). Mereka juga menjadi tidak peduli terhadap penampilan dan kebersihan diri, serta makin menarik diri dari pergaulan. Sikap tidak peduli akan penampilan dan apatis tersebut bisa disalahartikan orang lain sebagai sikap malas dan tidak sopan.

2) Gejala positif skizofrenia terdiri dari:

Gejala positif meliputi perubahan pada pola pikir dan perilaku, misalnya:

a) Halusinasi

Halusinasi adalah perasaan mengalami sesuatu yang sebenarnya tidak nyata, misalnya mendengar bisikan tertentu. Halusinasi

pendengaran merupakan bentuk halusinasi yang paling sering terjadi pada penderita skizofrenia.

b) Delusi

Delusi atau waham adalah meyakini sesuatu yang bertolak belakang dengan kenyataan, seperti merasa diawasi, diikuti, atau bahkan disakiti. Keyakinan ini dapat memengaruhi perilaku penderita skizofrenia.

c) Kekacauan dalam berpikir

Kesulitan untuk berkonsentrasi yang dialami penderita skizofrenia dapat membuatnya sulit fokus, bahkan pada saat melakukan aktivitas sederhana, seperti membaca atau menonton. Hal ini bisa menyebabkan penderita sulit mengingat dan berkomunikasi.

d) Kekacauan dalam berperilaku

Kekacauan ini ditandai dengan perilaku motorik yang tidak teratur dan gerak tubuh yang tidak normal, atau sulit diprediksi. Secara tidak terduga, penderita skizofrenia bahkan dapat berteriak tiba-tiba dan marah tanpa alasan.

e. Penatalaksanaan

Menurut Smitha Bhandari, 2022. Pengobatan yang dilakukan bertujuan untuk mengendalikan dan meredakan gejala. Beberapa metode pengobatan adalah :

1) Obat-obatan

Obat antipsikotik ini dapat mengurangi gejala seperti halusinasi, delusi, sulit berkonsentrasi, serta rasa cemas dan bersalah. Dengan begitu, kualitas hidup dan kemampuan klien dalam berinteraksi dengan orang lain dapat membaik. Perlu diketahui, obat antipsikotik harus tetap dikonsumsi seumur hidup, meski

gejala sudah membaik. Beberapa jenis obat antipsikotik yang diberikan oleh dokter adalah Chlorpromazine, Fluphenazine, Haloperidol, Aripiprazole, Clozapine, Olanzapine, dan Risperidone.

2) Psikoterapi

Psikoterapi bertujuan agar klien dapat mengendalikan gejala yang dialaminya. Terapi ini akan dikombinasikan dengan pemberian obat-obatan.

Beberapa metode psikoterapi yang digunakan adalah:

a) Terapi individual

Terapi individual bertujuan untuk mengajarkan keluarga dan teman klien cara berinteraksi dengan klien dengan memahami pola pikir dan perilaku klien.

b) Terapi perilaku kognitif

Terapi perilaku kognitif bertujuan mengubah perilaku dan pola pikir klien, membantu klien memahami pemicu halusinasi dan delusi, dan mengajarkan klien cara mengatasinya.

c) Terapi remediasi kognitif

Terapi remediasi kognitif bertujuan untuk mengajarkan klien cara memahami lingkungan, meningkatkan kemampuan klien dalam memperhatikan atau mengingat sesuatu, dan mengendalikan pola pikirnya.

d) Terapi Elektrokonvulsi

Terapi elektrokonvulsi adalah pemberian listrik kecil ke otak untuk memicu kejang yang terkendali. Terapi ini digunakan bila obat-obatan tidak efektif dalam meredakan gejala. Pada terapi ini, dokter akan terlebih dahulu memberikan bius umum. Setelah itu, dokter akan memasang elektroda di kepala klien. Arus listrik rendah kemudian akan dialirkan melalui elektroda untuk memicu kejang singkat.

2. Konsep Dasar Isolasi Sosial

Diagnosa yang mungkin muncul pada Isolasi sosial adalah (menurut Yosep & Sutini, 2014)

a. Resiko gangguan persepsi semsori : Halusinasi

b. Isolasi sosial

c. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

1). Isolasi sosial

1. Definisi Isolasi Sosial

Isolasi sosial merupakan kondisi dimana klien selalu merasa sendiri dengan merasa kehadiran orang lain sebagai ancaman. Penurunan

produktifitas pada klien menjadi dampak dari isolasi sosial yang tidak dapat ditangani (Brelannd-Noble et al, 2016). Oleh sebab itu tindakan keperawatan yang tepat sangat dibutuhkan agar dampak yang ditimbulkan tidak berlarut larut.

Isolasi sosial merupakan pertahanan diri seseorang terhadap orang lain maupun lingkungan yang menyebabkan kecemasan pada diri sendiri dengan cara menarik diri secara fisik maupun psikis. Isolasi sosial adalah gangguan dalam berhubungan yang merupakan mekanisme individu terhadap sesuatu yang mengancam dirinya dengan cara menghindari interaksi dengan orang lain dan lingkungan. Isolasi sosial merupakan upaya mengindari komunikasi dengan orang lain karena merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi rasa, pikiran dan kegagalan (Rusdi, 2013).

Ancaman yang dirasakan berupa respon kognitif, seperti klien isolasi sosial dapat berupa merasa ditolak oleh orang lain, merasa tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak berguna, merasa putus asa dan tidak mampu membuat tujuan hidup atau tidak memiliki tujuan hidup, tidak yakin dapat melangsungkan hidup, kehilangan rasa tertarik kepada kegiatan sosial, merasa tidak aman diantara orang lain, serta tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan.

2. Etiologi

Proses terjadinya isolasi sosial pada klien akan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi stuart yang meliputi stressor dari faktor presdiposisi dan presipitasi. klien dengan isolasi sosial dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain yang terdiri dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Sukma Ayu Candra Kirana, 2015).

Faktor predisposisi yang dapat menyebabkan seseorang mengalami isolasi sosial adalah adanya tahap pertumbuhan dan perkembangan yang belum dapat dilalui dengan baik, adanya gangguan komunikasi didalam keluarga, selain itu juga adanya norma-norma yang salah yang dianut dalam keluarga serta faktor biologis berupa gen yang diturunkan dari keluarga yang menyebabkan gangguan jiwa. Untuk faktor presipitasi yang menjadi penyebab adalah adanya stressor sosial budaya serta stressor psikologis yang dapat menyebabkan klien mengalami kecemasan.

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor Biologi

Hal yang perlu dikaji yaitu faktor herediter, riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Adanya risiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA. Selain itu ditemukannya kondisi patologis otak, yang dapat diketahui dari hasil pemeriksaan struktur otak

melalui pemeriksaan CT scan dan hasil pemeriksaan MRI untuk melihat gangguan struktur dan fungsi otak (Stuart, 2015).

b) Faktor Psikologis

Perilaku isolasi sosial timbul akibat adanya perasaan bersalah atau menyalahkan lingkungan, sehingga klien merasa tidak pantas berada diantara orang lain dilingkungannya. Kurangnya kemampuan komunikasi, merupakan data pengkajian keterampilan verbal pada klien dengan masalah isolasi sosial, hal ini disebabkan karena pola asuh pada keluarga yang kurang memberikan kesempatan pada klien untuk menyampaikan perasaan maupun pendapatnya. Kepribadian introvert merupakan tipe kepribadian yang sering dimiliki klien dengan masalah isolasi sosial. Ciri-ciri klien dengan kepribadian ini adalah menutup diri dari orang sekitarnya. Selain itu pembelajaran moral yang tidak adekuat dari keluarga merupakan faktor lain yang dapat menyebabkan klien tidak mampu menyesuaikan perilakunya di masyarakat, akibatnya klien merasa tersisih maupun disisihkan dari lingkunganya. Faktor psikologis lain yang mungkin menyebabkan isolasi sosial adalah kegagalan dalam melaksanakan tugas perkembangan. Kegagalan dalam melaksanakan tugas perkembangan akan mengakibatkan individu tidak percaya diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap hubungan dengan orang

lain, menghindar dari orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan. Dan merasa tertekan kondisi diatas, dapat menyebabkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, menghindar dengan orang lain, lebih menyukai berdiam diri sendiri, kegiatanya sehari-hari terabaikan (Stuart, 2015).

c) Faktor Sosial

Faktor predisposisi sosial budaya pada klien dengan isolasi sosial, sering diakibatkan karena klien berasal dari golongan sosial ekonomi rendah hal ini mengakibatkan ketidakmampuan klien dalam memenuhi kebutuhan. Kondisi tersebut memicu timbulnya stress yang terus menerus, sehingga fokus klien hanya pada pemenuhan kebutuhanya dan mengabaikan hubungan sosialisasi dengan lingkungan sekitarnya. (Stuart, 2015) Mengatakan bahwa faktor usia merupakan salah satu penyebab isolasi sosial hal ini dikarenakan rendahnya kemampuan klien dalam memecahkan masalah dan kurangya kematangan pola berfikir. klien dengan isolasi sosial umumnya memiliki riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, sehingga tidak mampu menyelesaikan masalah tugas perkembanganya yaitu berhubungan dengan orang lain. Pengalaman tersebut menimbulkan rasa kurang percaya diri dalam memulai hubungan, akibat rasa takut terhadap penolakan dari lingkungan. Lebih lanjut (Stuart, 2015) mengatakan bahwa, tingkat

Pendidikan merupakan salah satu tolak ukur kemampuan klien berinteraksi secara efektif. Karena faktor Pendidikan sangat mempengaruhi kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Klien dengan isolasi sosial biasanya memiliki riwayat kurang mampu melakukan interaksi dan menyelesaikan masalah, hal ini dikarenakan rendahnya tingkat pendidikan klien.

d) Faktor tumbuh kembang

Gangguan perkembangan karena keluarga yang terganggu, keluarga yang tidak mendorong relasi dengan dunia luar, peran keluarga yang kabur, orang tua alkoholisme, perlakuan yang salah/kejam terhadap anak.

e) Faktor psikologis

Pengalaman negatif pasien terhadap gambaran diri, ketidakjelasan atau berlebihnya peran yang dimiliki, kegagalan dalam mencapai harapan dan cita – cita, krisis identitas dan kurangnya perhargaan baik diri sendiri maupun lingkungan.

f) Faktor sosial budaya

Sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan yang rendah, dan kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian / hidup sendiri)

g) Faktor biologis

Faktor herediter, risiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA.

2) Faktor Presipitasi

a) Riwayat penyakit infeksi

b) Penyakit kronis atau kelainan struktur otak

c) Kekerasan dalam keluarga

d) Merasa gagal dalam hidupnya, kemiskinan, adanya aturan/tuntutan keluarga/masyarakat yang tidak sesuai

e) Konflik antar masyarakat

Ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak. Faktor lainnya pengalaman abuse dalam keluarga. Penerapan aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien dan konflik antar masyarakat. Selain itu pada klien yang mengalami isolasi sosial, dapat ditemukan adanya pengalaman negatif klien yang tidak menyenangkan terhadap gambaran dirinya, ketidakjelasan atau berlebihnya peran yang dimiliki serta mengalami krisis stress atau pengalaman kegagalan yang berulang dalam mencapai harapan atau cita-cita, serta kurangnya penghargaan baik dari diri sendiri maupun lingkungan. Faktor-faktor diatas, menyebabkan gangguan dalam berinteraksi sosial dengan orang lain, yang pada akhirnya menjadi masalah isolasi sosial (Stuart, 2015).

3. Pohon Masalah

Gambar 2.1

Pohon Masalah Isolasi Sosial

Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (Effect)

Isolasi Sosial (Core problem)

Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah (Causa)

(Sumber: Yosep & Sutini, 2014)

Daftar masalah menurut Yosep & Sutini, 2014 adalah :

1. Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halunasi
2. Isolasi Sosial
3. Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah

4. Tanda dan Gejala Isolasi Sosial

Tanda dan gejala isolasi sosial meliputi, kurang sponstan , apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan), ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi sedih), afek tumpul, tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri, tidak atau kurang terhadap komunikasi verbal, menolak berhubungan dengan orang lain, mengisolasi diri (menyendiri), kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya, asupan makan dan minum terganggu, aktivitas menurun dan rendah diri. (Damanik, Pardede & Manalu, 2020).

Tanda dan gejala secara subjektif :

a) Perasaan sepi

b) Perasaan tidak aman

c) Perasaan bosan dan waktu terasa lambat

d) Ketidakmampuan berkonsentrasi

e) Perasaan ditolak

Tanda dan gejala secara objektif :

a) Banyak diam

b) Tidak mau berbicara

c) Menyendiri

d) Tidak mau berinteraksi

e) Tampak sedih

f) Ekspresi datar dan dangkal

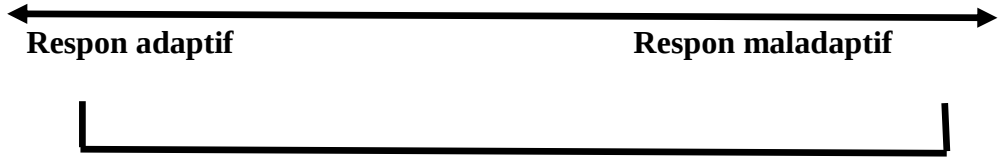
g) Kontak mata kurang

(Suciati, 2019).

5. Rentang Respon Isolasi Sosial

Gambar 2.2

Rentang Respon Sosial



- Menyendiri / solitude
- Otonomi
- Merasa sendiri (lenoliness)
- Menarik diri
- Manipulatif
- Impulsif

• Bekerjasama (Mutualisme)	• Tergantung	• Narcissism
• Saling tergantung (interdependent)		

Sumber (stuart sundeen, 2015)

1) Respon adaptif

Menurut sutejo (2017) respon adaptif adalah respon yang masih diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan secara umum yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut masih dalam batas normal Ketika menyelesaikan masalah. Berikut adalah sikap yang termasuk respon adaptif.

a) Menyendiri, respon yang dibutuhkan seseorang untuk merenungkan apa yang telah terjadi di lingkungan sosialnya.
b) Otonomi, kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, dan dalam hubungan sosial.
c) Bekerjasama / kebersamaan, kemampuan individu dalam hubungan interpersonal yang saling membutuhkan satu sama lain.
d) Saling tergantung (interdependen), suatu hubungan saling ketergantungan antara individu dengan orang lain.

2) Respon Maladaptif

Menurut Sutejo (2017), respon maladaptif adalah respon yangmenyimpang dari norma sosial dan kehidupan di suatu tempat. Berikut ini adalah perilaku yang termasuk respon maladaptif.

a) Manipulatif / manipulasi, kondisi dimna individu cenderung berorientasi pada diri sendiri.
b) Impulsif, merupakan respon sosial yang ditandai dengan individu sebagai subjek yang dapat diduga, tidak dapat dipercaya dan tidak mampu melakukan penilaian secara objektif.
c) Nasisism, kondisi dimana individu merasa harga diri rapuh , dan mudah marah.

6. Komplikasi

Klien dengan isolasi sosial semakin tenggelam dalam perjalanan dan tingkah laku masa lalu primitif antara lain pembicaraan yang autistic dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut menjadi risiko gangguan sensori persepsi: halusinasi, menciderai diri sendiri, orang lain serta lingkungan dan penurunan aktivitas sehingga dapat menyebabkan defisit perawatan diri (Damaiyanti, 2013)

7. Mekanisme koping

Sumber koping meliputi ekonomi, kemampuan menyelesaikan masalah, tekhnik pertahanan, dukungan sosial dan motivasi. Sumber koping sebagai model ekonomi dapat membantu seseorang mengintregrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang berhasil.

Menurut (Sukaesti, 2019) Sumber koping pada klien isolasi sosial dan risiko perilaku kekerasan untuk personal ability belum

mampu bersosialisasi dan mengontrol marah sebesar 89,8%, sosial support yang terbesar adalah caregiver 73.9 %, material aset sebagian besar klien dirawat dengan menggunakan BPJS (Badan Penyelengara Jaminanan Kesehatan) 98.5%, Keyakinan klien terhdap diri klien sebesar 100% dan keyakinan klien terhadap petugas kesehatan sebesar 100 %. Mekanisme koping yang digunakan pada klien dengan isolasi sosial dengan menarik diri 78.2%, marah 68.1%, diam sebesar 59.3 % , menangis sebesar 15.3%.

Mekanisme koping digunakan klien sebagai usaha mengatasi ansietas yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Mekanisme koping yang sering digunakan adalah proyeksi, splitting (memisah), dan isolasi. Proyeksi merupakan keinginan yang tidak mampu ditoleransi dan klien mencurahkan emosi kepada orang lain karena kesalahan sendiri. Splitting adalah kegagalan individu dalam menginterpretasiakan dirinya dalam menilai baik dan buruk. Sementara itu, isolasi sosial merupakan periaku megasingkan diri dari orang lain maupun lingkungan (Sutejo, 2013).

8. Penatalaksanaan

Penatalaksaan yang dapat diberikan kepada klien dengan isolasi sosial antara lain pendekatan farmakologi, psikososial, terapi aktivitas, terapi okupasi, rehabilitasi, dan program intervensi keluarga (Yusuf, 2015).

1. Terapi Farmakologi

   Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya Clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Apabila tidak ada, dapat digunakan dosis efektif rendah. Contohnya Trifiluoperasine estelasine, bila tidak ada juga, maka dapat menggunakan Transquilizer bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

2. Terapi Psikososial

   Membutuhkan waktu yang cukup lama dan merupakan bagian penting dalam proses terapeutik, upaya dalam psikoterapi ini meliputi: memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan yang terapeutik, bersifat empati, menerima pasien apa adanya, memotivasi pasien untuk dapat mengungkapkan perasaannya secara verbal, bersikap ramah, sopan, dan jujur kepada pasien (Videbeck, 2013).

3. Terapi Individu

   Salah satu bentuk terapi individu yang bisa diberikan oleh perawat kepada klien dengan isolasi sosial adalah pemberian strategi pelaksanaan (SP). Dalam pemberian strategi pelaksanaan klien dengan isolasi sosial hal yang paling penting perawat lakukan adalah

berkomunikasi dengan teknik terapeutik. Semakin baik komunikasi perawat, maka semakin bekualitas pula asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien karena komunikasi yang baik dapat membina hubungan saling percaya antara perawat dengan klien, perawat yang memiliki keterampilan dalam berkomunikasi secara terapeutik tidak saja mudah menjalin hubungan saling percaya dengan klien, tapi juga dapat menumbuhkan sikap empati dan caring, mencegah terjadi masalah lainnya, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan serta memudahan dalam mencapai tujuan intevensi keperawatan (Rika Sarfika, Esthika Ariani Maisa, 2018).

4. Terapi Aktivitas Kelompok

   Menurut Keliat (2015) terapi aktivitas kelompok sosialisasi merupakan suatu rangkaian kegiatan kelompok dimana klien dengan masalah isolasi sosial akan dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada di sekitarnya. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal, kelompok dan massa. Aktivitas yang dilakukan berupa latihan sosialisasi dalam kelompok, dan akan dilakukan dalam 7 sesi dengan tujuan:

   Sesi 1 : Klien mampu memperkenalkan diri

   Sesi 2 : Klien mampu berkenalan dengan anggota kelompok

   Sesi 3 : Klien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok

   Sesi 4 : Klien mampu menyampaikan dan membicarakan topik percakapan

Sesi 5 : Klien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain

Sesi 6 : Klien mampu bekerja sama dalam permainan sosialisasi kelompok

Sesi 7 : Klien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAK yang telah dilakukan.

5. Terapi Okupasi

   Terapi okupasi yaitu suatu ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan aktifitas atau tugas yang sengaja dipilih dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat, meningkatkan harga diri seseorang, dan penyesuaian diri dengan lingkungan. Contoh terapi okupasi yang dapat dilakukan di rumah sakit adalah terapi berkebun, kelas bernyanyi, dan terapi membuat kerajinan tangan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien dalam keterampilan dan bersosialisasi (Elisa, Laela, 2014).

6. Rehabilitasi

   Program rehabilitasi biasanya diberikan di bagian lain rumah sakit yang dikhususkan untuk rehabilitasi. Terdapat banyak kegiatan, antaranya terapi okupasional yang meliputi kegiatan membuat kerajinan tangan, melukis, menyanyi, dan lain-lain. Pada umumnya program rehabilitasi ini berlangsung 3-6 bulan (Yusuf, 2019).

7. Program intervensi keluarga

   Intervensi keluarga memiliki banyak variasi, namun pada umumnya intervensi yang dilakukan pada aspek praktis dari kehidupan sehari-hari, memberikan Pendidikan Kesehatan pada keluarga tentang isolasi sosial, mengajarkan bagaimana cara berhubungan yang baik pada anggota keluarga yang memiliki masalah kejiwaan (Yusuf,2019).

3. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

a. Definisi

Harga diri rendah adalah disfungsi psikologis yang meluas terlepas dari spesifiknya. Masalahnya, hampir semua klien menyatakan bahwa mereka ingin memiliki harga diri yang lebih baik. Jika kita hanya bisa mengurangi harga diri rendah, banyak masalah psikologis akan berkurang atau hilang secara substansial sepenuhnya (Pardede, Ariyo & Purba, 2020).

Harga diri yang tinggi digambarkan dari sifat individu yang memiliki perasaan penerimaan diri tanpa syarat, meski salah, kalah dan gagal, sebagai yang berharga dan sifat penting untuk dirinya sendiri. Individu yang memiliki perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan harga diri rendah yang berkepanjangan karena evaluasi negatif terhadap diri mereka sendiri yang menganggap kemampuan merupakan gambaran

seseorang yang memiliki harga diri yang rendah (Pardede, Harjuliska & Ramadia, 2021).

b. Etiologi

Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang menurut (Muhith, 2015)

1) Faktor predisposisi

Ada beberapa faktor predisposisi vang menyebabkan harga a rendah yaitu:

a) Perkembangan individu yang meliputi :

(1) Adanya penolakan dari orang tua, sehingga anak merasa tidak dicintai kemudian dampaknya anak gagal mencintal dirinya dan akan gagal pula untuk mencintai orang lain.

(2) Kurangnya pujian dan kurangnya pengakuan dari orang-orang tuanya atau orang tua yang penting/dekat individu yang bersangkutan.

(3) Sikap orang tua protekting, anak merasa tidak berguna, orang tua atau orang terdekat sering mengkritik sering merevidasikan individu.

(4) Anak menjadi frustasi, putus asa merasa tidak berguna dan merasa rendah diri.

b) Ideal diri

(1) Individu selalu dituntut untuk berhasil

(2) Tidak mempunyai hak untuk gagal dan berbuat salah

(3) Anak dapat menghakimi dirinya sendiri dan hilangnya rasa percaya diri.

2) Faktor presipitasi

Factor presipitasi atau stresor pencetus dari munculnya harga diri rendah menurut (Pardede Keliat & Yulia 2020), mungkin ditimbulkan dari sumber internal dan eksternal seperti

a. Gangguan fisik dan mental salah satu anggota keluarga sehingga keluarga merasa malu dan rendah diri.
b. Pengalaman traumatik berulang seperti penganiayaan seksual dan psIkologis atau menvaksikan kejadian yang mengancan kehidupan, aniaya fisik, kecelakaan. bencana alam dalam perampokan. Respon terhadap trauma pada umumnya akan mengubah arti trauma tersebut dan kopingnya adalah represi dan denial.

3) Perilaku

a. Dalam melakukan pengkajian, perawat dapat memulai dengan mengobservasi penampilan klien, misalnya kebersihan, dandanan, pakaian. Kemudian perawat mendiskusikannya dengan klien untuk mendapatkan pandangan klien tentang gambaran dirinya.
b. Perilaku berhubungan dengan harga diri rendah. Harga diri yang rendah merupakan masalah bagi banyak orang dan mengekspresikan melalui tingat kecemasan yang sedang sampai

berat. Umunya disertai oleh evaluasi diri yang negatif membenci diri sendiri dan menolak diri sendiri (Pardede,Keliat, & Yulia, 2020).

4) Tanda dan Gejala

Berikut ini adalah tanda dan gejala harga diri rendah menurut (Keliat, 2011), yaitu

a. Mengkritik diri sendiri
b. Perasaan tidak mampu
c. Apatis, ekspresi sedih, afek tumpul
d. Menghindar dari oranglain (menyendiri)
e. Komunikasi kurang/tidak ada. Klien tidak tampak bercakap-cakap dengan klien lain/perawat.
f. Tidak ada kontak mata, klien sering menunduk, pandangan hidup yang pesimis.
g. Berdiam diri dikamar/klien kurang mobilitas atau penurunan produktivitas.
h. Menolak berhubungan dengan oranglain, klien memutuskan percakapan atau pergi jika diajak bercakap-cakap dan penolakan terhadap kemampuan sendiri.
i. Tidak jarang melakukan kegiatan sehari-hari.

5) Klasifikasi harga diri rendah

Menurut (Pardede, Keliat, & Yulia, 2020), klasifikasi harga diri rendah dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

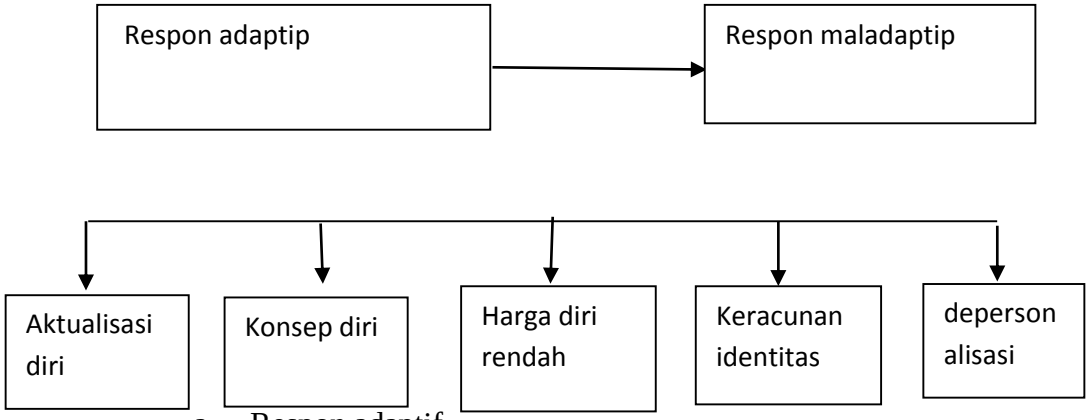
a. Harga diri rendah situasional adalah dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengenai diri dalam berespon, terhadap suatu kejadian (kehilagan, perubahan).

b. Harga diri rendah kronik adalah keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negative mengenai diri atau kemampuan dalam waktu lama.

6) Rentang respon

Gambar 2.3

Rentang Respon Harga Diri Rendah (Muhith, 2015)



a. Respon adaptif

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

b. Respon maladaptif

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

c. Aktualisasi diri

Respon adaptif yang tertinggi karena individu dapat mengekspresikan kemampuan yang dimilikinya.

d. Konsep diri positif:

Individu dapat mengidentifikasi kemampuan dan kelemahannya secara jujur dan dalam menilai suatu

masalah individu berpikir secara positif dan realistis.

e. Kekacauan identitas

Suatu kegagalan individu untuk mengintegritasikan

berbagai identifikasi masa kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.

f. Depetsonalisasi:

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

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial : Menarik Diri

c. Pengkajian

Pengkajian adalah sebagai dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian ini terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah klien.

Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Saputri & Mar' atus, 2021),

(Stuart & Sudeen, 2002 dalam Yusuf (2015).

a. Pengumpulan data

1) Identitas diri klien meliputi: nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, NO RM, alamat.
2) Identitas penanggung jawab: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, hubungan dengan pasien.
3) Alasan masuk rumah sakit

   Mengkaji alasan klien dibawa ke rumah sakit dan gangguan yang dialami sebelum dibawa ke rumah sakit.

4) Faktor predisposisi

   a) Riwayat penyakit jiwa terdahulu

   b) Kaji apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama

   c) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

5) Pemeriksaan fisik

Ukur dan observasi tanda-tanda vital , ukur tinggi badan, ukur berat badan , tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien.

6) Psikososial

a) Genogram

Membuat genogram minimal 3 generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga.

b)Konsep diri meliputi gambar diri, identitas diri, peran, ideal diri, harga diri

b. Analisa data

Analisa data dengan melihat data subjektif dan objektif dapat menemukan permasalahan yang dihadapi klien. Dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab, affect dari masalah tersebut. Dari 12 hasil analisan data inilah dapat ditentukan diagnosa keperawatan (Hasannah, 2019).

Gambar 2.4

Pohon masalah (Yosep & Surtini,2014)

Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (Effect)

Isolasi Sosial (Core Problem)

Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah (Causa)

c. Diagnosa keperawatan

Menurut sutejo (2017) , diagnis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala sosial yang, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah :

a. Isolasi sosial
b. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah
c. Resiko perubahan persepsi sensori : Halusinasi

d. Intervensi keperawatan

Setelah mengetahui diagnosa keperawatan pada klien dengan isolasi sosial, Langkah selanjutnya yaitu Menyusun perencanaan Tindakan keperawatan, untuk membina hubungan saling percaya dengan klien isolasi sosial perlu waktu yang tidak sebentar, perawat harus konsisten bersikap terapeutik pada klien, selalu penuhi janji, kontak singkat tapi sering dan penuhi kebutuhan dasarnya adalah upaya yang bbisa dilakukan (Trimelia, 2013).

Tabel 2.1

Rencana Keperawatan Dengan Isolasi Sosial

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
1	2	3	4	5
1	Isolasi sosial	TUM Klien mampu berinteraksi dengan orang lain TUK 1. Dapat membina hubungan saling percaya 2. Klien mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial 3. Klien dapat menyebutkan keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain.	Setelah 1x interaksi, klien menunjukan tanda-tanda percaya kepada perawat a. Ekspresi wajah ceria dan senyum b. Klien mau berkenalan c. Ada kontak mata d. Bersedia menceritakan perasaannya e. Bersedia mengungkapkan masalah f. Klien dapat menyebutkan minimal 1 penyebabab isolasi sosial	SP 1 1.Bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik: a. Mengucapkan salam b. Berjabat tangan c. Perkenalan diri d. Menanyakan nama lengkap dan nama pangilan e. Menjelaskan tujuan pertemuan f. Membuat kontrak waktu 2. Tanyakan pada klien tentang :

				a. Orang yang tinggal serumah b. Orang yang paling dekat dengan klien c. Orang yang tidak dekat dengan klien d. Tanyakan keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain.
			Setelah 1x interaksi, klien mampu : a. Mengevalusi kegiatan yang lalu (SP 1) b. Berhubungan sosial secara bertahap	SP II a. Evaluasi kegiatan lalu (SP I) b. Latih berhubungan sosial secara bertahap c. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian
			Setelah 1x interaksi klien mampu : a. Mengevalusi kegiatan yang lalu (SP II) b. Berkenalan dengan 2 orang atau lebih	SP III a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP II) b. Latih cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih c. Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian
2	Gangguan konsep diri : harga diri rendah	Klien mampu a. Membina hubungan saling percaya b. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien	Setelah 1x interaksi klien mampu : a. Membina hubungan saling peecaya b. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki c. Melakukan kegiatan lin sesuai dengan kemampuan	SP I a. Bina hubungan saling percaya (ucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan perasaan, keluhan saat ini, kontrak waktu). b. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.

			Setelah 1x interaksi, klien mampu: a. Mengevaluais kegiatan yang lalu (SP I) b. Melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan klien	SP II a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I) b. Lakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan
3	Gangguan perubahan persepsi sensori : Halusianasi	Klien mampu : a. Mengenali halusinasi yang dialami. b. Mengintrol halusinasinya. c. Mengikuti program pengobatan secara optimal.	Setelah 1x interaksi, klien dapat menyebutkan: a. Isi, waktu, frekuensi, situasi, pencety=us dan perasaan. b. Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi.	SP I a. Bantu klien mengenali halusinasi b. Latih mengintrol halusinasi dengan cara menghardik, peragakan cara menghardik, masukan kedalam jadwal kegiatan harian.
			Setelah 1x interaksi klien mampu a. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan b. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain.	SP II a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I) b. Latih berbicara dengan oaring lain saat halusinasi muncul. c. Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian.
			Setelah 1x interaksi klien mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan (SP II) b. Memberi jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya.	SP III a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I dan SP II) b. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul dengan jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi,

				diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien.
			Setelah 1x interaksi klien mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan b. Menjelaskan manfaat dari program pengobatan	SP IV a. Evalusi kegiatan yang telah dilakukan (SP 1, 2, 3, dan 4) b. Tanyakan program pengobatan c. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa d. Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program e. Jelaskan akibat bila putus obat f. Jelaskan pengobatan 5B g. Latih klien minum obat h. Jelaskan cara mendapatkan obat dan berobat i. Masukan kedalam jadwal kegiatan harian.

e. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh oerawat pada tahap

implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan Teknik, psikomotor, kemampuan memberikan observasi sistematis, kemampuan memberikan Pendidikan Kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evalusi (Anggit,2021).

f. Evaluasi keperawatan

Evalusi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari Tindakan keperawatan pada klien. Evalusi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut :

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) atau rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah ilaksanakan semua Tindakan terapi tetapi hasil belum memuaskan) (Anggit, 2021).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

1) Identitas klien

Nama	: Tn. R
Umur	: 21 Tahun
Jenis kelamin	: Laki – laki
Pendidikan	: SMA
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Tidak bekerja
Tanggal pengkajian	: 04 April 2023
No.RM	: 0471
Diagnosa medis	: Skizofrenia Paranoid
Alamat	: Kp. Neglasari, RT 01/RW 09 Desa Rancaekek Kulon, Kec. Rancaekek

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Ny . D
Umur	: 27 tahun
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga (IRT)

Hubungan dengan klien : Kakak

Alamat : Kp. Neglasari, RT 01/RW 09 Desa Rancaekek Kulon, Kec. Rancaekek

1. Alasan masuk

   Menurut penuturan klien, klien dibawa ke klinik rehabilitasi mental nur illahi assanie oleh keluarganya karena sering marah marah.

2. Keluhan saat dikaji

   Klien mengatakan tidak nyaman jika berada dikeramaian, klien lebih senang mengurung diri dikamar, klien mengatakan tidak bisa memulai pembicaraan atau obrolan, klien mengatakan lebih senang menyendiri, klien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini yang sedang sakit, klien mengatakan malu jika bertemu orang lain. Pada saat dikaji tangal 04 april 2023 klien cukup sulit untuk diajak berbicara, klien tanpak mengurung diri dikamar, kontak mata klien kurang, dan suara pelan, klien tampak sering menundukan kepala pada saat berbicara, wajah klien tampak gelisah.

3. Faktor predisposisi

   Klien mengalami gangguan jiwa sejak tahun 2019, klien mengatakan sering dikecewakan oleh lingkungannya, baik itu teman, keluarga ataupun pasangan. Sehingga membuat klien menjadi menutup diri dan tidak mau bersosialisasi dengan orang lain.

4. Pemeriksaan fisik

   a. Keadaan umum : keadaan klien baik, klien tampak rapih,klien menggunakan baju dari klinik dan menggunakan sandal

   b. Tanda – tanda vital

      Tekanan darah : 110/80 mmhg

      Nadi : 89 x/mnt

      Respirasi : 21x/mnt

      Suhu : 36

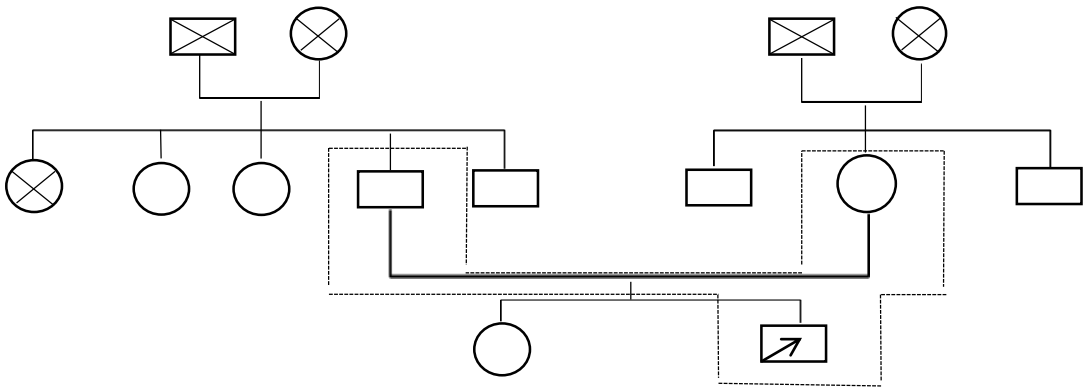
   c. Tinggi badan : 165 cm

   d. Berat badan : 53 kg

   e. Keluhan fisik : Kondisi fisik baik, tidak ada keluhan fisik apapun

5. Psikososial
   a. Genogram

Gambar 3.1 Genogram



Keterangan

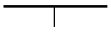
: Laki-laki

: Perempuan

: Laki-laki Meninggal

: Perempuan Meninggal

: Klien(Tn. R)

 : Garis Keturunan

 : Garis Pernikahan

 : Tinggal serumah

Klien tinggal di Klinik Nur Ilahie Assanie Samarang Garut sudah hampir 2 bulan.

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

klien tidak mengalami gangguan citra tubuh, klien mengatakan tidak ada anggota tubuh yang disukai atau tidak disukai karena menurut klien sama saja.

2) Identitas diri

Klien merupakan seorang laki-laki berusia 21 tahun, berperilaku dan berpenampilan sesuai dengan jenis kelaminnya.

3) Peran diri

klien mengatakan tidak memiliki peran apapun di lingkungannya.

4) Ideal diri

klien ingin segera pulang dan berkumpul bersama keluargannya.

5) Harga diri

Klien merasa nyaman jika dirinya mengurung diri dan enggan untuk bersosialisasi dengan orang lain , klien merasa tidak berharga karena keadaannya sekarang yang dirawat di klinik rehabilitasi mental nur ilahie assanie.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial dan Harga diri rendah

c. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti

Kien mengatakan orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah keluarganya

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat

Klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan di masyarakat

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan sulit untuk berkomunikasi dengan orang baru karena dia lebih senang mengurung diri dan mengasingkan diri lingkungannya

Masalah keperawatan : Isolasi sosial : menarik diri

d. Spiritual dan keyakinan

1) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakn dirinya beragama islam

2) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan sering melaksanakan ibadah, seperti solat 5 waktu dan juga berpuasa di bulan Ramadhan

6. Stasus mental

a. Penampilan

Penampilan klien tampak rapih, klien menggunakan baju dari klinik dan menggunakan sandal

b. Pembicaraan

Klien tidak dapat memulai pembicaraan , nada suara rendah, bicara klien lambat dan lebih banyak diam

c. Aktivitas motorik

Klien tampak sering mengurung diri dikamar, klien melakukan aktivitasnya secara mandiri, baik mandi, berpakaian , dan gosok gigi

d. Alam perasaan

Klien mengatakan sedih dan khawatir jika dia tidak bisa sembuh dan tidak bisa pulang pada saat lebaran

e. Afek

Afek tumpul, klien hanya berekspresi bila ada stimulasi emosi yang kuat.

f. Persepsi

Tidak ada persepsi yang aneh dari klien dan tidak ada halusinasi.

g. Interaksi selama wawancara

Pada saat berinteraksi kontak mata klien kurang dan klien terus menunduk.

h. Proses pikir

Klien mampu menjawab pertanyaan walaupun dengan lambat dan dengan kalimat yang singkat.

i. Isi pikir

Klien tidak menunjukan adanya kelainan isi pikir seperti obsesi, phobia, serta tidak menunjukkan adanya waham.

j. Tingkat kesadaran

Klien memiliki kesadaran yang cukup baik, dapat berorientasi terhadap tempat (klien dapat menyebutkan sekarang dirinya sedang berada di klinik rehabilitasi mental nur illahie assanie), dan dapat menyebutkan nama perawat pada saat melakukan pengkajian .

k. Memori

1) Jangka Panjang : klien dapat mengingat kejadian dimasa lampaunya
2) Jangka pendek : klien dapat mengingat nama orang yang baru dia ajak berkenalan

l. Tingkat konsetrasi berhitung

Klien mampu berhitung secara sederhana

m. Kemampuan penilaian

Pengambilan keputusan membutuhkan bantuan orang lain

n. Daya Tilik diri

Klien mengetahui bahwa dirinya sedang menjalani pengobatan di klinik rehabilitasi mental

7. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Klien makan sendiri, makan habis 1 porsi, 2x sehari

b. BAB / BAK

BAB / BAK klien mandiri

c. Mandi

Klien mampu mandi sendiri, mandi 1x sehari

d. Berpakaian / berhias

Klien mampu mengganti pakaian nya secara mandiri

e. Istirahat dan tidur

Klien tidur malam 7 – 8 jam / hari, klien mengatakan tidurnya nyenyak, klien tidur siang 3 – 4 jam/ hari

f. Penggunaan obat

Klien mampu meminum obat secara mandiri dan di awasi oleh perawat

1) Jenis obat

Stelosi	1 – 0 – 1
Hexymer	2 – 0 – 1
Clozapin	0 – 0 – 1

g. Pemeliharaan Kesehatan

klien mengatakan jika sembuh nanti akan menuruti anjuran dokter dan perawat untuk meminum obat secara rutin

h. Aktivitas di dalam rumah

Klien mengatakan setelah sembuh nanti, klien akan melakukan aktivitas seperti biasanya yaitu melanjutkan lagi usaha online nya dan mencuci pakaian nya sendiri

i. Aktivitas di luar rumah

Menurut penuturan klien, setelah sembuh nanti klien ingin mencari perkerjaan dan bekerja agar bisa membantu keluarganya

8. Mekanisme koping

klien menghindar saat diajak bicara, klien tampak jarang bersosialisasi dengan teman yang lain.

9. Masalah psikososial dan lingkungan

klien mengatakan sering memiliki masalah dengan teman dan pasangannya

10. Aspek medis

a. Diagnosa medis

Skizofrenia

b. Terapi medik

- Stelos 1 – 0 – 1
- Hexymer 2 – 0 – 1
- Clozapine 0 – 0 – 1

11. Masalah keperawatan

a. Isolasi sosial : Menarik diri

b. Gangguan konsep diri: Harga diri rendah

2. Analisa data

Tabel 3.1
Analisa data

No	Data	Masalah keperawatan
1	**2**	**3**
1	Ds : - klien mengatakan tidak nyaman jika berada di keramaian - Klien mengatakan tidak bisa memulai pembicaraan /obrolan - Klien mengatakan lebih senang menyendiri Do : - Klien tampak mengurung diri dikamar - Klien sulit untuk diajak berkomunikasi - Kontak mata kurang - Klien tampak selalu menundukan kepalanya	Isolasi sosial
1	**2**	**3**
2	Ds : - Klien mengatakan malu jika bertemu orang banyak - Klien mengatakan malu dengan kondisinya Do : - Klien sering menyendiri - Kontak mata klien kurang - Wajah tampak gelisah	Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

12. Pohon masalah

Resiko tinggi perilaku kekerasan

Perubahan persepsi sensori : Halusinasi

Isolasi sosial : menarik diri

Harga diri rendah

Diagnosa keperawatan

1) Isolasi sosial : menarik diri
2) Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

3. Perencanaan keperawatan

Nama : Tn.R Umur : 21 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki Diagnosa : Isolasi sosial

Tabel 3.2 Perencanaan Keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
1	2	3	4	5
1	Isolasi sosial : menarik diri	TUM : Klien tidak menarik diri TUK : 1. Klien mampu membina hubungan saling percaya 2. Mampu menyebutkan keuntungan dan kerugian berhubungan dengan oranglain 3. Mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial mampu melaksanakan hubungan sosial secara mandiri secara bertahap	Setelah 4x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Membina hubungan saling percaya dengan perawat seperti berkenalan, menjawab perasaan dan keluhannya saat ini 2. Mampu mengenal penyebab penyebab isolasi sosial seperti berinteraksi dengan orang lain, mengenal keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain	SP 1 : 1. Membina hubungan saling percaya (mengucapkan salam , berkenalan, menanyakan perasaan dan keluhan saat ini, jelaskan tujuan pertemuan,kontrak waktu) Bantu klien mengenal penyebab isolasi sosialnya (tanyakan tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain, apa yang menyebabkan tidak ingin berinteraksi dengan orang lain, bantu klien mengenal keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain).

			Setelah 4x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) seperti berkenalan, menjawab pertanyaan dan keluhannyabsaat ini 2. Mampu berkenalan dengan orang orang disekitarnya Setelah 4x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Mengevaluasi kegiatan yang sudag dilakukan (SP 1 dan SP 2) seperti berkenalan, menjawab keluhannya saat ini, berkenalan dengan orang disekitarnya. 2. Mampu berkenalan dengan 2 orang atau lebih	SP 2 : 1. Evaluasi kegiaatan yang sudah dilakukan (SP 1) 2. Ajarkan atau latih klien untuk berkenalan secara bertahap SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan yang sudah dilakukan (SP 1, SP 2) Ajarkan atau latih klien untuk berkenalan dengan 2 orang atau lebih

1	2	3	4	5
2	Gangguan konsep diri : Harga diri rendah	TUM : Klien mampu menemukan aspek positif dalam hidupnya TUK : Klien mampu 1. Mampu membina hubungan saling percaya 2. Mampu mendiskusikan 3. kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 4. Melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuannya.	Setelah 4x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Mampu membina hubungan saling percaya 2. Mampu mendiskusikan kemampuan dan aspek 3. positif yang dimiliki	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya (ucapkan salam ,berkenalan, mengungkapkan perasaan dan keluhannya saat ini , kontrak waktu) 2. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang 3. dimiliki klien (kegiatan dirumah, beri pujian)
				SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan yang sudah dilakukan (SP 1) 2. Latih melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan klien (kegiatan rumah, seperti merapihkan tempat tidur)

4. Implementasi dan evaluasi

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa keperawatan	Hari/tgl/jam	Implementasi keperawatan	Evaluasi keperawatan	TTD
1	2	3	4	5
Isolasi sosial : menarik diri	Selasa 04-04-2023 Jam : 09:30	SP 1 1. membina hubungan saling percaya (memberikan salam,menanyakan keadaan dan keluhan klien saat ini,menjelaskan tujuan pertemuan, kontrak waktu). Membantu klien untuk mengenal penyebab dari isolasi sosial yang dialaminya (menanyakan tentang kebiasaan berinteraksi dengan oranglain, apa yang menyebabkan tidak ingin berinteraksi dengan orang lain,membantu klien mengenal keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain).	S : Klien mengatakan lebih senang diam dan menghabiskan waktunya dikamar. O : - Saat diajak bicara klien lebih banyak diam. - Klien sering melamun. - Ketika dikasih pertanyaan klien menjawab pertanyaan dengan singkat, menganggukkan dan menggelengkan kepalanya. A : SP 1 Teratasi - Klien mampu membina hubungan saling percaya. - Klien mampu menjawab apa penyebab isolasi sosial walaupun dengan jawaban yang singkat. P : Lanjutkan SP 2 dengan mempraktikkan cara berkenalan dengan orang lain.	Yulia
	Selasa 04-04-2023 Jam : 12:30	SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan yang telah dilakukan (SP 1).	S : ‘ Selamat siang nama saya Tn. R O :	Yulia

		2. Mengajarkan atau melatih klien berkenalan secara bertahap.	- Klien mempraktikkan cara berkenalan dengan teman saya walaupun hanya dengan beberapa kalimat saja. - Kontak mata kurang. - Klien tampak tenang. A : SP 2 belum teratasi - Klien mampu mengungkapkan perasaannya walaupun dengan beberapa kalimat saja. P : Lanjutkan SP 3 menganjurkan klien untuk berkenalan dengan 2 orang atau lebih.	
	Rabu, 05-04-2023 Jam : 09: 30	SP 3 1. Mengevaluasi kegiatan yang telah dilakukan (SP 1 dan SP 2). 2. Mengajrakan atau melatih berkenalan dengan 2 orang atau lebih.	S : ` Selamat pagi sayan Tn. R ` O : - Klien mempraktikkan cara berkenalan dengan teman saya 1 dan teman saya 2, walaupun dengan beberapa kalimat saja. - Kontak mata kurang. - Klien tampak tenang. A : SP 3 belum teratasi - Klien dapat mengungkapkan perasaannya walaupun hanya beberapa kalimat saja. P : Lanjutkan SP memotivasi klien agar mau berkenalan.	
Gangguan konsep diri : Harga diri rendah	Kamis 06-04-2023 Jam : 09 : 30	SP 1 1. Membina hubungan saling percaya (mengucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan perasaan dan	S : Klien mengatakan kegiatan selam di klinik dilakukan secara mandiri, seperti makan,mandi dan membereskan tempat tidurnya. O :	

		keluhannya saat ini, kontrak waktu). 2. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki).	- Klien mampu mengetahui aspek positif yang dimilikinya - Klien mampu melakukan aspek posistif nya seperti membereskan tempat tidur secara mandiri. A : SP 1 Tercapai Klien mampu melakukan kegiatan sehari-harinya secara mandiri . P : Lanjutkan SP 2 Latih melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan klien.	
	Kamis 06-04-2023 Jam : 12:30	SP 2 1. Mengevalusi kegiatan yang sudah dilakukan (SP 1) 2. Melatih kegiatan lain sesuai dengan kemampuan klien (seperti membereskan tempat tidur, dan mencuci pakaiannya sendiri).	S : Klien mengatakan sudah bisa membereskan tempat tidur dan mencuci baju sendiri. O : - Klien tampak tenang. - Klien mampu melakukan kegiatannya (memebereskan tempat tidur). A : SP 2 tercapai klien mampu melakukan kegiatannya walaupun masih dengan arahan. P : Pertahankan SP latih terus pasien untuk memilih jadwal kegiatan harian yang sesuai kemampuannya.	Yulia

5. Catatan perkembangan

Tabel 3.4 Catatan Perkembangan

NO	Hari/tgl/jam	Catatan perkembangan	TTD
1	**2**	**3**	**4**
1	Jumat, 07-04-2023	SP 1 : S : Klien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan orang lain. O : - Klien sering berdiam diri dikamar - - Klien mampu sedikit memperkenalkan diri dirinya kepada perawat - Klien mampu menjawab pertanyaan dengan sederhana, menganggukkan dan menggelengkan kepalanya. A : SP 1 teratasi - Klien mampu menjawab pertanyaan yang diajukan - Klien mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial P : Evaluasi SP 1 dan pertahankan SP 1 I : SP 1 teratasi E : - Lanjutkan ke SP 2 - Latihan berkenalan dengan 1 orang	Yulia
	Sabtu, 08-04-2023	SP 2 S : Klien mengatakan mau berkenalan O : - Klien sudah mau berinteraksi - Klien mau berkenalan walaupun dengan kalimat yang singkat A : SP 2 teratasi - Klien mampu melaksanakan interaksi sosial secara bertahap P : Evaluasi SP 1 dan SP 2 - Lanjutkan SP 3	Yulia

		- Memeberikan klien kesempatan untuk berkenalan dengan 2 orang atau lebih SP 3 S : Klien mau berinteraksi dengan orang lain - Klien mau berkenalan dengan orang ke 2 (teman saya) - Klien mampu berkenalan dan menyebutkan namanya A : SP 3 Teratasi - Klien mampu berinteraksi secara bertahap - Berikan kesempatan kepada klien untuk berinteraksi I : Memberikan kesempatan kepada klien untuk berkenalan dengan 2 orang atau lebih. E: Evaluasi SP 1, 2, 3 Pertahankan SP 1, SP 2, dan SP 3	
2	Senin, 10-04-2023	SP 1 S : klien mengatakan melakukan aktivitas sehari-harinya secara mandiri. O : - Klien mau berinteraksi - Klien mampu melakukan aktivitasnya walaupun dengan diarahkan A : SP 1 tercapai - Klien mampu beraktivitas secara bertahap P : Evaluasi SP 1 - Latih melakukan kegiatan klien sesuai dengan kemampuannya SP 2 S : klien mengatakan mau melakukan aktivitasnya meskipun dengan bantuan atau arahan O : - Klien mau berinteraksi - Klien terkadang masih sering melamun A : SP 2 tercapai - Klien mau melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuannya	Yulia

		P : Evaluasi SP 1, SP 2 - Bantu klien untuk memilih kegiatan sesuai dengan kemampuannya I : Memberikan kesempatan kepada klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuannya. E : SP 2 tercapai Pertahankan semua SP	

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis membahas tentang masalah yang didapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R masalah yang didapatkan berupa kesenjangan antar teori dengan keadaan lapangan, serta faktor yang mendukung dan menghambat selama pemberian Asuhan Keperawatan pada Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri dari mulai pengkajian sampai evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis melakukan anamnesa baik kepada klien sendiri maupun kepada perawatnya mengenai identitas klien, alasan masuk, faktor predisposisi, dan genogram keluarga serta melakukan pemeriksaan fisik. Dan pada saat pengkajian penulis menemukan hambatan diantaranya mengalami sedikit kesulitan dalam membina hubungan saling percaya pada saat berinteraksi dengan klien, karena klien susah untuk diajak komunikasi , klien terkadang menjawab hanya dengan tersenyum dan anggukan kepala, klien banyak melamun, adapun strategi yang dilakukan

untuk melakukan pengkajian pendekatan yaitu dengan cara memperkenalkan diri terlebih dahulu, membuka pembicaraan dengan topik, dan membina hubungan saling percaya.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri yang mungkin muncul ada 2 diagnosa dan sesuai dengan kasus yang penulis temukan yaitu:

1) Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri
2) Gangguan Konsep Diri :Harga Diri Rendah

Sedangkan masalah keperawatan berkaitan dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri yang sesuai dengan teori menurut Sutejo (2017) yaitu:

1) Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri
2) Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
3) Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

Setelah penulis mengumpulkan data dari hasil pengkajian, penulis merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi klien saat ini dengan menggunakan tekhnik *here and now* dirumuskanlah diagnosa keperawatan yang ada pada Tn.R dengan gangguan isolasi sosial :menarik diri akibat skizofrenia paranoid adalah gangguan isolasi sosial dan gangguan konsep diri . Gangguan isolasi sosial : menarik diri pada Tn. R adalah dari faktor psikologis dimana klien mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan dimasa lalunya, klien sering dikecewakan oleh lingkungan baik itu keluarga, teman maupun

pasangannya, sehingga menyebabkan klien menjadi malas untuk bersosialisasi. Sebelumnya klien pernah berobat jalan di puskesmas rancaekek, namun klien sempat berhenti sehingga membuat isolasi sosialnya kambuh kembali.

Penulis menemukan data-data yang mengarah pada permasalahan yang klien hadapi oleh karena itu penulis menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan asuhan keperawatan yang diberikan, namun tidak semua proses perencanaan dapat terlaksana dalam tahap implementasi untuk mengatası masalah tersebut diperlukan asuhan keperawatan yang lebih optimal dengan didukung oleh informasi, sarana, lingkungan klinis dan kerjasama dari berbagai pihak yang memahami kondisi kejiwaan klien secara tepat dan optimal.

Banyaknya faktor sebagai permasalahan yang dihadapi klien tersebut penulis mengangkat diagnosa keperawatan utama yaitu Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.

Pada saat pengkajian teknik yang digunakan yaitu teknik *here and now* dimana diagnosa yang ditemukan pada saat pengkajian yaitu dua diagnosa, sedangkan menurut teori terdapat tiga diagnosa. Ketika dikaji klien tidak menunjukkan adanya halusinasi. Akibat tidak munculnya diagnosa halusinasi karena klien dapat mengontrol pikirannya dan koping individu klien cukup baik.

3. Perencanaan

Suatu keberhasilan dalam asuhan keperawatan memerlukan perencanaan yang disusun untuk melakukan tindakan terhadap klien, sehingga dapat disusun suatu rencana yang tepat antara tindakan yang dilakukan terhadap klien dengan masalah yang dihadapi oleh klien. Keberhasilan dalam proses perencanaan dapat terlaksana dengan adanya faktor pendukung dalam melaksanakan proses tersebut yaitu :

a. Adanya hubungan yang tercipta secara baik antara klien dengan penyusun, sehingga perencanaan yang dilakukan disetujui oleh klien.
b. Tersedianya sumber daya yang menunjang dalam penyusunan studi kasus yang menyusun pelaksanaaan sehingga dapat membantu penyusun dalam melakukan perencanaan.
c. Adanya pihak yang dapat membantu dalam proses perencanaan, seperti pihak klinik, dan perawat yang memberikan kesempatan bagi penyusun untuk melakukan studi kasus.

4. Implementasi

Pada tahap ini, penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaan yang di tetapkan , disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien, penulis sempat mengalami hambatan pada saat tahap pelaksanaan karena klien yang sulit untuk diajak berkomunikasi tetapi setelah bina hubungan saling percaya berjalan klien mulai mau dan kooperatif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan selain itu juga ada kerja sama dari pihak klinik baik itu perawat maupun sarana dan prasarananya sehingga memudahkan bagi

penulis untuk pengimplementasian asuhan keperawatan. Pada diagnosa sosial, dilakukan strategi pertemuan yaitu mengidentifikasi isolasi sosial, menjelaskan keuntungan dan kerugian mempunyai teman, strategi pertemuan yang kedua yaitu membantu pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan dua orang atau lebih, melatih klien bercakap-cakap sambal melakukan kegiatan harian, dan untuk strategi pertemuan ketiga yaitu mengkaji aspek positif yang dimiliki klien, membuat jadwal kegiatan harian dan mempraktikan kegiatan harian yang telah terjadwal.

5. Evaluasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn. R penulis melaksanakan evaluasi hasil dari proses asuhan keperawatannya adalah klien mengalami peningkatan dalam bersosialisasi, klien mau mengikuti kegiatan di klinik. Asuhan keperawatan bertujuan untuk membantu klien untuk meningkatkan serangkaian keterampilan koping yang sehat dan meningkatkan cara yang efektif dalam berfungsi dimasyarakat yang memerlukan waktu yang tidak singkat. Untuk itu, penulis dituntut untuk bekerja berdasarkan pengetahuan yang kuat untuk meningkatkan penggunaan diri secara therapeutik dalam lingkungan klisnis.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn.R dengan gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri akibat Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang, Garut mulai tanggal 3 s/d 15 april 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dapat melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri dengan Diagnosa Skizofrenia Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial: Menarik Diri di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah - masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.
4. Melaksanakan Tindakan keperawatan sesuai rencana – rencana yang ditetapkan pada Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri di Klinik Nur Illahie Assanie.
5. Dapat melaksanakan evaluasi keperawatan sesuai dengan rencana yang ditetapkan dan di dapatkan hasil yang diharapkan pada Tn.R dengan

Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.

6. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.

B. Rekomendasi

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi perkembangan pada klien Tn.R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri akibat Skizofrenia Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang,Garut, maka penulis memberikan rekomendasi sebagai berikut :

1. Bagi Perawat

   Sebagai bahan masukan, acuan dan pertimbangan bagi profesi keperawatan dalam meningkatkan pelayanan Kesehatan dan memberikan informasi bagi instansi klinik untuk menambah pengetahuan tenaga Kesehatan dalam penatalaksanaan kepada klien dengan Isolasi Sosial, sehingga dapat diberikan tindak lanjut dan peningkatan mutu perawatan pada klien dengan Gangguan Isolasi Sosial: Menarik Diri, untuk memperbanyak kegiatan atau aktivitas klien agar mampu berinteraksi dengan baik.

2. Bagi pihak Institusi Pendidikan

   Sebagai tambahan, bahan bacaan yang dapat dijadikan sebagai acuan atau referensi dalam pembelajaran di perkuliahan dan institusi. Dan sebagai bahan masukan pengembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya pada

klien dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik diri sebagai pertimbangan dan data referensi bagi penulis selanjutnya.

3. Bagi Klien

   Semoga dengan penulisan karya tulis ilmiah ini klien dapat mengerti dengan penyakit yang klien alami dan dapat menerapkan intervensi yang telah diberikan untuk mencapai kesembuhan yang klien harapkan.

DAFTAR PUSTAKA

Anggit, M. A. (2021l). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. Universitas Kusuma Husada Surakarta.

Arisandy., W. (2017). Pengaruh Penerapan Terapi Musikal Pada Pasien IsolasiSosial Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Dirumah Sakit Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2017. In Proceeding Seminar Nasional Keperawatan. 3(1), 285-292.

Budi anna keliat, dkk. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC

Damanik, R. K., Pardede, J. A., & Manalu, L. W. (2020). Terapi Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi Pasien Skizofrenia dengan Isolasi Sosial.Jurnal lImu Keperawatan Dan Kebidanan, 11(2), 226-235.

Departemen Kesehatan RI (2014). Buku Pedoman Asuhan Keperawatan Jiwa, Teori dan Tindakan Keperawatan.

Hasannah, S. U. (2019). Asuham Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan (Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta).

Katona, C., Cooper, C., & Robetson, Mary (2012). *At a Glance PSIKIATRI Edisi Keempat*. Indonesia: Erlangga

Keliat, B. A., Akemat, S., Daulima, N. H. C., & Nurhaeni, H. (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CHMN (Basic Course). Jakarta:EGC, 1-10.

Kemenkes RI. (2019). Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS. Jakarta: KemenkesRI.

Muhith, A., 2015. Teori Keperawatan Jiva [Teori dan Aplikasi]. Yogyakarta: CV ANDI OFFSET.

Muhith.A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori Dan Aplikasi. Penerbit Andi

NIMH, schizophrenia . (2019). https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia

Smitha Bhandari, M. Schizophrenia: Definition, Symptoms, Causes, Diagnosis, Treatment, WebMd. https://www.webmd.com/schizophrenia/mental-health-schizophrenia

Stuart, G, W. (2015). *Prinsip dan praktik : KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA STUART* (Budi Anna Keliat(Ed.)). Elshevier

Stuart, G.W, (2016). Buku Saku Keperawatan Edisi Ke 5. Jakarta: EGC.

Oktaviani, D. P. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. K dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Rokan Rumah Sakit Jiwa Tampan. Skripsi, Poltekes Kemenkes Riau.

Videbeck , 2010 ; Stuart, keliat, & P . (2016). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.

Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. EGC.

LAMPIRAN

Lampiran 1 SPTK

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN Tn.R DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI

Nama : Tn.R

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

Hari ke 1 tanggal 04 april 2023

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS :

- Klien mengatakan suka menghindar Ketika semua orang berkumpul
- Klien mengatakan tidak bisa memulai pembicaraan / obrolan
- Klien mengatakan lebih senang diam dikamar

DO :

- Klien tampak mengurung diri dikamar
- Klien sulit untuk diajak berkomunikasi
- Kontak mata kurang
- Klien tampak selalu menundukan kepalanya
- Klien banyak melamun

2. Diagnosa keperawatan

Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri

3. Tujuan Keperawatan

a. Klien mampu membina hubungan saling percaya
b. Klien mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial
c. Klien dapat menyebutkan keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain

4. Tindakan Keperawatan

a. Membina hubungan saling percaya

Dapat dilakukan dengan cara :

1) Mengucapkan salam setiap bertemu dengan klien
2) Berkenalan dengan klien
3) Menanyakan keluhan dan perasaan klien saat ini
4) Membuat kontrak waktu

b. Membantu klien mengenal penyebab isolasi sosial

Daoat dilakukan dengan cara :

1) Menanyakan kebiasaan klien tentang penyebab berinteraksi dengan orang lain
2) Menanyakan apa yang yang menyebabkan klien tidak ingin berinteraksi dngan orang lain

c. Membantu klien mengenal keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain

Dapat dilakukan dengan orang lain :

1) Mendiskusiskan keuntungan bila klien memiliki banyak teman
2) Mendiskusikan kerugian kerugian bila klien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain.

d. Mengajarkan klien cara berkenalan dengan orang pertama

B. Strategi pelaksanaan Tindakan keperawatan

1. Tindakan keperawatan untuk klien

   a. Klien mampu membina hubungan saling percaya

   b. Klien mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial

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

   SP I Pasien

   Membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu klien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dan mengajarkan klien berkenalan.

   Fase Orientasi (Perkenalan)

   "Assalamualaikum, Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Yulia eka setiani senang dipanggil yulia, Nama bapak siapa? Bapak senang dipanggil apa? Apa keluhan bapak saat ini? Mau dimana kita bercakap-cakap? Bagaimana kalau di ruang depan ? mau berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?"

   Fase Kerja

   "Apa yang Tn.R rasakan selama dirawat disini? Oh Tn.R merasa sendirian? Siapa saja yang Tn.R kenal di ruangan ini?"

“Apa saja kegiatan yang biasa Tn.R lakukan dengan teman yang ada disini? Apa yang menghambat Tn.R dalam berteman atau bercakap-cakap dengan pasien yang lain?”

”Menurut Tn.R apa saja keuntungannya kalau kita mempunyai teman ?(sampai pasien dapat menyebutkan beberapa) Nah kalau kerugiannya tidak mampunyai teman apa ya pak? Ya, apa lagi ? (sampai pasien dapat menyebutkan beberapa) Jadi banyak juga ruginya tidak punya teman ya. Kalau begitu mau tidak Tn.R belajar bergaul dengan orang lain ?”

“Bagus. Bagaimana kalau sekarang kita belajar berkenalan dengan orang lain?

Begini lho pak, untuk berkenalan dengan orang lain kita sebutkan dulu nama kita dan nama panggilan yang kita suka asal kita dan hobi. Contonya : Nama Saya Tn. R, senang dipanggil Ri. Asal saya dari Rancaekek hobi saya mendengarkan musik.

Selanjutnya Tn.R menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya begini: Nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa? Asalnya dari mana atau Hobinya apa?

Ayo Tn.R dicoba! Misalnya saya belum kenal dengan Tn.R. Coba berkenalan dengan saya!

Ya bagus sekali! Coba sekali lagi pak.

Bagus sekali setelah bapak berkenalan dengan orang tersebut bapak bisa melanjutkan percakapan tentang hal-hal yang menyenangkan. Misalnya tentang cuaca, tentang hobi, tentang keluarga, pekerjaan dan sebagainya.

Fase Terminasi:

“Bagaimana perasaan Tn.R setelah kita latihan berkenalan? tadi sudah mempraktekkan cara berkenalan dengan baik sekali”

“Selanjutnya Tn.R dapat mengingat-ingat apa yang kita pelajari tadi selama saya tidak ada. Sehingga Tn.R lebih siap untuk berkenalan dengan orang lain. Tn.R mau praktekkan ke pasien lain. Mau jam berapa mencobanya. Mari kita masukkan pada jadwal kegiatan hariannya.”

“Nanti jam 12 :30 saya akan datang kesini untuk mengajak Tn.R berkenalan dengan teman saya, perawat rizki. Bagaimana, Tn.R mau kan?”

“Baiklah, pak. Assalamualaikum”

SP II Klien

Mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama)

Fase Orientasi

Assalammualaikum pak! Selamat siang, gimana perasaannya sekarang? Sudah solat?"

"Sudah dingat-ingat lagi pelajaran kita tetang berkenalan? Coba sebutkan lagi sambil bersalaman dengan saya"

"Bagus sekali pak masih ingat yah. Nah seperti janji saya tadi, saya akan mengajak bapak mencoba berkenalan dengan teman saya perawat rizki. Tidak lama kok, sekitar 10 menit »

"Ayo kita temui perawat rizki disana"

Fase Kerja

"Selamat siang pak rizki, perkenalkan saya R"

(pasien mendemontrasikan cara berkenalan dengan perawat N : memberi salam, menyebutkan nama, menanyakan nama perawat, dan seterusnya)

"Ada lagi yang ingin bapak tanyakan kepada perawat rizki. coba tanyakan tentang keluarga perawat rizki"

"Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, bapak bisa sudahi perkenalan ini. Lalu bapak bisa buat janji bertemu lagi dengan perawat rizki, misalnya besok pagi"

"Baiklah perawat rizki, karena Tn.R sudah selesai berkenalan, saya dan Tn.R akan kembali ke ruangan Tn.R. Terimakasih"

(Bersama-sama klien dan perawat meninggalkan perawat rizki untuk melakukan terminasi dengan Tn.R di tempat lain)

Fase Terminasi:

"Bagaimana perasaan bapak setelah berkenalan dengan perawat rizki? Bapak tampak bagus sekali saat berkenalan tadi Pertahankan terus apa yang sudah bapak lakukan tadi. Jangan lupa untuk menanyakan topik lain supaya perkenalan berjalan lancar. Misalnya menanyakan keluarga, hobi, dan sebagainya. Bagaimana, mau coba dengan perawat lain. Mari kita masukkan pada jadwalnya. Mau berapa kali sehari? Bagaimana kalau 2 kali. Baik nanti Tn.R coba sendiri. Besok kita latihan lagi ya, mau jam berapa? Jam 09:30 lagi? Baik, Sampai besok.

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI

Hari ke 2 tanggal 05 mei April 2023

1. **Proses keperawatan**

   a. Kondisi klien

      DS :

      - Klien mengatakan mulai bisa berinteraksi dengan oaring lain

      DO

      - Kontak mata klien mulai ada
      - Klien mulai mau berinteraksi dengan orang lain

2. **Diagnosa keperawatan**

   Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri

3. **Tujuan Keperawatan**

   a. Klien mampu mempraktikkan cara berkenalan dengan dua orang atau lebih

4. **Tindakan Keperawatan**

   a. Melatih klien berinteraksi secara bertahap (Berkenalan dengan orang kedua)

5. **Strategi pelaksanaan Tindakan keperawatan**

   a. Tindakan keperawatan untuk klien

      - Evaluasi SP 1 dan SP 2
      - Lanjutkan SP 3

      SP 3 Klien :

Fase Orientasi:

Assalammualaikum Tn.R! Bagaimana perasaan hari ini?

Apakah Tn.R bercakap-cakap dengan perawat rizki kemarin siang

Bagaimana perasaan Tn.R setelah bercakap-cakap dengan perawat rizki kemarin siang?

Bagus sekali, Tn.R menjadi senang karena punya teman lagi

Kalau begitu Tn.R ingin punya banyak teman lagi?

Bagaimana kalau sekarang kita berkenalan lagi dengan orang lain yaitu perawat vina

seperti biasa kira-kira 10 menit

Mari kita temui dia

Fase Kerja:

“ Selamat pagi , ini ada pasien saya yang ingin berkenalan.”

“Baiklah , Tn.R sekarang bisa berkenalan dengannya seperti yang telah Tn.R lakukan sebelumnya”

(klien mendemontrasikan cara berkenalan: memberi salam, menyebutkan nama, nama panggilan, asal dan hobi dan menanyakan hal yang sama).

Ada lagi yang Tn.R ingin tanyakan kepada perawat vina?”

Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, Tn.R bisa sudahi perkenalan ini. Lalu Tn.R bisa buat janji bertemu lagi, misalnya bertemu lagi jam 1 siang nanti”

Terminasi:

Bagaimana perasaan Tn.R setelah berkenalan dengan perawat vina?

Dibandingkan kemarin pagi, Tn.R tampak lebih baik saat berkenalan dengan perawat vina pertahankan apa yang sudah Tn.R lakukan tadi.

bagaimana jika kegiatan berkenalan dan bercakap-cakap dengan orang lain kita tambahkan lagi di jadwal harian. Jadi satu hari Tn.R dapat berbincang-bincang dengan orang lain sebanyak dua kali, jam 10 pagi, dan jam 1 siang, Tn.R bisa bertemu dengan perawat rizki, dan tambah dengan perawat vina yang tadi baru kenalan. Selanjutnya Tn.R bisa berkenalan dengan orang lain lagi secara bertahap. Bagaimana setuju kan?

Baiklah untuk hari ini cukup ya Tn.R , terimakasih Assalamualaikum.

Lampiran 2 Dokumentasi

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. IDENTITAS

Nama : Yulia Eka Setiani

Jenis kelamin : Perempuan

Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 03 Juli 2002

Agama : Islam

Status : Belum Menikah

Alamat : Kp. Sawah bera RT 01, RW 07. Desa Ciluluk, Kec.Cikancung, Kab. Bandung

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN CILULUK 1 DAN 2 TAHUN 2008 - 2014
2. SMP NEGRI 3 CIKANCUNG TAHUN 2014 - 2017
3. SMA NEGRI 1 CIKANCUNG TAHUN 2017 - 2020
4. STIKES KARSA HUSADA GARUT TAHUN 2020 – 2023

FORMAT BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Yulia eka setiani
NIM : KHGA.20133
Pembimbing : Wahyudin, S.Kp., M.Kes
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut

No.	Tanggal	Materi Yang Diajukan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Senin, 29/05/2023	JUDUL dan BAB I	1. ACC Judul 2. Perbaiki Latar Belakang 3. Perbaiki Penulisan 4. Perbaiki Keterkaitan antar Paragraf		
2.	Kamis, 01/06/2023	BAB I	1. ACC BAB I 2. Lanjutkan penyusunan BAB II		
3.	Sabtu, 03/06/2023	BAB II	1. Perbaiki Penulisan 2. Perbarui Teori		

			3. Perbarui kutipan		
4	Selasa, 06/06/2023		1. ACC BAB II 2. Lanjutkan penyusunan BAB III		
5	Kamis, 08/06/2023	BAB III	1. Perbaiki Penulisan 2. Perbaiki tabel		
6	Sabtu, 10/06/2023	BAB III	1. ACC BAB III 2. Lanjutkan Penyusunan BAB IV		
7	Senin, 12/06/2023	BAB IV	1. ACC BAB IV 2. Lanjutkan penyusunan Abstrak 3. Buat Draf Sidang		
8	Selasa, 13/06/2023	BAB IV	1. ACC Abstrak 2. ACC Sidang		