

**ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa PADA Ny.S DENGAN
GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI AKIBAT
SKIZOFRENIA PARANOID DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
SELAAWI KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh :

RISMA YANTI FUJIASTUTI L

KHGA18157



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
2021**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny.S
DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL :
MENARIK DIRI AKIBAT SKIZOFRENIA
PARANOID DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
SELAAWI KABUPATEN GARUT**

PENULIS : RISMA YANTI FUJIASTUTI L

NIM : KHG.A. 18157

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan

Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, 03 Juli 2021

Menyetujui,

Pembimbing

Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.HKes

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. S DENGAN
GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS SELAAWI KABUPATEN
GARUT**

PENYUSUN : RISMA YANTI FUJIASTUTI LESTARI

NIM : KHG.A18157

Garut, 07 Juli 2021

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.HKes

Wahyudin, S.Kep., M.Kes

Mengetahui

Ka. Prodi DIII Keperawatan

Pembimbing

STIKes Karsa Husada Garut

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Tanti S, S.Kep., Ners., M.HKes

ABSTRAK

IV BAB, 93 halaman, 5 tabel, 6 gambar, 3 lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “ Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri di Puskesmas Selaawi Kabupaten Garut ”, penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan Isolasi Sosial, karena Isolasi Sosial merupakan gejala negatif yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya skizofrenia. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah penulis mendapatkan pengetahuan keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan dan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, observasi, wawancara dan studi pustaka. Isolasi sosial merupakan kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan dipersepsikan disebabkan orang lain dan sebagai kondisi yang negatif dan mengancam. Setelah melakukan asuhan keperawatan yang dilakukan selama 6, pada tahap pengkajian penulis menemukan dua masalah keperawatan. Namun yang menjadi fokus dan tujuan utama dari pemberian asuhan keperawatan ini adalah pasien mampu berinteraksi dengan orang lain. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan terapeutik, memotivasi pasien untuk mau berinteraksi dengan orang lain. Penulis mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa pasien sudah mulai mau berinteraksi dengan orang lain walaupun dengan dukungan perawat. Kesimpulan yang dapat diambil yaitu perlunya mendapat dukungan dari berbagai pihak, terutama keluarga yang merupakan faktor pendukung utama.

Kata kunci (*Key Word*) : *ODGJ, Isolasi Sosial, Skizofrenia Paranoid.*

Daftar Pustaka : 16 buah

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT, Shalawat dan salam semoga tetap tercurah limpah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, yang mana atas Rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny.S DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI AKIBAT SKIZOFRENIA DI PUSKESMAS SELAAWI KABUPATEN GARUT** ” .

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi Diploma III Keperawatan dan memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Allah SWT atas segala Rahmat dan Hidayah-Nya yang telah diberikan kepada penulis.
2. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. H. Kurnadi Surnawiganda, selaku wakil Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

4. Bapak H. D. Saepudin, S.Sos.,MM.Kes., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
5. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep., M.Kes., selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
6. Ibu k. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
7. Ibu Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.Hkes. selaku dosen pembimbing karya tulis ilmiah yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh Staf Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan serta motivasi kepada penulis selama pendidikan.
9. Ibu CI Ilis Kulsum S.Kep.,Ners beserta perawat di Puskesmas Selaawi Kabupaten Garut.
10. Ny.S beserta keluarga yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
11. Kepada kedua orangtua ‘ Imas Komariah & Supriatna ’ yang telah memberikan do’a restu dan dukungannya yang telah diberikan, baik itu moril maupun materil serta kasih sayang yang mungkin tidak akan pernah terbalaskan, mungkin hanya do’a yang bisa ku panjatkan semoga selalu diberikan kesehatan, dilancarkan dan dipermudah dalam mencari rejeki. Dan juga kepada adik saya satu-satunya ‘ Elsha Sri Rahayu ’ yang saat ini

sedang menempuh program studi S1 Farmasi terimakasih telah memberikan dukungan semoga selalu diberikan kelancaran mencari ilmu.

12. Kepada kakek dan nenek ‘ Entang sahdi & Mintarsih ’, ‘ Alm. Ading & Entin ’ dan untuk semua keluarga yang selalu memberikan dukungan.

13. Kepada squad kerang waring : Widi awaliah, Syifa Fauziah L, Solihatul Arifah, Ai sulastri, dan Padia Aliana A, terimakasih selalu menjadi penghibur dan menjadi pendengar segala keluh kesahku.

14. Seluruh teman seperjuangan D3 keperawatan angkatan 25, khususnya kelas D yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.

15. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang memberikan dukungan dan doanya selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna dikarenakan keterbatasan dan ketidakmampuan ilmu pengetahuan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umunya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya yang senantiasa selalu kita harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak senantiasa mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin

Garut, Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	
LEMBAR PENGESAHAN	
LEMBAR PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Metode	4
D. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	8
A. Konsep Dasar.....	8
1. Konsep Skizofrenia	8
a. Definisi	8
b. Etiologi	9
a. Faktor predisposisi.....	9
1) Faktor genetik	9
2) Faktor struktur dan fungsi otak (neuroanatomi).....	9
b. Faktor presipitasi.....	10
1) Sikap dan perilaku.....	10
c. Tanda dan Gejala Skizofrenia	11
a. Gejala positif.....	11
b. Gejala negatif.....	12
d. Tipe-Tipe Skizofrenia.....	12
2. Konsep Isolasi Sosial.....	13
a. Isolasi Sosial	14
1) Definisi.....	14
2) Etiologi.....	15
3) Pohon Masalah	16
4) Tanda dan Gejala Isolasi Sosial.....	16
5) Rentang Respon Isolasi Sosial.....	18
a. Respon Adaptif	18
b. Respon Maladaptif.....	19
6) Komplikasi	19
7) Mekanisme Koping	20
8) Penatalaksanaan.....	20
1. Terapi Farmakologi.....	20
1) Chlorpromazine (CPZ).....	20
2) Haloperidol (HLP).....	21
3) Trihexy Phenidyl (THP).....	21
2. Terapi Psikososial.....	21
3. Terapi Individu.....	22

4. Terapi Aktivitas Kelompok	22
5. Terapi Okupasi	23
6. Rehabilitasi.....	23
7. Program Intervensi Keluarga	24
b. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.....	24
1) Definisi	24
2) Etiologi	25
1. Faktor predisposisi.....	25
2. Faktor presipitasi	26
3. Perilaku	26
3) Tanda dan Gejala	27
4) Klasifikasi Harga Diri Rendah.....	27
5) Rentang Respon.....	28
c. Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi.....	29
1) Definisi	29
2) Etiologi	30
3) Tanda dan Gejala	31
4) Jenis Halusinasi	32
5) Rentang Respon.....	34
B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan	
Isolasi Sosial : Menarik Diri.....	34
1. Pengkajian.....	34
2. Analisa Data	35
3. Diagnosa Keperawatan.....	36
4. Intervensi Keperawatan.....	38
5. Implementasi Keperawatan	40
6. Evaluasi Keperawatan	40
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	42
A. Tinjauan Kasus.....	42
1. Pengkajian	42
a. Pengumpulan Data	43
b. Alasan Masuk	43
c. Faktor Predisposisi.....	43
d. Pemeriksaan Fisik.....	44
e. Status Mental	45
f. Mekanisme koping.....	48
g. Masalah psikososial dan lingkungan.....	50
h. Kurang pengetahuan tentang.....	51
i. Aspek Medis	51
j. Daftar Masalah Keperawatan	51
2. Analisa Data	53
3. Diagnosa Keperawatan.....	53
4. Proses Keperawatan.....	54
5. Implementasi dan Evaluasi.....	58
6. Catatan Perkembangan.....	61

B. Pembahasan	63
1. Pengkajian.....	63
2. Diagnosa Keperawatan.....	63
3. Perencanaan	64
4. Implementasi.....	65
5. Evaluasi	65
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	67
A. Kesimpulan.....	67
B. Rekomendasi.....	68
DAFTAR PUSTAKA.....	70
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan dengan Isolasi Sosial	37
Tabel 3.1 Analisa Data	53
Tabel 3.2 Proses Keperawatan	54
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi	58
Tabel 3.4 Catatan Perkembangan	61

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pohon masalah Isolasi Sosial.....	16
Gambar 2.2 Rentang Respon Sosial	18
Gambar 2.3 Rentang Respon Harga Diri Rendah (Muhith, 2015)	28
Gambar 2.4 Rentang Respon Halusinasi	34
Gambar 2.5 Pohon Masalah (Yosep & Sutini, 2014)	36
Gambar 3.1 Pohon Masalah	52

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sehat adalah suatu keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. World Health Organization (WHO, 2015). Menurut Undang-Undang No.18 tahun 2014 pengertian kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

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 dikarakteristikan 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).

Salah satu gangguan jiwa yang paling berat dan bersifat kronis adalah skizofrenia. Skizofrenia berasal dari kata 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, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku (Depkes RI, 2015).

Isolasi sosial merupakan suatu keadaan seseorang mengalami penurunan untuk melakukan interaksi dengan orang lain, karena pasien merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, serta tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain atau orang disekitarnya (Kemenkes, 2019).

Data dari hasil RisKesDas 2018 menunjukkan terjadi peningkatan prevalensi gangguan jiwa yaitu dari 1,7 % pada tahun 2013 naik menjadi 7 % tahun 2018. Dan untuk prevelensi gangguan mental dan emosional pada penduduk indonesia yang berumur lebih dari 15 tahun juga terjadi peningkatan dari 6.0 % di tahun 2013 meningkat menjadi 9.8 % di tahun 2018. Dan data dari hasil RisKesDas 2018 skizofrenia atau Psikosis menurut Kabupaten atau kota di Provinsi Jawa Barat yaitu 4,97 % .

Penyakit ini dapat timbul dengan beberapa faktor pencetus yang salah satunya yaitu stress. Terkait dengan banyaknya penduduk di indonesia khususnya Jawa Barat yang mengalami penyakit diatas, maka 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. Dan berdasarkan data yang didapat dari Rekam medik Puskesmas Selaawi, jumlah pasien gangguan jiwa khususnya yang sudah terdiagnosa dari bulan januari 2020

sampai bulan april 2021 yaitu dengan kode diagnosa F.20 atau Schizofrenia Paranoid dengan jumlah 61 orang.

Berdasarkan data diatas, diagnosa penyakit jiwa di Puskesmas Selaawi dari bulan Januari 2020 sampai bulan April 2021 ternyata yang mengalami gangguan jiwa paling banyak yaitu Schizofrenia Paranoid sebanyak 61 orang. Hal ini terjadi karena kurangnya dukungan serta perhatian dari keluarga dan masyarakat penderita yang diperlukan demi tercapainya upaya peningkatan kesehatan jiwa, yang apabila tidak segera diatasi akan menimbulkan gejala atau permasalahan baru. Maka perlu ada usaha untuk membantu permasalahan yang dihadapi penderita, dalam memenuhi kebutuhan dasarnya melalui asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

Pasien dengan Schizofrenia Paranoid cenderung menarik diri secara sosial sehingga klien mengalami Isolasi Sosial. Dengan demikian, maka dari itu penulis tertarik untuk mengambil studi kasus yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.S Dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri Akibat Skizofrenia Paranoid Di Wilayah Kerja Puskesmas Selaawi Kabupaten 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 Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada pasien Ny.S dengan perawatan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.
- b. Dapat merumuskan diagnosa yang timbul pada pasien Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.
- c. Dapat menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada pasien Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.
- d. Dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang ditetapkan pada pasien Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.
- e. Dapat melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.
- f. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri.

C. Metode

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis menggunakan metode deskriptif 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 ikut 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 dibandingkan dengan hasil observasi dan pengkajian.

6. Partisipasi Aktif

Penulis langsung melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Isolasi Sosial dengan melakukan praktek keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan dan memberi gambaran yang jelas dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahaan, dan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

Bab ini membahas tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul diatas yang dapat dijadikan acuan pada waktu 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 (*schizophrenia*; dibaca ‘‘skit-se-fri-nia’’) adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikosis 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, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku (Depkes RI, 2015).

b. Etiologi

1. Faktor predisposisi

a) Faktor genetik

Sebagai besar penelitian mengindikasikan hubungan genetik 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 menunjukkan 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 menunjukkan 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, 2011).

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 menetapkan makna afek terhadap pengalaman dapat mengganggu kognisi dan menghambat kemampuan berinteraksi secara afektif dengan lingkungan. Faktor hambatan dalam memproses informasi terus terjadi karena ketidakmampuan memodulasi stresor biologis (O'Brien, 2013).

c. Faktor presipitasi

1) Sikap dan perilaku

Sikap dan perilaku menjadi pencetus skizofrenia karena sikap dan perilaku timbul terdapat 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 stresor (tekanan) yang timbul. Namun, tidak semua orang mampu mengadakan adaptasi dan mampu menanggulangnya, sehingga dampak dari stresor yang ada berdampaklah seseorang terkena skizofrenia (Hawari, 2012).

c. Tanda dan Gejala Skizofrenia

1. Gejala positif

- 1) Waham : Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
- 2) Halusinasi : gangguan penerimaan pancaindra tanpa stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan).
- 3) Perubahan arus pikir:
 - a) Arus pikir terputus: dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) Inkoheren: berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
 - c) Neologisme: menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
- 4) Perubahan perilaku
 - a) Hiperaktif: perilaku motorik yang berlebihan
 - b) Agitasi: perilaku yang menunjukkan kegelisahan
 - c) Iritabilitas: mudah tersinggung (Keliat, 2011)

2. Gejala negatif

- a. Pendataran afektif (ekspresi afektif atau hidup emosi) merupakan ekspresi perasaan yang tampil sesaat dari perasaan seseorang pada waktu pemeriksaan dan merupakan penyelarasan yang langsung daripada hidup mental dan instingual, penderita skizofrenia respon emosional yang tidak sesuai, alam perasaan yang datar tanpa ekspresi serta tidak serasi, maupun afek klien dangkal (Ibrahim, 2011).
- b. Sikap masa bodoh
- c. Pembicaraan berhenti tiba-tiba
- d. Menarik diri dari pergaulan sosial
- e. Menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari (Keliat, 2011).

d. Tipe-Tipe Skizofrenia

Tipe skizofrenia diklasifikasikan menurut kriteria diagnosis yang diikuti sesuai wilayah dan kesepakatan yang disetujui. Pembagian klasifikasi dapat mengikuti PPDGJ, ICD atau DSM, meskipun diantara ketiganya saling merujuk untuk membuat klasifikasi. Beberapa klasifikasi skizofrenia antara lain paranoid, hebefrenik, katatonik, skizofrenia tak terinci, depresi pasca skizofrenia, skizofrenia residual, simplek, skizofrenia lainnya dan skizofrenia

yang tak tergolongkan. Adapun tipe skizofrenia menurut DSM V (2013) antara lain :

1. Paranoid

Merupakan sub tipe yang paling umum dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu merasa dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.

2. Hebefrenik

Orang dengan tipe ini mungkin berbicara dalam cenderung tampil ganjil, perilaku yang stereotipe. Mereka susah mandi dan tidak mampu berpakaian atau mandi sendiri. Pengalaman dan pengekspresian emosinya kacau atau tidak bereaksi secara emosional sama sekali.

3. Katatonik

Tipe ini ditandai oleh adanya penarikan diri dari lingkungan yang bersifat ekstrim, sehingga dia tidak kenal lagi lingkungan dunianya.

4. Residual

Tipe ini merupakan kategori yang digunakan bagi mereka yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan beberapa tanda gangguannya itu.

2. Konsep Isolasi Sosial

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri menurut Sutejo (2017) adalah sebagai berikut :

1. Isolasi Sosial
2. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah
3. Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

a. Isolasi Sosial

a) Definisi

Isolasi sosial merupakan gejala negatif pada skizofrenia dimanfaatkan oleh pasien untuk menghindari orang lain agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang kembali. (Pardede, 2021).

Isolasi sosial merupakan kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan dipersepsikan disebabkan orang lain dan saebagai kondisi yang negatif dan mengancam. Kondisi isolasi sosial seseorang merupakan ketidakmampuan klien dalam mengungkapkan perasaan klien yang dapat menimbulkan klien mengungkapkan perasaan klien dengan kekerasan (Sukaesti, 2018).

Isolasi sosial adalah rasa kesepian yang dialami oleh individu didalam lingkungan sosial dan sebagai kondisi yang negatif atau mengancam. Pada pasien isolasi sosial akan

ditemukan data objektif meliputi perilaku yang tidak sesuai dengan tahap perkembangan, afek tumpul, mengalami kecacatan (misal fisik dan mental), sakit, tidak ada kontak mata, dipenuhi dengan pikiran sendiri, menunjukkan permusuhan, tindakan yang dilakukan terjadi secara berulang, selalu ingin sendiri, menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima oleh kelompok kultural yang dominan, tidak komunikatif, dan adanya perilaku menarik diri. (NANDA, 2012).

b) Etiologi

1) Predisposisi

Predisposisi adalah ada juga faktor presipitasi yang menjadi penyebab antara lain adanya stressor sosial budaya serta stressor psikologis yang dapat menyebabkan klien mengalami kecemasan (Arisandy, 2017).

a. Aspek Biologis

Sebagian besar faktor predisposisi pada klien yang diberikan terapi latihan keterampilan sosial adalah adanya riwayat genetik yaitu sebanyak 66,7%. Faktor genetik memiliki peran terjadinya gangguan jiwa pada klien yang menderita skizofrenia.

b. Aspek Psikologis

Faktor predisposisi pada aspek psikologis sebagian besar akibat adanya riwayat kegagalan/kehilangan (77,8%). Pengalaman kehilangan dan kegagalan akan mempengaruhi respon individu dalam mengatasi stresornya.

c. Aspek Sosial Budaya

Dimana pada klien kelolaan didapatkan aspek sosial budaya sebagian besar adalah pendidikan menengah dan sosial ekonomi rendah masing-masing.

2) Presipitasi

Merupakan faktor yang dapat menyebabkan seseorang mengalami isolasi sosial: menarik diri 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 klien menderita gangguan jiwa (Arisansy, 2017).

C. 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 : Halusinasi
2. Isolasi Sosial
3. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

D. Tanda dan Gejala Isolasi Sosial

Tanda dan gejala isolasi sosial meliputi: Kurang spontan, 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).

Subjektif :

- a. Perasaan sepi
- b. Perasaan tidak aman
- c. Perasaan bosan dan waktu terasa lambat
- d. Ketidakmampuan berkonsentrasi
- e. Perasaan ditolak

Objektif :

- a. Banyak diam
- b. Tidak mau bicara
- c. Menyendiri
- d. Tidak mau berinteraksi
- e. Tampak sedih
- f. Ekspresi datar dan dangkal
- g. Kontak mata kurang

(Suciati,2019)

E. Rentang Respon Isolasi Sosial

Gambar 2.2

Rentang Respon Sosial



- | | | |
|--|------------------------------------|---------------|
| • Menyendiri
Solitude | / • Merasa sendiri
(loneliness) | • Manipulatif |
| • Otonomi | • Menarik diri | • Impulsif |
| • Bekerjasama
(Mutualisme) | • Tergantung | • Narcissism |
| • Saling tergantung
(Interdependen) | | |

Sumber (Stuart Sundeen, 2015)

e. Respon Adatif

Menurut Sutejo (2017) respon adaptif adalah respon yang masih dapat 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:

1. Menyendiri, respon yang dibutuhkan seseorang untuk merenungkan apa yang telah terjadi di lingkungan sosialnya.
2. Otonomi, kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, dan perasaan dalam hubungan sosial.

3. Bekerjasama/kebersamaan, kemampuan individu dalam hubungan interpersonal yang saling membutuhkan satu sama lain.
4. Saling tergantung (interdependen), suatu hubungan saling ketergantungan antara individu dengan orang lain.

f. Respon Maladaptif

Menurut Sutejo (2017) respon maladaptif adalah respon yang menyimpang dari norma sosial dan kehidupan di suatu tempat.

Berikut ini adalah perilaku yang termasuk respon maladaptif:

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

F. Komplikasi

Klien dengan isolasi sosial semakin tenggelam dalam perjalanan dan tingkah laku masa lalu primitif antara lain pembicaraan yang austistik dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut menjadi resiko gangguan sensori persepsi: halusinasi, mencederai diri sendiri, orang lain serta lingkungan dan penurunan

aktivitas sehingga dapat menyebabkan defisit perawatan diri (Damaiyanti, 2012).

G. Mekanisme Koping

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 menginterpretasikan dirinya dalam menilai baik buruk. Sementara itu, isolasi merupakan perilaku mengasingkan diri dari orang lain maupun lingkungan. (Sutejo, 2013).

H. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat diberikan kepada klien dengan isolasi sosial antara lain pendekatan farmakologi, psikososial, terapi aktivitas, terapi okupasi, rehabilitasi, dan program intervensi keluarga (Yusuf, 2019).

1. Terapi Farmakologi

a) Chlorpromazine (CPZ)

Indikasi: Untuk Syndrome Psikosis yaitu berdaya berat dalam kemampuan menilai realitas, kesadaran diri terganggu, daya nilai norma sosial dan titik diri terganggu. Berdaya berat dalam fungsi-fungsi mental: waham, halusinasi, gangguan

perasaan dan perilaku yang aneh atau tidak terkendali, berdaya berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari, tidak mampu bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin.

Efek samping: Sedasi, gangguan otonomik (hipotensi, antikolinergik/parasimpatik, mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defikasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meningkat, gangguan irama jantung), gangguan endokrin, metabolik, biasanya untuk pemakaian jangka panjang.

b) Haloperidol (HLP)

Indikasi: Berdaya berat dalam kemampuan menilai realita dalam fungsi netral serta dalam kehidupan sehari-hari. Efek samping: Sedasi dan inhibisi priomotor, gangguan otonomik.

c) Trihexy Phenidyl (THP)

Indikasi: Segala jenis penyakit Parkinson, termasuk paksa ersepalitis dan idiopatik, sindrom parkinson, akibat obat misalnya respine dan fenotiazine. Efek samping: Sedasi dan inhibisi psikomotor gangguan otonomik.

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, 2012).

3. Terapi Individu

Terapi individual adalah metode yang menimbulkan perubahan pada individu dengan cara menguji perasaan, sikap, cara pikir, dan perilaku-perilakunya. Terapi ini meliputi hubungan satu-satu antara ahli terapi dan klien (Videbeck, 2012). Terapi individu juga merupakan salah satu bentuk terapi yang dilakukan secara individu oleh perawat kepada klien secara tatap muka perawat-klien dengan cara yang terstruktur dan durasi waktu tertentu sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai (Zakiyah, 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 oranglain

Sesi 6 : klien mampu bekerja sama dalam permainan sosialisasi kelompok

Sesi 7 : klien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS 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 (Elisia, 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, 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 difokuskan pada aspek praktis dari kehidupan sehari-hari, memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang isolasi sosial, mengajarkan bagaimana cara berhubungan yang baik kepada anggota keluarga yang memiliki masalah kejiwaan (Yusuf, 2019).

B. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

a. Definisi

Harga diri rendah adalah disfungsi psikologis yang meluas terlepas dari spesifiknya. Masalahnya, hampir semua pasien menyatakan bahwa mereka ingin memiliki harga diri yang lebih baik. Jika kita hanya 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 dan diri mereka sendiri 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 yang menyebabkan harga diri rendah yaitu:

a. Perkembangan individu yang meliputi :

- 1) Adanya penolakan dari orang tua, sehingga anak merasa tidak dicintai kemudian dampaknya anak gagal mencintai 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 frustrasi, 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

Faktor presipitasi atau stressor 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 menyaksikan kejadian yang mengancam 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 tingkat kecemasan yang sedang sampai berat. Umumnya 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

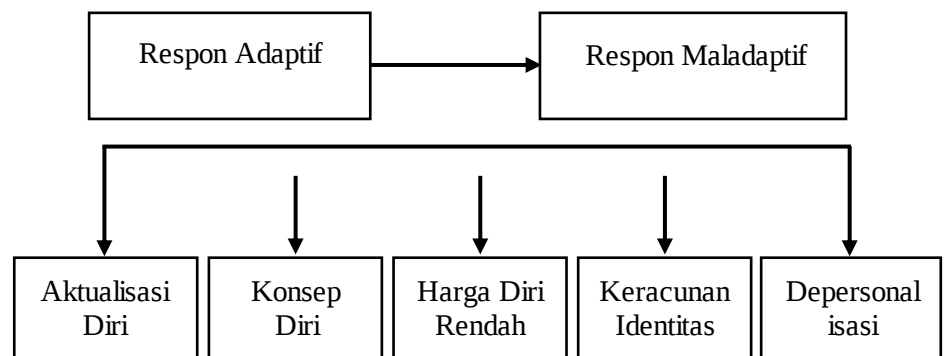
Menurut (Pardede, Keliat, & Yulia, 2020), klasifikasi harga diri rendah dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

1. Harga Diri Rendah Situasional adalah dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengalami perasaan negatif mengenai diri dalam berespon, terhadap suatu kejadian (kehilangan, perubahan).
2. Harga Diri Rendah Kronik adalah keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif 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 (destruktif) dalam usaha mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.

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 mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak kedalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.

f. Depersonalisasi:

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.

g. Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

a. Definisi

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan atau perabaan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (MuhithA, 2015). Halusinasi pendengaran paling sering terjadi ketika mendengar suara-suara, suara tersebut mengancam dan menghina, sering kali suara tersebut memerintah klien untuk melakukan tindakan yang akan melukai klien atau orang lain (Nyumirah, 2015).

b. Etiologi

Faktor predisposisi klien halusinasi menurut (Oktiviani, 2020):

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.

b. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

c. Biologis

Faktor biologis mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasi neurotransmitter otak.

d. Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

e. Sosial budaya

Meliputi klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

c. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien menurut (Oktiviani, 2020):

1. Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai
2. Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
3. Gerakan mata cepat
4. Menutup telinga
5. Respon verbal lambat atau diam
6. Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikan
7. Terlihat bicara sendiri
8. Menggerakkan bola mata dengan cepat
9. Bergerak seperti membuang atau mengambil sesuatu
10. Duduk terpaku, memandang sesuatu, tiba-tiba berlari ke ruangan lain
11. Disorientasi (waktu, tempat, orang)
12. Perubahan kemampuan dan memecahkan masalah
13. Perubahan perilaku dan pola komunikasi
14. Gelisah, ketakutan, ansietas
15. Peka rangsang
16. Melaporkan adanya halusinasi.

d. Jenis Halusinasi

Menurut Stuart (2013) dalam Yusalia (2015), jenis halusinasi antara lain:

1. Halusinasi pendengaran (auditorik) 70 %

Karakteristik ditandai dengan mendengar suara, terutama suara-suara orang, biasanya klien mendengar suara orang yang sedang berbicara apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

2. Halusinasi penglihatan (visual) 20 %

Karakteristik dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

3. Halusinasi penghidu (olfactory)

Karakteristik ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikan seperti: darah, urine atau fese. Kadang-kadang terhidu bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan dementia.

4. Halusinasi peraba (tactile)

Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contohnya merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

5. Halusinasi pengecap (gustatory)

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan, merasa mengecap rasa seperti darah, urin, atau fese.

6. Halusinasi cenesthetic

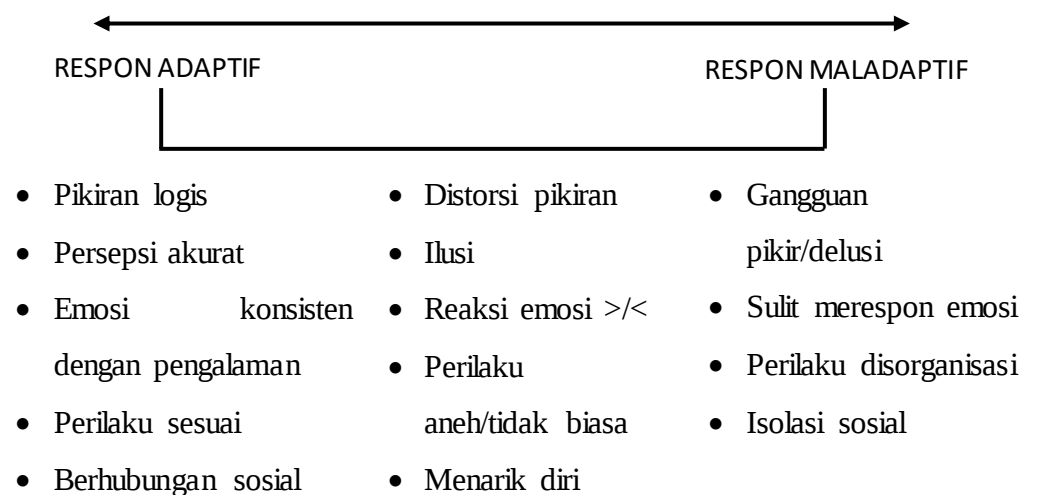
Karakteristik ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

7. Halusinasi kinesthetic

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

e. Rentang Respon

Gambar 2.4
Rentang Respon Halusinasi



B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial :

Menarik Diri

a. Pengkajian

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

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 subyektif dan objektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi pasien. Dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab, affect dari masalah tersebut. Dari 12 hasil analisa data inilah dapat ditentukan diagnosa keperawatan (Hasannah, 2019).

Gambar 2.5

Pohon Masalah (Yosep & Sutini, 2014)

Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (Effect)



Isolasi Sosial (Core problem)



Gangguan konsep diri : Harga diri rendah (Causa)

c. Diagnosa Keperawatan

Menurut Sutejo (2017), diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala sosial yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala isolasi sosial, 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 bisa dilakukan (Trimelia, 2011).

Tabel 2.1

Rencana Keperawatan dengan Isolasi Sosial

NO	Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Isolasi Sosial	TUM: Pasien mampu berinteraksi dengan oranglain. TUK: 1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Pasien mampu menyebutkan	Setelah 1x interaksi, klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat: a. Ekspresi wajah cerah dan senyum b. Mau berkenalan c. Ada kontak mata d. Bersedia menceritakan perasaan e. Bersedia	SP I 1. Bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik: a. Mengucapkan salam b. Berjabat tangan c. Perkenalkan diri d. Menanyakan nama lengkap dan nama

		penyebab isolasi sosial. 3. Pasien dapat menyebutkan keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain.	mengungkapkan masalah f. Klien dapat menyebutkan minimal 1 penyebab isolasi sosial	panggilan e. Menjelaskan tujuan pertemuan f. Membuat kontrak waktu 2. Tanyakan pada klien tentang: a. Orang yang tinggal serumah b. Orang yang paling dekat dengan pasien c. Orang yang tidak dekat dengan pasien. d. Tanyakan keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan oranglain.
			Setelah 1x interaksi, pasien mampu: a. Mengevaluasi 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 kedalam ke jadwal harian.
			Setelah 1x interaksi pasien mampu: 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 2) 2. Berkenalan dengan 2 orang atau lebih.	SP III a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP II) b. Latih cara berkenalan 2 orang atau lebih c. Masukkan ke dalam jadwal harian.
2	Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah	Pasien mampu: a. Membina hubungan saling percaya b. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki c. Melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan	Setelah 1x interaksi, pasien mampu: a. Membina hubungan saling percaya b. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki c. Melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan	SP 1 a. Bina hubungan saling percaya (Ucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan perasaan dan keluhan saat ini, kontrak waktu) e. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

			Setelah 1x interaksi, pasien mampu: a. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) b. Melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan	SP 2 a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) b. Lakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan
3	Gangguan perubahan persepsi sensori : Halusinasi	Pasien mampu : a. Mengenali halusinasi yang dialami. b. Mengontrol halusinasinya c. Mengikuti program pengobatan secara optimal.	Setelah 1x interaksi, pasien dapat menyebutkan : a. Isi, waktu, frekuensi, situasi, pencetus, dan perasaan. b. Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi.	SP I a. Bantu pasien mengenali halusinasi b. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dengan cara jelaskan cara menghardik, peragakan cara menghardik, masukkan kedalam jadwal harian.
			Setelah 1x interaksi pasien mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan b. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan oranglain.	SP II a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I) b. Latih berbicara dengan oranglain saat halusinasi muncul. c. Masukkan kedalam jadwal harian.
			Setelah 1x interaksi klien mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan 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 pasien mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan b. Menyebutkan	SP IV a. Evaluasi kegiatan lalu (SP 1,2,&3) b. Tanyakan program pengobatan c. Jelaskan pentingnya

			manfaat dari program pengobatan.	penggunaan obat pada gangguan jiwa d. Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program e. Jelaskan akibat bila putus obat f. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat g. Jelaskan pengobatan 5B h. Latih klien minum obat i. Masukkan kedalam jadwal harian.
--	--	--	----------------------------------	---

f. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Anggit, 2021).

g. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut:

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif pasien 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 pasien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) atau rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan terapi hasil belum memuaskan) (Anggit, 2021).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

a. Pengkajian

a) Pengumpulan Data

Identitas Klien

Nama : Ny.S
Umur : 36 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pendidikan : SMA
Suku bangsa : Sunda
Agama : Islam
Status : Janda
Pekerjaan : Tidak bekerja
Diagnosa medis : Isolasi sosial
Tanggal pengkajian : 22 April 2021
Alamat : Kp.Cikebo Rt/Rw 03/10 Kecamatan
Selaawi

Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny.E
Umur : 31 tahun

Agama : Islam

Pekerjaan : Mengurus rumah

Hubungan dengan pasien : Adik

Alamat : Kp.Cikebo Rt/Rw 03/10 Kecamatan
Selaawi

b) Alasan Masuk

Pada saat pengkajian tanggal 22 April 2021, adik pasien mengatakan pasien sering melamun, tidak BAB selama 1 minggu, pusing karena kurang tidur, dan juga pasien banyak berdiam diri dikamar jarang berinteraksi dengan orang lain. Adik pasien juga mengatakan bahwa pasien pernah dibawa ke RS Jiwa pada bulan November 2018. Dan pada saat dikaji pun pasien hanya duduk melamun dan menjawab pertanyaan dengan menggelengkan atau menganggukkan kepalanya.

c) Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

Pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu dan pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa sebelumnya dengan masalah yang sama yaitu isolasi sosial pada tahun 2018.

2) Pengobatan sebelumnya?

Adik pasien mengatakan pengobatan sempat terhenti karena faktor biaya dan merasa pasien sudah membaik.

3) Aniaya fisik, seksual, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal

Adik pasien mengatakan pasien tidak pernah mendapatkan aniaya fisik, seksual, kekerasan dalam keluarga ataupun tindakan kriminal.

4) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Adik pasien mengatakan bahwa dia sendiri pernah mengalami gangguan jiwa namun sudah sembuh, dan ayahnya juga mengalami gangguan jiwa sampai saat ini.

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan?

Adik pasien mengatakan pasien mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu pada saat pasien bercerai atau pisah dengan suaminya dan berhenti mengajar di TK.

d) Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 90/70 mmHg

Respirasi : 20x/m

Suhu : 36,8 °C

Nadi : 78x/m

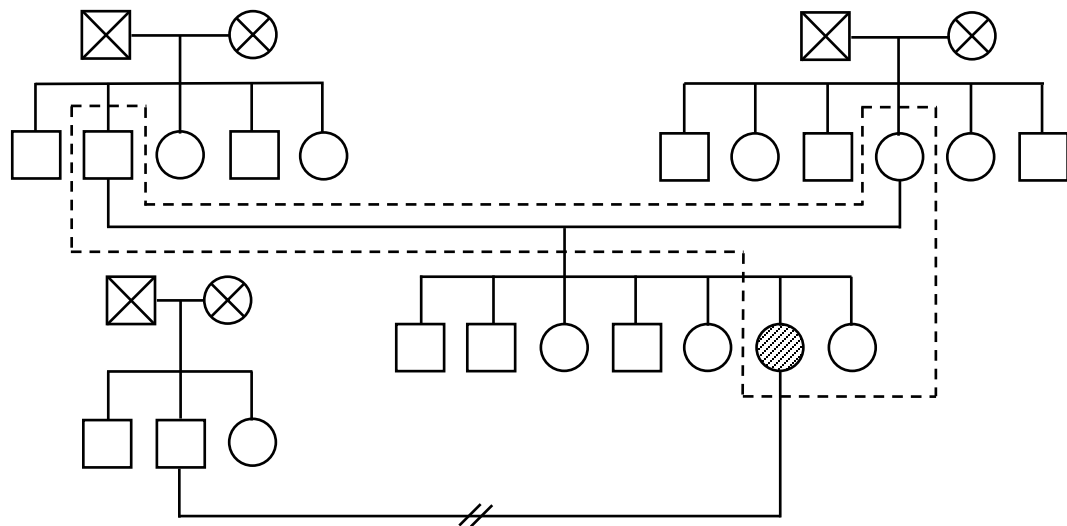
2) Tinggi Badan : 152 kcm

3) Berat Badan : 60 kg

4) Keluhan Fisik : Pada saat dikaji, adik pasien mengatakan baha pasien sudah 2 minggu tidak BAB.

e) Psikososial

1) Genogram



Keterangan :

Keterangan :

- ☒ : Laki-laki Meninggal
- ⊗ : Perempuan Meninggal
- ┐ : Garis Keturunan
- : Garis Perkawinan
- // : Cerai

- : Tinggal Serumah
- ◐ : Pasien
- : Laki-laki
- : Perempuan

2) Gangguan Persepsi Sensori

a) Citra Tubuh

Adik pasien mengatakan tidak ada anggota tubuh yang disukai ataupun yang tidak disukai karena menurut pasien sama saja.

b) Identitas Diri

Adik pasien mengatakan pasien puas sebagai seorang perempuan, berperilaku dan berpenampilan sesuai dengan jenis kelaminnya.

c) Peran Diri

Adik pasien mengatakan dalam melakukan kegiatan di rumah seperti membereskan tempat tidur pasien dibantu.

d) Ideal Diri

Pasien terkadang menyadari sakitnya dan ingin cepat sembuh dan berkeinginan untuk mengajar lagi di TK.

e) Harga Diri

Pasien menggelengkan kepalanya ketika disuruh untuk berinteraksi dengan orang lain. Dan juga pasien merasa tidak berharga semenjak cerai dengan suaminya jadi merasa malu untuk keluar rumah.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial dan Harga Diri Rendah

3) Hubungan Sosial

a) Orang Terdekat

Pada saat pengkajian, pasien mengatakan bahwa orang terdekat dan yang paling berarti dalam hidupnya adalah kedua orangtuanya, adik dan kakaknya.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan jarang keluar dan jarang bergaul dengan masyarakat, dan jarang mengikuti atau ikut serta dalam kegiatan masyarakat seperti gotong royong.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Adik klien mengatakan sedikit terhambat dalam berhubungan dengan orang lain karena memang dikeluarganya jarang bersosialisasi atau keluar rumah.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

4) Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan

Pasien mengatakan bahwa pasien beragama islam, dan meyakini adanya Allah SWT. Pasien menganggap bahwa ini adalah cobaan dari Allah SWT.

b) Kegiatan Ibadah

Adik pasien mengatakan dirumah pasien masih suka melaksanakan shalat tetapi jarang.

f) Status Mental

1) Penampilan

Pasien menggunakan pakaian, pasien tampak rapih dalam berpakaian rambut pasien bersih penyebarannya merata tampak beruban, kuku tampak pendek dan bersih, konjungtiva mata merah muda.

2) Pembicaraan

Pasien sulit berbicara ketika berinteraksi dan ketika diberikan pertanyaan pasien hanya mengganggukan atau menggelengkan kepalanya. Dan ketika diajak bicara pun pasien hanya duduk dan melamun.

3) Aktivitas Motorik

Pasien sering berdiam diri dikamar dan juga pasien tampak sering melamun. Pasien tidak terlihat tegang atau gelisah pada saat sedang berinteraksi. Dalam melakukan aktivitasnya seperti mandi, makan, memakai baju, dan menggosok gigi pasien melakukannya sendiri.

4) Alam Perasaan

Adik pasien mengatakan pasien terkadang tiba-tiba menangis atau tiba-tiba tersenyum terkadang juga bernyanyi seperti ketika mengajar di TK.

5) Afek

Pada saat dilakukan pengkajian pasien ekspresi pasien atau afek pasien datar, tampak acuh tak acuh terhadap lingkungan dan orang sekitarnya, dan pandangan mata kosong.

6) Interaksi Selama Wawancara

Pasien mau mendengarkan tetapi tidak menjawab pertanyaan hanya dengan tersenyum, angguk, dan gelengkan kepala dalam menjawab pertanyaan, kontak mata ketika berinteraksi kurang pasien cenderung melamun.

7) Persepsi

Pada saat diajak bicara atau berinteraksi kontak mata pasien kurang, pasien cenderung melamun dan membisu. Pada saat dikaji juga pasien tidak menunjukkan adanya ciri halusinasi.

8) Proses Pikir

Pasien tidak bisa mengungkapkan perasaannya karena pasien hanya duduk dan melamun. Pasien juga tidak dapat menjawab pertanyaan dan ketika ditanya pasien hanya senyum, menganggukan kepala dan menggelengkan kepalanya.

9) Isi Pikir

Pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak menunjukan adanya waham atau halusinasi.

10) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran pasien baik, dapat berorientasi terhadap tempat seperti tempat tinggalnya, berorientasi waktu, dan berorientasi orang.

11) Memori

a) Jangka Panjang

Adik pasien mengatakan terkadang pasien masih ingat ketika masih mengajar di TK beberapa tahun lalu.

b) Jangka Pendek

Pada saat dikaji pasien mampu mengingat nama perawat, dan jadwal minum obat pada saat dikaji.

12) Tingkat Konsentrasi Berhitung

Pasien mampu berkonsentrasi dan mau berhitung.

13) Kemampuan Penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan yang sederhana misalnya seperti sebelum minum obat pasien makan nasi terlebih dahulu dan setelah itu pasien mandi tanpa harus diperintah.

14) Daya Tarik Diri

Pasien menyadari bahwa saat ini sedang dalam keadaan sakit dan harus menjalani pengobatan atau rawat jalan di Puskesmas.

g) Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan/Minum

Tidak dikaji

2) Bab/bak

Tidak dikaji

3) Berpakaian/berhias

Tidak dikaji

4) Istirahat dan tidur

Tidak dikaji

5) Penggunaan obat

Tidak dikaji

6) Pemeliharaan kesehatan

Tidak dikaji

7) Aktivitas di rumah

Tidak dikaji

8) Aktivitas diluar rumah

Tidak dikaji

h) Mekanisme koping

Pasien tidak mampu berbicara secara kooperatif dengan orang lain dan ketika dikasih pertanyaan pasien hanya menjawab dengan menggelengkan dan menggangukan kepalanya atau dengan sedikit tersenyum.

i) Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien belum pernah ada masalah dengan keluarga atau tetangganya karena pasien hanya berdiam diri dikamar jarang keluar rumah. Untuk dukungan psikososial dan lingkungan dikeluarga sangat baik karena keluarga memotivasi pasien agar cepat sembuh.

j) Kurang pengetahuan tentang

Adik pasien mengatakan pasien dan keluarga kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa dan cara mengatasi penyakitnya yaitu isolasi sosial dan juga kurang tahu tentang obat-obatan yang dimakan oleh pasien.

k) Aspek Medis

- 1) Diagnosa Medis : Skizofrenia Paranoid
- 2) Therapy :
 - a) Risperidone 2 mg : 3x/hari oral
 - b) Trihexyphenidyl HCL 2 mg : 3x/hari oral
 - c) Amitriptyline HCL 25 mg : 3x/hari oral

l) Daftar Masalah Keperawatan

- 1) Isolasi Sosial
- 2) Harga Diri Rendah

Gambar 3.1

Pohon Masalah

Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (Effect)



Isolasi Sosial (Core problem)



Gangguan konsep diri : Harga diri rendah (Causa)

(Sumber: Sutejo, 2017)

m)Analisa Data

Tabel 3.1
Analisa Data

NO	Data Penunjang	Masalah Keperawatan
1.	DS: - Adik pasien mengatakan pasien tidak mau keluar rumah. - Adik pasien mengatakan pasien jarang mengobrol dengan keluarga. DO: - Pasien hanya duduk dan melamun - Pasien sering berdiam diri dikamarnya - Pasien menjawab pertanyaan hanya dengan senyum, mengganggu dan menggelengkan kepala.	Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri
2.	DS: - Adik pasien mengatakan pasien mau menjadi guru TK lagi tetapi pasien malu dengan keadaannya yang sekarang. - Adik pasien mengatakan pasien tidak mau keluar rumah karena pasien malu. DO: - Kontak mata kurang - Pasien hanya melamun dan tidak mau berbicara. - Ketika diajak berinteraksi pasien kurang merespon dan hanya senyum.	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

3. Diagnosa Keperawatan

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

4. Proses Keperawatan

Nama : Ny. S

Umur : 36 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Diagnosa : Isolasi Sosial

Tabel 3.2

Proses Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri	Pasien mampu: 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial 3. Mampu menyebutkan keuntungan dan kerugian berhubungan dengan oranglain. 4. Mampu melaksanakan hubungan sosial secara	Setelah 6x pertemuan diharapkan pasien mampu: 1. Membina hubungan saling percaya seperti berkenalan, menjawab perasaan dan keluhannya saat ini. 2. Mampu mengenal penyebab isolasi sosial seperti berinteraksi dengan orang lain, mengenal keuntungan dan kerugian berhubungan	SP 1 1. Bina hubungan saling percaya: (Ucapkan salam, berkenalan, menanyakan perasaan dan keluhan saat ini, jelaskan tujuan pertemuan, kontrak waktu). 2. Bantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial:	1. Sikap perawat yang terbuka dapat mengurangi perasaan terancam dan membantu pasien menerima semua aspek dirinya. 2. Diketuinya penyebab untuk dihubungkan dengan faktor resipitasi yang

		bertahap	dengan orang lain.	(Tanyakan tentang kebiasaan berinteraksi dengan oranglain, apa yang menyebabkan tidak ingin berinteraksi dengan oranglain, bantu mengenal keuntungan dan kerugian berhubungan dengan oranglain).	dialami pasien.
			Setelah 6x pertemuan diharapkan pasien mampu: 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) seperti berkenalan, menjawab perasaan dan keluhannya saat ini. 2. Mampu berkenalan dengan orang terdekat.	SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Ajarkan atau latih berkenalan secara bertahap.	1. Untuk membantu melaksanakan kegiatan selanjutnya. 2. Agar terbiasa berinteraksi dengan orang lain.
			Setelah 6x pertemuan diharapkan pasien mampu:	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang	1. Untuk membantu melaksanakan

			1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2) seperti berkenalan, menjawab keluhannya saat ini, berkenalan dengan orang terdekat. 2. Mampu berkenalan dengan 2 orang atau lebih.	1. lalu (SP 1, SP 2) 2. Ajarkan atau latih berkenalan dengan 2 orang atau lebih.	1. kegiatan selanjutnya. 2. Agar terbiasa berinteraksi dengan orang lain.
2	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	Pasien mampu: 1. Mampu membina hubungan saling percaya. 2. Mampu mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. 3. Melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan.	Setelah dilakukan 6x pertemuan diharapkan pasien mampu: 1. Mampu membina hubungan saling percaya 2. Mampu mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.	SP 1 1. Bina hubungan saling percaya (Ucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan perasaan dan keluhan saat ini, kontrak waktu). 2. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki (kegiatan dirumah, beri pujian)	1. Sikap perawat yang terbuka dapat mengurangi perasaan terancam dan membantu pasien menerima semua aspek dirinya. 2. Untuk mengetahui tingkat kemampuan pasien seperti kontrol diri sebagai asuhan keperawatan.

				SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Latih melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan (kegiatan rumah seperti merapikan tempat tidur, membersihkan piring)	1. Untuk membantu melaksanakan kegiatan selanjutnya. 2. Untuk memberikan kesempatan pasien untuk tetap melakukan kegiatan yang biasa dilakukan di rumah.
--	--	--	--	--	---

5. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.3
Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (S.O.A.P)	TTD
Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri	Jumat, 23 April 2021 09.00 WIB	SP 1 1. Membina hubungan saling percaya: (Mengucapkan salam, berkenalan, menanyakan perasaan dan keluhan saat ini, menjelaskan tujuan pertemuan, kontrak waktu). 2. Membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial: (Menanyakan tentang kebiasaan berinteraksi dengan oranglain, apa yang menyebabkan tidak ingin berinteraksi dengan oranglain, bantu mengenal keuntungan dan kerugian berhubungan dengan oranglain).	S: Pasien lebih senang diam dikamar dan banyak menghabiskan waktu dikamar. O: • Saat diajak bicara pasien lebih banyak diam. • Pasien sering melamun. • Ketika dilasih pertanyaan pasien menjawab pertanyaan dengan tersenyum, menggelengkan dan menganggukkan kepalanya. A: SP 1 Tercapai • Pasien mampu membina hubungan saling percaya. • Pasien mampu menjawab apa penyebab isolasi sosial walaupun dengan isyarat. P: Lanjutkan SP 2 dengan mempraktikkan berkenalan dengan orang lain.	Risma
	Jum'at, 23 April 2021 10.30 WIB	SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Mengajarkan atau latih berkenalan secara bertahap.	S: ' Assalamualaikum, nama saya ibu S' O: • Pasien mempraktikkan cara berkenalan dengan teman saya walaupun hanya beberapa kalimat	Risma

			saja.. • Kontak mata kurang. • Pasien tampak tenang. A: SP 2 belum tercapai • Pasien dapat mengungkapkan perasaannya walaupun hanya beberapa kalimat saja. P: Lanjutkan SP 3 menganjurkan pasien untuk berkenalan dengan 2 orang atau lebih.	
	Sabtu, 24 April 2021 8.30 WIB	SP 3 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2) 2. Mengajarkan atau latih berkenalan dengan 2 orang atau lebih.	S: ' Assalamualaikum, nama saya ibu S' O: • Pasien mempraktikkan cara berkenalan dengan teman saya dan ibu kader walaupun hanya beberapa kalimat saja.. • Kontak mata kurang. • Pasien tampak tenang. A: SP 3 belum tercapai • Pasien dapat mengungkapkan perasaannya walaupun hanya beberapa kalimat saja. P: Lanjutkan SP memotivasi pasien untuk latihan berkenalan.	Risma
Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	Minggu, 25 April 2021 09.00 WIB	SP 1 1. Membina hubungan saling percaya (Mengucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan perasaan dan keluhan saat ini, kontrak waktu). 2. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki	S: Adik pasien mengatakan kegiatan di rumah pasien terkadang dibantu tetapi untuk aktivitas sehari-harinya seperti makan, mandi dilakukan secara mandiri. O: Pasien mampu melakukan aspek positif dari hal kecil misalnya	Risma

		(kegiatan dirumah, beri pujian)	makan, mandi. A: SP 1 tercapai Pasien mampu melakukan kegiatan sehari-harinya secara mandiri. P: Lanjutkan SP 2 Latih melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan pasien.	
	Minggu, 25 April 2021 11.00 WIB	SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Melatih melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan (kegiatan rumah seperti merapikan tempat tidur, membersihkan piring)	S: Adik pasien mengatakan pasien terkadang tidak mau melakukan aktivitas sama sekali dan hanya berdiam diri dikamar. O: • Pasien tampak tenang • Pasien tidak banyak berkomunikasi • Pasien banyak melamun A: SP 2 tercapai Pasien mampu melakukan kegiatannya walaupun dengan arahan. P: Lanjutkan SP Latih menetapkan atau memilih kegiatan sesuai dengan kemampuan pasien.	Risma

6. Catatan Perkembangan

Nama : Ny.S
 Umur : 36 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Diagnosa : Isolasi Sosial

Tabel 3.4

Catatan Perkembangan

NO	Hari/Tgl/Jam	Catatan Perkembangan	TTD
1	Senin, 26 April 2021 08.30 WIB	SP 1 S: Adik pasien mengatakan pasien tidak mau berinteraksi. O: • Pasien sering berdiam diri dikamar • Pasien mampu sedikit memperkenalkan dirinya • Kontak mata kurang • Pasien menjawab pertanyaan dengan tersenyum atau menggelengkan kepalanya dan juga menganggukan kepalanya. A: SP 1 belum teratasi • Pasien mampu sedikit berinteraksi dengan keluarganya • Pasien dapat melaksanakan hubungan sosial dengan keluarganya secara bertahap P: Evaluasi SP 1 - Lanjutkan ke SP 2 - Latihan berkenalan dengan 1 orang. SP 2 S: Pasien mengatakan mau berkenalan O: - Pasien mau sedikit berinteraksi - Pasien mau berkenalan walaupun sedikit A: SP 2 belum tercapai Pasien mampu melaksanakan interaksi sosial secara bertahap P: Evaluasi SP 1 dan SP 2 - Lanjut SP 3 - Memberikan kesempatan kepada pasien berkenalan 2 orang atau lebih SP 3 S: Pasien mengatakan berinteraksi O: - Pasien mau berkenalan dengan teman saya	Risma

		- Pasien mau sedikit berkomunikasi A: SP 3 belum tercapai - Pasien mampu berinteraksi secara bertahap P: Evaluasi SP 1, SP 2, SP 3 - Lanjut SP 3 - Berikan kesempatan kepada pasien untuk berinteraksi I: Memberikan kesempatan kepada pasien untuk berkenalan dengan 2 orang atau lebih. E: SP 3 belum tercapai R: Pertahankan semua SP	
2	Selasa, 27 April 2021 10.30 WIB	SP 1 S: Adik pasien mengatakan pasien mau melakukan aktivitas sehari-harinya secara mandiri. O: - Pasien kurang berinteraksi - Pasien mampu melakukan aktivitasnya walaupun dengan diarahkan A: SP 1 tercapai - Pasien mampu beraktivitas secara bertahap. P: Evaluasi SP 1 Latih melakukan kegiatan pasien sesuai dengan kemampuannya SP 2 S: Adik pasien mengatakan pasien sudah mau melakukan aktivitasnya meskipun dengan bantuan atau arahan. O: - Pasien tidak banyak berinteraksi - Pasien hanya melamun A: SP 2 belum tercapai Pasien mau melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuannya P: Evaluasi SP 1, SP 2 Bantu pasien untuk memilih kegiatan sesuai dengan kemampuannya. I: Memberikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuannya. E: SP 2 belum tercapai R: Pertahankan semua SP	Risma

C. Pembahasan

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

a. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis melakukan anamnesa baik kepada pasien sendiri maupun keluarganya mengenai identitas pasien, identitas penanggung jawab, alasan masuk, faktor predisposisi, dan genogram keluarga serta melakukan pemeriksaan fisik. Dan pada saat pengkajian penulis menemukan hambatan diantaranya mengalami sedikit kesulitan dalam berkomunikasi dengan pasien karena pasien susah untuk diajak komunikasi karena pasien terkadang menjawab hanya dengan tersenyum dan pasien 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.

b. Diagnosa Keperawatan

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

- a. Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri
- b. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

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

- a. Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri
- b. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
- c. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

Setelah penulis mengumpulkan data dari hasil pengkajian, penulis merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien saat ini dengan menggunakan teknik *here and now* dirumuskanlah diagnosa keperawatan yang ada pada Ny. S dengan gangguan isolasi sosial : menarik diri akibat skizofrenia paranoid adalah gangguan isolasi sosial dan gangguan konsep diri. Gangguan isolasi sosial : menarik diri pada Ny. S adalah dari faktor psikologis dimana pasien mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan dimana pasien pernah menikah tetapi kurang dari satu bulan pasien bercerai lagi dengan suaminya sehingga menyebabkan pasien menjadi malu untuk bersosialisasi. Sebelumnya pasien pernah menjalani pengobatan di RSJ Bandung namun pasien sempat putus obat karena itulah isolasi sosial pasien muncul kembali.

Perbedaan tersebut disebabkan oleh ditemukannya data-data yang mengarah kepada permasalahan yang pasien hadapi akibat dari

banyaknya faktor sebagai pencetus, sehingga dari data dan permasalahan yang dihadapi pasien tersebut penulis mengangkat satu diagnosa keperawatan yang lebih prioritas 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 pasien tidak menunjukkan adanya halusinasi tetapi keluarganya mengatakan bahwa pasien terkadang tiba-tiba tersenyum sendiri, menangis atau bernyanyi seperti saat sedang mengajar di TK.

c) Perencanaan

Suatu keberhasilan dalam asuhan keperawatan memerlukan perencanaan yang disusun untuk melakukan tindakan terhadap pasien, sehingga dapat disusun suatu rencana yang tepat antara tindakan yang dilakukan terhadap pasien dengan masalah yang dihadapi oleh pasien.

Keberhasilan dalam proses perencanaan dapat terlaksana dengan adanya faktor pendukung dalam melaksanakan proses tersebut yaitu :

- a. Adanya hubungan yang tercipta secara baik antara pasien dengan penyusun, sehingga perencanaan yang dilakukan disetujui oleh pasien.
- b. Tersedianya sumber daya yang menunjang dalam penyusunan studi kasus yang menyusun laksanakan sehingga dapat membantu penyusun dalam melakukan perencanaan.

- c. Adanya pihak yang dapat membantu dalam proses perencanaan, seperti pihak Puskesmas, dan perawat yang memberikan kesempatan bagi penyusun untuk melakukan studi kasus.

d) Implementasi

Pada tahap ini, penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan, disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien, penulis tidak mendapatkan hambatan dalam pelaksanaan ini karena ada kerjasama keluarga pasien yang berkaitan dengan sarana dan prasarana. Pada diagnosa isolasi 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, dan untuk strategi pertemuan ketiga yaitu melatih pasien becakap-cakap sambil melakukan kegiatan harian.

e) Evaluasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.S penyusun melaksanakan evaluasi hasil dari proses asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan bertujuan untuk membantu pasien untuk meningkatkan serangkaian keterampilan coping yang sehat dan meningkatkan cara yang efektif dalam berfungsi dimasyarakat yang memerlukan waktu yang tidak singkat. Untuk itu, penyusun dituntut untuk bekerja berdasarkan pengetahuan yang kuat untuk meningkatkan penggunaan diri secara therapeutik dalam lingkungan klnis.

Penulis menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang harus diberikan, namun tidak semua proses perencanaan dapat terlaksana dalam tahap implementasi untuk mengatasi masalah tersebut diperlukan asuhan keperawatan yang lebih optimal dengan didukung oleh informasi, sarana, lingkungan klinis dan kerjasama dari berbagai pihak yang memahami kondisi kejiwaan pasien secara tepat dan optimal.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri akibat Skizofrenia Paranoid di Puskesmas Selaawi Kabupaten Garut, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut :

1. Mampu melakukan pengkajian komprehensif : saat dikaji pasien susah untuk berkomunikasi dengan penulis, interaksi pasien dengan orang lain terbatas, respon pasien hanya dengan menggelengkan dan menganggukkan kepalanya, saat berkomunikasi pasien banyak melamun, ketika ditanya terkadang pasien hanya tersenyum, dan pasien banyak menghabiskan waktunya dengan berdiam diri dikamar.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan, dalam diagnosa keperawatan berdasarkan karakteristik diatas, maka penulis menyimpulkan beberapa diagnosa keperawatan pada Ny.S yaitu : Gangguan Isolasi Sosial, Gangguan Konsep Diri.
3. Mampu melakukan perencanaan terhadap Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri akibat Skizofrenia Paranoid, maka perlu dilakukan beberapa langkah perencanaan seperti melaksanakan pendekatan atau membina hubungan saling percaya, memberi perhatian, memberikan pendidikan kesehatan dan membantu pasien dalam mencari pemecahan masalah yang dihadapinya.

4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan terhadap Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri akibat Skizofrenia Paranoid dilaksanakan sesuai perencanaan yang telah ditetapkan melalui kerja sama baik dengan pasien, perawat ruangan dan keluarga pasien. Tapi terkadang mengalami hambatan atau bahkan kesulitan dalam berkomunikasi.
5. Mampu melaksanakan evaluasi didasarkan pada kriteria tujuan yang telah ditetapkan sehingga tercapai tujuan yang optimal dan semua tindakan keperawatan pada Ny.S dapat terlaksana dengan baik. Namun ada tindakan keperawatan yang teratasi sebagian pada tindakan
6. Mampu mendokumentasikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri akibat Skizofrenia Paranoid, penulis membutuhkan waktu selama 6 hari 22 – 27 April 2021.

D. Rekomendasi

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan dan mengevaluasi perkembangan pada pasien Ny.S dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri akibat Skizofrenia Paranoid di Puskesmas Selaawi Kabupaten Garut, maka penulis memberikan rekomendasi sebagai berikut :

1. Untuk Puskesmas

Sebagai bahan masukan, acuan dan pertimbangan bagi profesi keperawatan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dan memberikan informasi bagi instansi puskesmas untuk menambah pengetahuan tenaga kesehatan dalam penatalaksanaan kepada pasien dengan Isolasi Sosial, sehingga dapat diberikan tindak lanjut dan peningkatan mutu perawatan pada pasien dengan

Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri, memperbanyak kegiatan atau aktivitas untuk seluruh pasien agar mampu berinteraksi dengan baik.

2. Untuk Institusi STIKes Karsa Husada Garut

Sebagai bahan 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 pasien dengan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri sebagai pertimbangan dan data referensi bagi peneliti sebelumnya.

3. Untuk pasien dan keluarga

Hendaknya keluarga pasien selalu memberikan dukungan dan dorongan pada pasien dengan mengajak pasien berinteraksi secara rutin, sehingga hubungan pasien dan keluarga tetap terjaga dan pasien merasa mendapatkan perhatian, yang pada akhirnya dapat membantu dalam proses penyembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggit, M. A. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan*. Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Arisandy, W. (2017). Pengaruh Penerapan Terapi Musikal Pada Pasien Isolasi Sosial Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Dirumah Sakit Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2017. In Proceeding Seminar Nasional Keperawatan. 3(1), 285-292.
- Damanik, R. K., Pardede, J. A., & Manalu, L. W. (2020). Terapi Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi Pasien Skizofrenia dengan Isolasi Sosial. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 11(2), 226-235.
- Hasannah, S. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan* (Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta).
- 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: Kemenkes RI.
- Muhith, A., 2015. *Teori Keperawatan Jiwa [Teori dan Aplikasi]*. Yogyakarta: CV ANDI OFFSET.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori Dan Aplikasi*. Penerbit Andi.
- Oktaviani, D. P. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. K dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Rukan Rumah Sakit Jiwa Tampan*. Skripsi, Poltekes Kemenkes Riau.

- Pardede, J. A., & Ramadia, A. (2021). The Ability to Interact With Schizophrenic Patient through Socialization Group Activity Therapy. *International Journal of Health Science and Medical Research*, 1(1), 06-10.
- Pardede, J. A., Ariyo, A., & Purba, J. M. (2020) Self Efficacy Related to Family Stress in Schizophrenia Patient, *Jurnal Keperawatan*, 12(4), 831-838
- Pardede, J. A., Harjuliska, H., & Ramadia, A. (2021). Self-Efficacy Dan Peran Keluarga Berhubungan Dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(1), 57-66.
- Riskesdas. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI*.
- Sari, D. P., & Maryatun, S. (2020). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi Terhadap Kemampuan Interaksi Sosial Dan Activity Daily Living Klien Isolasi Sosial Di Panti Sosial Rehabilitasi Pengemis Gelandangan Orang Dengan Gangguan Jiwa. *In Proceeding Seminar Nasional Keperawatan* 6(1). 148-154.
- Sukaesti, D. (2019). Sosial Skill Training Pada Klien Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 19-24.
- Yosep & Sutini (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)

PADA PASIEN Ny.S DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL :

MENARIK DIRI

Nama : Ny.S

Hari/Tgl/Jam : Jumat, 23 April 2021 Pukul 10.00 WIB

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien :

DS :

- Adik pasien mengatakan pasien tidak mau keluar rumah.
- Adik pasien mengatakan pasien jarang mengobrol dengan keluarga.

DO :

- Pasien hanya duduk dan melamun
- Pasien sering berdiam diri dikamarnya
- Pasien menjawab pertanyaan hanya dengan senyum, menganggukan dan menggelengkan kepala.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri

3. Tujuan Keperawatan

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya

- b. Pasien mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial
- c. Pasien 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
- 2) Berkenalan dengan pasien
- 3) Menanyakan keluhan dan perasaan pasien saat ini
- 4) Membuat kontrak waktu

- b. Membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial

Dapat dilakukan dengan cara :

- 1) Menanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain.
- 2) Menanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain.

- c. Membantu pasien mengenal keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain

Dapat dilakukan dengan cara :

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

B. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Tindakan Keperawatan untuk Pasien

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

SP 1 Pasien :

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

Fase Orientasi (Perkenalan)

“Assalamu’alaikum, Selamat pagi bu, Nama saya Risma Yanti senang di panggil Risma. Nama ibu siapa? Ibu senang dipanggil apa?”

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apa keluhan ibu saat ini?”

“Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang keluarga dan teman? Berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?”.

Fase Kerja

“Dengan siapa ibu tinggal serumah? Siapa yang paling dekat dengan ibu? Apa yang menyebabkan ibu dekat dengan orang itu? Siapa anggota keluarga yang tidak dekat dengan ibu? Apa yang membuat ibu tidak dekat dengan orang lain?” “Menurut ibu apa keuntungan mempunyai banyak teman? Kemudian apa kerugian jika kita tidak

punya teman?” “Bagaimana kalau sekarang kita belajar berkenalan dengan orang lain? Nah untuk memulainya ibu sebutkan dulu nama ibu sendiri dan nama panggilan yang disukai. Selanjutnya ibu menanyakan nama orang yang diajak berkenalan misalnya begini “Nama ibu/bapak siapa? Senang dipanggil apa? Alamatnya dimana?”

Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita berkenalan? Selanjutnya ibu dapat mengingat-ingat apa yang telah ibu lakukan tadi sehingga ibu lebih siap berkenalan dengan orang lain. Bagaimana kalau selanjutnya kita latihan lagi berkenalan? Mari kita masukkan ke jadwal harian? Apakah ibu bersedia? Baiklah sampai jumpa besok, Assalamu,alaikum”.

SP 2 Pasien :

Mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan seorang perawat)

Fase Orientasi

“Assalamu’alaikum, bagaimana perasaan ibu hari ini? Sudah diingat-ingat lagi tentang perkenalan? Mari kita praktikkan sekarang.”

“Bagaimana perasaan ibu setelah berkenalan?”

Fase Kerja

“Baiklah hari ini saya datang dengan teman saya ibu bisa mulai mempraktikkan berkenalan dengan perawat teman saya seperti yang

sudah saya praktekan kemarin. Apakah ibu masih ingat bagaimana cara berkenalan?” “Ada lagi yang ingin ibu tanyakan kepada teman saya? Baiklah kalau tidak ada lagi yang ingin ditanyakan kepada teman saya, ibu bisa sudahi perkenalan ini.”

Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah berkenalan dengan teman saya? Ibu sudah bagus saat berkenalan tadi”. “Bagaimana mau coba berkenalan dengan teman saya yang lain? Mari kita masukkan kedalam jadwal harian. Besok kita latihan lagi ya, mau jam berapa? Sampai jumpa besok”.

SP 3 Pasien :

Melatih pasien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua-seorang pasien/teman)

Fase Orientasi

“Assalamu’alaikum bu, bagaimana perasaan ibu hari ini?”

“Bagaimana perasaan ibu setelah bercakap-cakap dengan perawat teman saya? Bagus sekali ibu sudah bisa bercakap-cakap”

“Bagaimana kalau sekarang kita berkenalan lagi dengan orang lain?”

Fase Kerja

“Baiklah sekarang ibu bisa berkenalan dengan teman saya seperti yang ibu lakukan sebelumnya.” “Ada lagi yang ingin ibu tanyakan kepada teman saya? Kalau tidak ada lagi yang ingin ditanyakan atau

dibicarakan, ibu bisa sudah pembicaraan ini. Kemudian ibu bisa buat janji untuk bertemu lagi misalnya pada jam 4 sore nanti”

Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah berkenalan dengan teman saya? Pertahankan apa yang sudah ibu lakukan tadi.” “Bagaimana jika kegiatan berkenalan dan bercakap-cakap dengan orang lain kita tambahkan lagi ke jadwal harian? Selanjutnya ibu bisa berkenalan dengan orang lain secara bertahap. Bagaimana ibu setuju kan?” “Baiklah besok kita ketemu lagi untuk membicarakan pengalaman ibu pada jam yang sama ya. Asalamu’alaikum”.

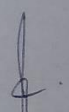
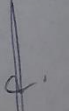
LEMBAR BIMBINGAN

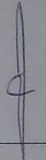
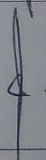
NAMA : Risma Yanti Fujiastuti L

NIM : KHGA 18157

JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. S Dengan Gangguan Isolasi sosial : Menarik Diri Akibat Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Selaawi Kab. Garut

PEMBIMBING : Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 07 Juni 2021	- Pengarahan - Membuat jadwal bimbingan	- Pengarahan - Membuat jadwal bimbingan - Mulai mengerjakan bab 1	
2.	Senin, 14 Juni 2021	- BAB 1	- Judul di tambahkan "akibat skizofrenia" - tambahkan lagi narasinya - kata klien di ganti dengan pasien - Tujuan umum hanya ada 1, Tujuan khusus 6	
3.	Sabtu, 19 Juni 2021	- BAB 2	- Perbaiki cara penulisan - Lengkapi dan perbaiki intervensi keperawatan	

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
4.	Senin, 21 Juni 2021	BAB 1 - BAB 4	- Perbaiki bab 1 latar belakang - Perbaiki cara penulisan di bab 2 - Perbaiki alasan masuk di bab 3, status mental - Perbaiki bab 4	
5.	Rabu, 23 Juni 2021	- Revisi bab 1 sampai bab 4 - Daftar pustaka, daftar isi	- Perbaiki di bab 2 - Tambahkan implementasi di bab 3 - Perbaiki daftar pustaka - lengkapi	
6	Rabu, 30 Juni 2021	- Revisi semua bab - Menambahkan materi - Daftar pustaka, daftar isi, daftar tabel, dll.	- Lengkapi Bab 3 - perbaiki abstrak - Lengkapi	
7	Sabtu, 03 Juli 2021	Semua materi	ACC Sidang KTI	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas

Nama : Risma Yanti Fujiastuti Lestari
TTL : Garut, 10 Mei 2000
Agama : Islam
Alamat : Kp.Bojong Rt/Rw 01/13 Desa Jatisari Kecamatan Karangpawitan

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|---------------------------------------|-----------------|
| 1. SDN Jatisari 01 | Tahun 2006-2011 |
| 2. SMP Negeri 04 Garut | Tahun 2012-2015 |
| 3. SMK Kesehatan Bhakti Kencana Garut | Tahun 2016-2018 |
| 4. STIKes Karsa Husada Garut | Tahun 2018-2021 |