



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. F DENGAN
ISOLASI SOSIAL DI YAYASAN REHABILITASI GALUH
BEKASI TIMUR PADA MASA PANDEMI COVID-19**

DISUSUN OLEH :

ANGGI ZULAEHA

201801005

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STikes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. F DENGAN
ISOLASI SOSIAL DI YAYASAN REHABILITASI GALUH
BEKASI TIMUR PADA MASA PANDEMI COVID-19**

DISUSUN OLEH :

ANGGI ZULAEHA

201801005

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STikes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Anggi Zulaeha

NIM : 201801005

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Program Studi : DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. F Dengan Isolasi Sosial Di Yayasan Rehabilitasi Galuh Bekasi Timur Pada Masa Pandemi Covid-19” yang dilaksanakan pada tanggal 03 Mei sampai dengan adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur *plagiarism* baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai aturan yang berlaku.

Bekasi, 21 Juni 2021

Yang Membuat Pernyataan



Anggi Zulaeha

201801005

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. F Dengan Isolasi Sosial Di Yayasan Rehabilitasi Galuh Bekasi Timur Pada Masa Pandemi Covid-19” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah



(Ns. Renta Sianturi .M.Kep., Sp. Kep,J)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. F Dengan Isolasi Sosial Di Yayasan Rehabilitasi Galuh Bekasi Timur Pada Masa Pandemi Covid-19” yang disusun oleh Anggi Zulaeha (201801005) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 2021.

Bekasi, 21 Juni 2021

Penguji I



(Ns. Desi Pramujiwati, M.Kep., Sp.Kep., J)

Penguji II



(Ns. Renta Sianturi, M. Kep., Sp. Kep.,J)

Nama Mahasiswa : Anggi Zulaeha
NIM : 201801005
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. F Dengan Isolasi Sosial Di Yayasan Rehabilitasi Galuh Bekasi Timur Pada Masa Pandemi Covid-19
Halaman : xiv + 102 + 4 lampiran
Pembimbing : Renta Sianturi

ABSTRAK

Latar Belakang : Skizofrenia adalah gangguan mental yang parah, mempengaruhi 20 juta orang di seluruh dunia¹. Pengalaman psikotik yang umum termasuk halusinasi (mendengar, melihat atau merasakan hal-hal yang tidak ada) dan delusi (kepercayaan atau kecurigaan yang salah yang dipegang teguh bahkan ketika ada bukti sebaliknya). Isolasi social adalah keadaan dimana seseorang mengalami tidak mampu berinteraksi dengan orang lain, yang ditandai dengan suka menyendiri, afek datar, merasa ditolak. Isolasi social biasanya disebabkan karna penolakan dimasa lalu. Prevalensi isolasi social di Yayasan Rehabilitas Galuh Bekasi Timur didapatkan dari 44 ODGJ, 5 orang diantaranya mengalami isolasi social. Dampak isolasi social jika tidka ditangani dapat menimbulkan gejala negative yaitu halusinasi.

Tujuan Umum : Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan isolasi social melalui pendekatan proses keperawatan secara komperhensif.

Metode Penulisan : laporan ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan menggunakan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil : Setelah dilakukan tindakan strategi keperawatan 1 sampai 4. Kemampuan klien meningkat yaitu klien dapat mengetahui keuntungan berinteraksi dengan orang lain, kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, mengetahui cara berkenalan, dapat berinteraksi dengan orang lain dan dapat mengikuti kegiatan kelompok sampai dengan selesai. Tanda dan gejala pada klien sudah berkurang.

Kesimpulan dan Saran : Asuhan keperawatan yang diberikan pada klien dalam bentuk Strategi pelaksanaan yang dilakukan sebanyak empat kali dan cukup efisien dalam menangani tanda gejala isolasi social. Namun akan lebih efektif jika asuhan keperawatan diberikan dalam jangka waktu yang lebih lama.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, Skizofrenia, Isolasi social

Daftar Pustaka : 19 (2013-2021)

Student Name : Anggi Zulaeha
Student ID Number : 201801005
Study Program : Nursing Diploma III
The Tittle of Scientific Paper : Nursing Care For Patients Mr. F With Social Isolation At
The Galuh Foundation, East Bekasi During the Covid-19
Pandemic
Pages : xiv + 102 + 4 attachment
Supervisor : Renta Sianturi

ABSTRACT

Background : Schizophrenia is a severe mental disorder, affecting 20 million people worldwide. Psychosis, including schizophrenia, is characterized by distortions in thinking, perception, emotions language feelings of self, and behavior. Common psychotic experiences include hallucinations (hearing, seeing, or feeling things that aren't there) and delusions (false beliefs or suspicions held firmly even when there is evidence to the contrary). Social isolation is a condition in which a person experiences an inability to interact with other people, which is characteri by being aloof, flat affect, feeling rejected. Social isolation is usually caused by past rejection. The prevalence of social isolation at the galuh rehabilitation foundation east Bekasi was obtained from 44 ODGJ, 5 of whom experienced social isolation. The impact of social isolation if non treated can couse negative symtoms, namely hallucination.

General Purpose: This case report is to get a real oicture of caring for clients with social isolation through a comprehensive approach.

Writing Method : This report this report uses a descriptive method, namely by using the facts in accordance with the data obtained.

Results : After nursing strategy actions 1 to 4. The client's ability increases, namely the client can know the advantages of interacting with outhere people, knowing how to get acquainte in group activities until the end. The signs and symptoms have decreased.

Conclusion and Suggestion : Care provided to clients in the from of an implementation strategy thet was carried out four times and was quite efficient in deadling with social symptoms, however, it will be more effective if the care is given for a lonnger period of time

Keyword : Nursing care, schizophrenia, social isolation.

Bibliography : 19 (2013-2021)

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
BAB II	7
TINJAUAN TEORI	7
A. Konsep Pandemi.....	7
B. Konsep Skizofrenia	9
C. Konsep Isolasi Sosial	18
D. Konsep Asuhan Keperawatan dan Pelayanan Pada Masa Pandemi	25
E. Konsep Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial	26
BAB III.....	40
TINJAUAN KASUS.....	40
A. Pengkajian	40
B. Daftar Diagnosa Keperawatan	55
C. Rencana Tindakan Keperawatan	56
D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	58
BAB IV	65
PEMBAHASAN	65
A. Skizofrenia	65

B. Pengkajian.....	66
C. Diagnosa Keperawatan.....	68
D. Perencanaan.....	69
E. Implementasi.....	71
F. Evaluasi.....	72
BAB V.....	74
PENUTUP.....	74
A. Kesimpulan.....	74
B. Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....	76

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karuniaNya penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. F Dengan Isolasi Sosial Di Yayasan Rehabilitasi Galuh Bekasi Timur Pada Masa Pandemi Covid-19” ini dengan tepat waktu.

Penulis menyadari penuh bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan oleh karena mohon maaf bila masih banyak kesalahan dan kekurangan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan, bantuan, serta dukungan dari berbagai pihak akan sangat sulit bagi penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih dan rasa hormat kepada:

1. Ns. Renta Sianturi, M.Kep., Sp.Kep, J selaku dosen pembimbing dalam penulisan makalah ilmiah dan dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan pengarahan, masukan, semangat, dukungan, kepada penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Ns. Desi Pramujiwati, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep,J selaku dosen penguji I yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan baik dan tepat waktu serta telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp.M. Kep., Sp.Kep.An. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmi Kesehatan Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah meberikan dukungan serta motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini.
5. Ns. Anung Ahadi Pradana, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan dukungan, masukan dan semangat

selama penulis menjalankan pendidikan sampai dengan penulisan makalah ilmiah ini

6. Tn. F yang telah bersedia memberikan pelajaran dan informasi mengenai keadaannya serta meluangkan waktunya untuk penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan asuhan keperawatan jiwa dengan baik.
7. Keluarga yang saya sayangi bapak saya Rohmat, Ibu saya Asnun, Kakak perempuan saya Dita Mawar Dini, Adik perempuan saya Siska Anggraini, Abang saya Aditya Ramadhan yang selalu memberikan semangat, nasihat dan selalu mendoakan yang terbaik untuk penulis.
8. Diri saya sendiri yang sudah mampu bertahan sampai titik ini. Terima kasih karna sudah mau berjuang dan berusaha untuk selalu memberikan yang terbaik. Untuk diri saya semoga kedepannya kita bisa terus sama-sama memberikan manfaat bagi orang lain dan berjuang sampai akhir.
9. Teman-teman dekat penulis, Eka Rachmawati, Aulia Yoli Saputri, Diana Lestari, Enjang Desvia Hidayah, dan Niftasya Amanda yang memberikan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini.
10. Teman-teman seperjuangan dari tim makalah ilmiah keperawatan jiwa (Mutiara, Astri nurul, dan Alya putri) yang selalu menyemangati dan selalu membantu dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
11. Kakak tingkat: Marwati Amd. Kep dan Anugrah Subagja Amd. Kep yang telah memberikan semangat dan dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini.
12. Teman- teman SMP penulis Ella Lestari, Kartini Nini, Sinta Tiara Putri, Nurhasanah, Nursiah, dan Nadilah Tigita yang telah memberikan semangat,dukungan serta doa kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini.
13. Teman-teman seperjuangan Angkatan 8 prodi DIII Keperawatan yang saling memberikan semangat, dukungan dan berjuang bersama dalam menyelesaikan Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah mendoakan, mendukung, memberikan motivasi dan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa makalah ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran sangat penulis harapkan dari pembaca. Semoga makalah ilmiah ini dapat bermanfaat untuk banyak orang dan dapat bermanfaat bagi penulis khususnya. Sebelum penulis akhiri, penulis ingin menyapaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan dalam Menyusun makalah ilmiah ini dari awal sampai akhir. Semoga Allah SWT senantiasa meridhoi kita semua dan selalu dalam lindunganNya, Aamiin Yaa Rabbal'allaaminn.

Bekasi, 19 Juni 2021



Penulis

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa data.....61-67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: SP 1	101-106
Lampiran 2: SP 2.....	108-112
Lampiran 3: SP 3	113-115
Lampiran 4: SP 4	116-119

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seorang *introvert* memiliki pemahaman yang baik terhadap dunia diri sendiri yang berhubungan dengan semua fantasi, mimpi, dan persepsi yang bersifat individu. Sehingga dalam melihat suatu kejadian dimasyarakat lingkungan sosialnya, mereka lebih memusatkannya pada diri mereka dan cenderung lebih lambat dalam memberi respon karena keindividuannya (Purba & Ramadhani, 2021). *Introvert* adalah individu yang memiliki karakteristik yang berlawanan dengan tipe kepribadian *ekstrovert*, yang cenderung pendiam, pasif, tidak mudah bergaul, teliti, pesimis, tenang dan terkontrol (Widiantari & Herdiyanto, 2013). Tipe *introvert* merupakan orang-orang yang perhatiannya lebih mengarah kepada dirinya, orang dengan tipe ini memiliki sifat pendiam, dan bahkan kurang pandai dalam bergaul. Individu yang memiliki tipe kepribadian *introvert* rentan terkena gangguan jiwa, sebab masalah

Gangguan jiwa atau mental *illnes* menurut ahli adalah keadaan dimana seseorang mengalami kesulitan mengenai persepsinya tentang kehidupan, hubungan dengan orang lain, dan sikapnya terhadap dirinya sendiri. Sedangkan gangguan jiwa adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (UU No. 18, 2014). Kasus gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia(Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Risikesdas) tahun 2018 kasus ODGJ meningkat, peningkatan ini terlihat dari kenaikan prevalensi rumah tangga yang memiliki ODGJ di Indonesia. Ada

peningkatan jumlah menjadi 7 permil rumah tangga. Artinya per 1000 rumah tangga terdapat 7 rumah tangga dengan ODGJ, sehingga jumlahnya diperkirakan 450 ribu ODGJ berat. Gangguan jiwa terbanyak dinegara berkembang adalah Skizoprenia (Kemenkes RI, 2019)

Skizofrenia adalah gangguan mental yang parah, mempengaruhi 20 juta orang di seluruh dunia. Psikosis, termasuk skizofrenia, dicirikan oleh distorsi dalam pemikiran, persepsi, emosi, bahasa, perasaan diri, dan perilaku. Pengalaman psikotik yang umum termasuk halusinasi (mendengar, melihat atau merasakan hal-hal yang tidak ada) dan delusi (kepercayaan atau kecurigaan yang salah yang dipegang teguh bahkan ketika ada bukti sebaliknya). Gangguan tersebut dapat mempersulit orang yang terkena dampak untuk bekerja atau belajar secara normal (WHO, 2021). Tanda dan gejala pada skizofrenia ada dua, yaitu gejala positif dan gejala negative. Salah satu gejala positif skizofrenia adalah halusinasi dan waham, sedangkan gejala negative skizofrenia adalah avolisi, anhedonia, afek tumpul, asosial, logia (D. Surya Yudhantara, 2018).

Prevalensi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis menurut tempat tinggal menunjukkan yang mengalami gangguan skizofrenia/psikosis lebih banyak di pedesaan (7,0%) dari pada perkotaan (6,4%) (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019). Salah satu gejala negative dari skizoprenia adalah isolasi social (D. Surya Yudhantara, 2018).

Isolasi sosial merupakan suatu keadaan perubahan yang dialami klien skizofrenia. Gejalanya adalah terganggunya fungsi social dan pekerjaan yang mempengaruhi perilaku sehingga menyebabkan depresi pada klien skizofrenia sehingga mengganggu konsep diri dan menjadikan kurangnya penerimaan di lingkungan keluarga maupun masyarakat terhadap kondisi yang dialami oleh

klien mampu mengakibatkan klien mengalami isolasi social. Isolasi social adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negative atau mengancam (Supinganto et al., 2021).

Isolasi sosial biasanya ditandai dengan merasa ingin sendiri, merasa tidak aman ditempat umum, merasa di tolak, merasa berbeda dengan orang lain, asik dengan pikirannya sendiri, merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas, suka menarik diri, tidak berminat/ menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan, tampilan pada klien dengan isolasi social ditandai dengan afek yang datar, afek sedih, menunjukkan permusuhan, tidak ada kontak mata, tidak bergairah dan lesu (Supinganto et al., 2021). Angka kejadian isolasi social di Panti Rehabilitas Galuh didapatkan dari 44 ODGJ yang terkaji, terdapat 5 ODGJ yang mengalami isolasi social.

Dampak isolasi social jika tidak ditangani bisa menimbulkan risiko perubahan sensori persepsi : halusinasi sebagai bentuk gejala negatif yang tidak tertangani dan dapat memicu terjadinya gejala positif (Kirana, 2018). Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien dengan isolasi social, yaitu melatih klien dan keluarga untuk mampu merawat klien dengan isolasi social , perawat memberikan hasil tindakan yang telah dilakuakn terhadap klien dan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing klien, dan melatih kemampuan mengatasi isolasi social (Atun, 2018).

Pandemi adalah penyebaran penyakit menular dengan skala besar, COVID-19 adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus corona. Penyebarannya saat ini sudah melalui airborne atau udara, tanda dan gejala yang biasa dialami oleh penderita yaitu, demam, batuk, sakit tenggorokan dan disertai dengan hilangnya kemampuan mencium aroma dan perasa. WHO sudah

meresmikan COVID-19 sebagai pandemic pada tanggal 09 Maret 2020 (Satuan Tugas Penanganan COVID-19, 2021). Usaha pemerintah dalam memutus tali penyebaran virus COVID-19 yaitu dengan cara melakukan pembatasan sosial berskala besar maupun kecil dan menggalakan masyarakat dengan protocol kesehatan diantaranya adalah mencuci tangan enam langkah, menjaga jarak, menggunakan masker dan menjauhi kerumunan. Kebijakan ini berpengaruh pada proses pemberian atau pengaplikasian asuhan keperawatan.

Terdapat perbedaan pada saat penulis melakukan atau mengaplikasikan asuhan keperawatan pada masa pandemic, yaitu perawat harus tetap menjaga protocol kesehatan dengan klien. Dimana pada saat interaksi atau implementasi keperawatan, perawat dan klien harus mencuci tangan sebelum dan setelah interaksi, memakai masker serta menjaga jarak saat berlangsungnya proses keperawatan. Peran perawat yang dilakukan adalah sebagai preventif, perawat harus mencegah terjadinya penularan virus COVID-19 dan tetap menjalankan proses asuhan keperawatan.

Peran perawat dalam penanganan isolasi social diantaranya sebagai *care giver* yaitu memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Peran perawat sebagai *educator* yaitu memberikan informasi mengenai isolasi sosial dan penanganan isolasi sosial. Peran perawat sebagai advokat yaitu melindungi informasi yang diberikan klien, dan bersikap empati kepada klien. Peran perawat sebagai kolaborator yaitu berkolaborasi dengan profesi lain untuk memberikan pelayanan terbaik bagi klien.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan pentingnya peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung, khususnya mengenai isolasi

sosial. Dan saya sebagai calon perawat tertarik untuk membahas tentang asuhan keperawatan dengan isolasi sosial.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Didapatkan pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan isolasi sosial.

2. Tujuan Khusus

Setelah menyelesaikan karya tulis ilmiah diharapkan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan isolasi sosial.
- b. Menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial
- c. Menentukan rencana tindakan pada pasien dengan isolasi sosial
- d. Melaksanakan rencana tindakan pada pasien dengan isolasi sosial
- e. Melakukan evaluasi tindakan pada pasien dengan isolasi sosial
- f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan dalam catatan keperawatan
- g. Mengidentifikasi kesenjangan antara teori dan kasus

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah (KTI) ini merupakan pembahasan tentang asuhan keperawatan pada pasien Tn. F dengan isolasi social di Panti Rehabilitas Galuh Bekasi Timur yang dilaksanakan pada tanggal 03 Mei 2021 sampai dengan 07 Mei 2021.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif, yaitu dengan mendeskripsikan asuhan keperawatan yang telah diberikan oleh penulis pada klien Tn. F dengan isolasi social.

Adapun metode dalam pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis sebagai berikut yaitu studi kasus, dengan pemberian asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dengan isolasi social dan studi kepustakaan, yaitu dengan cara membaca serta mempelajari buku-buku terkait materi isolasi social untuk mendapatkan konsep teoritis dan penelusuran internet yang bersifat ilmiah.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis. Bab 1 pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori terdiri dari konsep skizofrenia, konsep isolasi social, konsep asuhan keperawatan dengan isolasi social. Bab III berisi tentang tinjauan kasus yang berisi pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi dengan isolasi social. Bab IV yang berisi mengenai kesenjangan antara teori dengan kasus. Bab V berisi penutup dan saran. Diakhiri dengan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Pandemi

1. Pengertian Pandemi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) pandemic adalah wabah yang berjangkit serempak dimana-mana, meliputi daerah geografis yang luas (KBBI, 2021). Virus corona ini adalah keluarga besar dari virus yang menyebabkan flu biasa hingga penyakit yang seperti MERS atau SARS. Corona Virus Disease 2019 merupakan jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia, hewan dicurigai menjadi sumber penularan COVID-19 saat ini dan masih belum diketahui (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

2. Tanda dan Gejala COVID-19

Menurut Kemenkes RI, 2020 dan WHO, 2021 berikut adalah gejala yang mungkin muncul demam, batuk kering, kelelahan, gejala lain yang kurang umum dan dapat mempengaruhi beberapa pasien meliputi: Kehilangan rasa atau bau, hidung tersumbat, konjungtivitis (juga dikenal sebagai mata merah), sakit tenggorokan, sakit kepala, nyeri otot atau sendi, berbagai jenis ruam kulit, mual atau muntah, diare, menggigil atau pusing (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021) (WHO, 2021)

Gejala penyakit COVID-19 yang parah meliputi: Sesak napas, kehilangan selera makan, kebingungan, nyeri atau tekanan terus-menerus di dada, suhu tinggi (di atas 38 °C), gejala lain yang kurang umum adalah: Sifat lekas marah, kebingungan, penurunan kesadaran (kadang-kadang berhubungan dengan kejang), kegelisahan, depresi, gangguan tidur, komplikasi

neurologis yang lebih parah dan jarang seperti stroke, radang otak, delirium dan kerusakan saraf (WHO, 2020).

Orang-orang dari segala usia yang mengalami demam dan/atau batuk yang berhubungan dengan kesulitan bernapas atau sesak napas, nyeri atau tekanan dada, atau kehilangan kemampuan berbicara atau bergerak harus segera mencari perawatan medis. (WHO, 2020)

3. Komplikasi COVID-19

Pada kasus yang berat COVID-19 dapat menyebabkan pneumonia, sindrom pernapasan akut, gagal ginjal bahkan kematian. Gambaran foro Thorax yang didapatkan adalah infiltrate dikedua lapang paru (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021)

Gagal Ginjal Akut sebagai komplikasi COVID-19 tidak hanya meningkatkan angka kematian akibat COVID-19 tapi juga dapat meningkatkan resiko perkembangannya menjadi GJK (Novianty et al., 2020).

4. Cara Penularan COVID-19

Bukti ilmiah mengatakan penularan dari manusia ke manusia COVID 19 melalui droplet atau percikan batuk, bersin dan orang yang paling beresiko tertular penyakit ini adalah orang yang kontak erat dengan pasien COVID 19 termasuk yang merawat. Dengan Masa inkubasi rata-rata 5-6 hari dengan masa terpanjang 14 hari (WHO, 2020).

5. Pencegahan COVID-19

Menurut (Kemenkes, 2021) berikut adalah beberapa cara untuk melakukan pencegahan terhadap COVID-19:

- a. Rajin cuci tangan pakai sabun (CTPS)

- b. Gunakan masker apabila anda sedang batuk atau pilek
- c. Konsumsi gizi seimbang, perbanyak makan sayur dan buah
- d. Hati-hati apabila kontak dengan hewan
- e. Rajin olahraga dan istirahat yang cukup
- f. Jangan mengonsumsi daging yang tidak dimasak
- g. Bila batuk, pilek, sesak nafas segera ke fasilitas kesehatan

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Foto Thorax
- b. CT Scan Thorax dengan Kontras
- c. Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT PCR), untuk mengekstraksi 2 gen Sars-coV-2 melalui sampel berupa swab tenggorokan (Handayani et al., 2019).

B. Konsep Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari Bahasa Yunani, *schizein* yang memiliki arti terpisah/batu pecah dan *ohren* yang berarti jiwa. Secara umum skizofrenia diartikan sebagai pecahnya/ketidakteraturan antara afek, kognitif dan perilaku. Skizofrenia adalah suatu psikosis fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni antara proses pikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga muncul inkohersi, afek dan emosi inadkuat, serta psikomotor yang menunjukkan penarikan diri, ambivalensi dan perilaku bizar. Pada skizofrenia, kesadaran dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang dikemudian hari (Sutejo, 2018).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia sering ditemukan pada lapisan masyarakat dan dapat dialami oleh setiap manusia. Skizofrenia adalah sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan distor gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku (Sutejo, 2018).

2. Penyebab Skizofrenia

Sampai saat ini penyebab pasti skizofrenia belum ditemukan. Beberapa hasil riset menunjukkan bahwa skizofrenia adalah penyakit dengan penyebab multifactor. Salah satu factor penyebab skizofrenia adalah factor psikologis-sosial. Factor psikologis-sosial yang terganggu, seperti pada kondisi perilaku kekerasan oleh ibu kandung, ayah yang sangat mengekang, maupun perilaku orang tua yang *overprotective*, ditengarai berperan penting terhadap timbulnya penyakit ini (D. Surya Yudhantara, 2018).

Gangguan struktur dan fungsi otak ini mengacu pada beberapa teori penyebab skizofrenia, yaitu:

a. Faktor genetik

Sudah terbukti bahwa factor genetic berperan penting terhadap kejadian skizofrenia. Kecenderungan mengalami atau menderita skizofrenia berkaitan dengan kedekatan orang secara genetik. Seperti anak kembar dari orang tua yang mengalami skizofrenia kemungkinan akan menderita skizofrenia sebesar 47 persen, 40 persen jika kedua orang tuanya mengalami skizofrenia, sedangkan 12 persen jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia dan 8 persen pada saudar kandung dimana orang tuanya adalah penderita skizofrenia.

b. faktor biokimia

Dikarenakan aktivitas dopaminergic yang terlalu tinggi. Teori ini terkait efektivitas obat-obatan antipsikotik dalam merendam efek psikosis. Selain itu, obat-obatan yang meningkatkan kerja dopamine yang bersifat psikomimetik.

c. Neuropatologi

Keilmuan neuropatologi berdasarkan pada abnormalitas neurokimia otak pada korteks serebral, thalamus, dan batang otak. Kehilangan volume otak yang signifikan pada penderita skizofrenia tampaknya menimbulkan pengurangan densitas akson, dendrit, dan sinaps yang erat kaitannya dengan fungsi asosiasi otak.

d. Metabolisme otak

Studi dengan *magnetic resonance spectroscopy* menunjukkan bahwa terdapat kadar fosfomonoester dan fosfat inorganic yang rendah pada penderita skizofrenia.

e. Psikoneuroimunologi

Abnormalitas system imun tubuh di kaitkan dengan skizofrenia, hal ini bisa dilihat dari peningkatan produksi *T-cell* interleukin dan pengurangan respons limfosit peripheral. Walaupun belum ditemukan data yang valid akan infeksi virus sedang terjadi, mempunyai anak yang beresiko skizofrenia.

f. *Psychoneuroendocrinology*

Studi menunjukkan bahwa uji deksametason bersifat abnormal pada skizofrenia dibandingkan yang tidak mengalami skizofrenia walaupun hasil valid untuk teori ini masih saja dipertanyakan.

3. Factor yang Mempengaruhi Skizofrenia

a. Faktor prenatal

Penyebab skizofrenia dibedakan menjadi dua factor, yaitu faktor nongenetik, endogen dan eksogen pada masa kehamilan dan kelahiran

yang berkaitan dengan peningkatan resiko terjadinya skizofrenia. Faktor endogen berasal dari dalam tubuh ibu, uterus dan fetus. Faktor eksogen berasal dari luar tubuh ibu dan janin. Faktor endogen terdiri dari diabetes pada ibu, inkompatibilitas rhesus, tumbuh kembang fetus yang abnormal, perdarahan dan preeklamsia, umur prenatal, dan komplikasi persalinan. Faktor eksogen dapat berupa musim kelahiran, infeksi di masa kehamilan, gangguan nutrisi, dan stress pada ibu.

b. Faktor Non-Prenatal

1) Faktor Genetik

Faktor genetik dihubungkan dengan anggota keluarga lain yang menderita skizofrenia. Kemungkinan ini semakin besar jika keluarga lain yang mengidap skizofrenia memiliki hubungan persaudaraan yang dekat.

Faktor genetik skizofrenia adalah sejumlah faktor kausatif terimplikasi, termasuk pengaruh genetik, ketidakseimbangan neurotransmitter, kerusakan struktural otak yang disebabkan oleh infeksi virus prenatal atau kecelakaan dalam proses persalinan, dan stressor psikologis

2) Faktor Biologis

Faktor biologis dapat dilihat dari perubahan pada system transmisi sinyal penghantar syaraf (neurotransmitter) dan resptor di sel-sel saraf otak (neuron) dan interaksi zat neurokimia seperti dopamine dan serotonin yang ternyata mempengaruhi fungsi kognitif (alam perasaan), efektif (alam perasaan) dan psikomotor (perilaku) yang menjelma dalam bentuk gejala-gejala positif maupun negative skizofrenia. Abnormalitas otak yang terjadi dapat menyebabkan respon neurobiologik yang maladaftif.

3) Faktor Psikososial

Faktor psikososial disebabkan oleh perubahan dalam kehidupan seseorang (anak, remaja, hingga dewasa) sehingga setiap individu dipaksa harus beradaptasi dan mampu menanggulangnya, sehingga gangguan jiwa dari yang ringan hingga berat.

4. Tanda dan Gejala Skizofrenia

a. Gejala Positif

1) Halusinasi

Halusinasi adalah bentuk gejala positif yang dapat terjadi pada semua modalitas sensori, auditori, visual, olfaktori, gustatory dan taktil. Halusinasi auditorik merupakan jenis halusinasi yang terbanyak pada skizofrenia, dialami oleh lebih dari 70% pasien skizofrenia di seluruh dunia. Isi halusinasi seringkali berupa hinaan dan cemoohan yang menyebabkan pasien menjadi takut, marah, sedih, dan merasa bersalah akan hal ini.

2) Waham

Waham adalah satu gejala psikosis utama pada skizofrenia. Waham adalah salah satu bentuk gejala positif dan meliputi keyakinan yang salah mengenai pikiran atau pengalaman

b. Gejala Negatif

1) Avolisi

Berkurangnya hasrat, motivasi, usaha. Misalnya, tidak mampu menyelesaikan tugas sehari-hari yang biasa, memiliki personal hygiene yang buruk.

2) Anhedonia

Berkurangnya kemampuan untuk merasakan kesenangan, misalnya tidak dapat lagi merasakan senang dengan hobi/hal lain yang biasanya menyenangkan untuk pasien.

3) Afek tumpul

Berkurangnya rentang emosi (persepsi emosi, pengalaman, dan ekspresi emosi), misalnya “mati rasa” atau kosong dalam perasaannya, kurang mampu mengingat hal-hal yang emosional bagi dirinya, baik itu baik/menyenangkan atau buruk/menyedihkan.

4) Asosial

Berkurangnya dorongan social dan interaksi sosial, misalnya keinginan seksual yang minimal, sulit berteman, tidak tertarik atau sedikit saja ketertarikan untuk menghabiskan waktu bersama dengan orang lain.

5) Alogia

Berkurangnya jumlah dan kualitas pembicaraan. Misalnya hanya berbicara sedikit, penggunaan kata atau kalimat yang tidak luas.

5. Tipe Skizofrenia

a. Paranoid

Merupakan subtipe yang paling umum dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu merasa di kejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya (Sutejo, 2018).

b. Disorganisasi (hebefrenik)

Ciri-cirinya adalah:

- 1) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- 2) Biasanya terjadi pada 15-25 tahun
- 3) Perilaku tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, serta perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan.
- 4) Afek tidak wajar, sering disertai cekikikan dan perasaan puas diri, senyum-senyum sendiri, tertawa, dan lain-lain.
- 5) Proses berpikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.

c. Katatonik

Gangguan psikomotor terlihat menonjol, sering kali muncul bergantian antar mobilitasi dan motoric dan aktivitas berlebihan.

Ciri-cirinya:

1) Stupor

Kehilangan semangat hidup dan senang diam dalam posisi kaku tertentu sambil membisu dan menatap dengan pandangan kosong.

2) Gaduh gelisah

Tampak jelas aktivitas motoric yang tak bertujuan, yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal.

3) Menampilkan posisi tubuh tertentu

Secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh.

4) Negativisme

Tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah seperti menolak untuk membetulkan posisi badannya, menolak untuk makan, mandi dan lain-lain.

5) Rigiditas

Mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya pergerakan dirinya.

6) Fleksibilitas area

Mempertahankan anggota gerak tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.

7) Gejala-gejala lain seperti *command automatism* lawan dari negativism, yaitu mematuhi semua perintah secara otomatis dan kadang disertai dengan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat

d. Skizofrenia residual

Ciri-cirinya:

- 1) Gejala negative dari skizofrenia menonjol seperti perlambatan psikomotorik, aktivitas menurun, afek tidak wajar, pembicaraan inkoheren.
- 2) Ada riwayat psikotik yang jelas seperti waham dan halusinasi dimasa lampau (minimal telah berlalu satu tahun).

6. Mekanisme koping

Mekanisme koping untuk penderita neurobiologis termasuk skizofrenia, terdiri dari beberapa hal. Adapun perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri dari pengalaman yang kurang menyenangkan berhubungan dengan respon neurobiologik yaitu sebagai berikut.

- a. Regresi merupakan mekanisme koping yang berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas, hanya mempunyai sedikit energy yang tertinggal untuk aktivitas hidup sehari-hari.
- b. Proyeksi digunakan untuk menjelaskan kerancuan persepsi.
- c. Menarik diri.

7. Penatalaksanaan

a. Pengobatan Medis

1) Farmakoterapi

Gejala-gejala positif umumnya memberikan respon lebih baik dari gejala-gejala negative kronik. Salah satu neuroleptic yang paling luas digunakan adalah chlorpromazine. Bila efek hipotensi chlorpromazine harus di hindari, misalnya pada lansia, neuroleptic alternative yang kemungkinan kecil dapat menyebabkan hipotensi sebaiknya digunakan, seperti haloperidol dan trifluoperazine.

2) Terapi elektrokonvulsif (ECT)

Terapi elektrokonvulsif digunakan untuk pengobatan stupor katatonik, yang jarang terjadi akhir-akhir ini (kemungkinan karena ketersediaan dan pemakaian antipsikotik dini).

b. Pengobatan Psikosis

1) Pergaulan Sosial

Kemiskinan pergaulan social harus direduksi agar gejala-gejala “negative” tidak meningkat. Tindakan ini dapat berupa latihan keterampilan social, yaitu penggunaan metode psikoterapeutik kelompok untuk mengajari pasien bagaimana berinteraksi secara tepat dengan orang lain. Terapi okupasi juga sangat berguna dan dapat digunakan untuk mengajari keterampilan yang berguna bagi pasien-pasien agar dapat hidup di luar rumah sakit, seperti masak. Stimulus social yang berlebihan juga dapat menyebabkan efek samping dengan bekerja sebagai psikososial.

2) Emosi yang diekspresikan

Untuk pasien yang selalu berada dalam lingkungan dengan ekspresi emosi yang tinggi, dapat diterapkan kelompok kerja. Jika pengurangan tingkat emosi yang di ekspresikan tidak memungkinkan, mungkin lebih baik pasien tidak kembali ke kehidupan dengan keluarga, melainkan ditempatkan dalam *staffed hostel*.

3) Terapi perilaku

Selain latihan keterampilan social , jenis terapi perilaku lain yang dapat digunakan adalah penerapan ekonomi mata uang (*taken economy*) dengan cara lain perilaku yang baik dihargai dengan mata uang yang dapat ditukae dengan bentuk penghargaan atau barang tertentu.

4) Sanggar kerja yang dinaungi (*sheltered workshop*)

Menghadiri sanggar kerja, yang terutama diadakan untuk pasien, memungkinkan pasien rawat jalan maupun rawat inap memperoleh sensasi pencapaian dengan melakukan beberapa pekerjaan setiap minggu dan mendapatkan gaji yang sebenarnya relative kecil. Selain

itu, keterampilan yang berguna, seperti pekerjaan pertungan, dapat dikuasai.

8. Psikodinamika

Sigmund Freud mengungkapkan skizofrenia ditandai dengan dekateksis objek. Dekateksis juga dapat diartikan sebagai penarikan sosial dari person yang sebenarnya di lingkungan. Freud menyatakan bahwa skizofrenia merupakan wujud regresi sebagai person terhadap frustrasi dan konflik intens dengan orang lain. Regresi dapat meliputi tahap perkembangan keterikatan objek hingga tahap autoerotic dan diikuti oleh penarikan emosional. Freud menyatakan bahwa psikosis adalah konflik antara ego dan dunia luar, yang terwujud dalam pengingkaran dan pembentukan kembali. Pasien skizofrenia dianggap tidak mampu membentuk transferensi. Fromm-Reichmann menyatakan bahwa pasien skizofrenia dasarnya adalah orang yang kesepian dan tidak mampu mengatasi ketakutan dan ketidakpercayaan pada orang lain akibat pengalaman tidak menyenangkan di masa awal kehidupan (Yudhantara D Surya dan Istiqomah Ratri, 2018).

C. Konsep Isolasi Sosial

1. Pengertian Isolasi Sosial

Isolasi sosial dalam panduan penegakan diagnose keperawatan PPNI (2016) merupakan kategori relasional sub kategori interkasi sosial, sedangkan dalam panduan NANDA (2018) tergolong dalam domain kenyamanan kelas 3 yaitu tentang kenyamanan social. Isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negative atau mencekam (NANADA-1, 2018). Isolasi sosial merupakan ketidakmampuan untuk membina hubungan erat, hangat, terbuka dan independen dengan orang lain (PPNI, 2016).

2. Penyebab Isolasi Sosial

Keliat, et. al (2019), menjelaskan terdapat lima penyebab utama terjadinya isolasi sosial pada individu, diantaranya: Sulit berhubungan berinteraksi dengan orang lain, tidak mampu berhubungan/berinteraksi yang memuaskan, perasaan malu, perasaan tidak berharga, pengalaman ditolak, dikucilkan dan di hina.

Penyebab lain yang di jelaskan dalam PPNI (2016), diantaranya: keterlambatan perkembangan, ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan, ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma, ketidaksesuaian perilaku social dengan norma, perubahan penampilan fisik, perubahan status mental, ketidakadekuatan sumber daya personal (missal disfungsi berduka, pengendalian diri buruk). Penyebab lain yang mungkin timbul yaitu pengalaman yang tidak menyenangkan saat berhubungan dengan orang lain, karena ada penolakan, merasa bodoh, tidak percaya, dan merasa tidak ada manfaatnya jika berhubungan dengan orang lain karena merasa takut mendapatkan penolakan saat berhubungan dengan orang lain sehingga merasa tidak nyaman mengakibatkan individu suka menyendiri, lebih banyak diam, dan malas melakukan interaksi denga orang lain. (Nyumirah, 2013).

3. Tanda dan Gejala

a. Gejala Subjektif

Klien menceritakan perasaan kesepian atau di tolak oleh orang lain, merasa tidak aman berada dengan orang lain, respons verbal kurang dan sangat singkat, klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain, merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu, tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan, merasa tidak berguna, tidak yakin dapat melangsungkan hidup dan merasa ditolak.

b. Gejala Objektif

Klien banyak diam dan tidak mau bicara, tidak mengikuti kegiatan, banyak berdiam diri di kamar, menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang terdekat, tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal, kontak mata kurang, kurang spontan, apatis, ekspresi wajah kurang berseri, tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri, mengisolasi diri, tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya, masukan makanan dan minuman terganggu, aktivitas menurun, kurang energy, rendah diri, postur tubuh berubah, misalnya sikap fetus/janin (khususnya pada posisi tidur).

4. Rentang Respon Sosial

Menurut Stuart, *et.al*, 2016:



Respon Adaktif		Respon Maladaptif
Menyendiri	kesepian	manipulasi
implusif		
Otonomi	menarik diri	implusif
Kebersamaan	ketergantungan	narsisme
Saling ketergantungan		

Diagram 1.1 Rentang Respon Isolasi Sosial

Keterangan:

a. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon individu menyelesaikan suatu hal dengan cara yang dapat diterima oleh norma-norma masyarakat. Respon ini meliputi:

1) Menyendiri (*Solitude*)

Respon yang dilakukan individu dalam merenungkan suatu hal yang telah terjadi atau dilakukan dengan tujuan mengevaluasi diri untuk kemudian menentukan rencana-rencana.

2) Otonomi

Kemampuan individu dalam menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan social. Individu mampu menetapkan diri untuk interdependen dan pengaturan diri.

3) Kebersamaan (*Mutualisme*)

Kemampuan atau kondisi individu dalam hubungan interpersonal dimana individu mampu untuk saling memberi dan menerima dalam hubungan social.

4) Saling ketergantungan (*interdependen*)

Suatu hubungan saling bergantung antara satu individu dengan individu lain dalam hubungan social.

b. Respon Maladaptif

Respon maladaptive adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang bertentangan dengan norma agama dan masyarakat.

1) Manipulasi

Gangguan social yang menyebabkan individu memperlakukan sebagai objek, dimana hubungan terpusat pada pengendalian masalah orang lain dan individu cenderung verorientasi pada diri sendiri. Sikap mengontrol digunakan sebagai pertahanan terhadap kegagalan atau frustasi yang dapat digunakan sebagai alat berkuasa atas orang lain.

2) Implusif

Respon social yang ditandai dengan individu sebagai subjek yang tidak dapat diduga, tidak dapat dipercaya, tidak mampu

merencanakan, tidak mampu untuk belajar dari pengalaman, dan tidak dapat melakukan penilaian secara objektif.

3) Narsisme

Respon social ditandai dengan individu memiliki tingkah laku egosentris, harga diri rapuh, berusaha mendapatkan penghargaan, dan mudah marah jika tidak mendapat dukungan dari orang lain.

5. Perkembangan hubungan social

Hubungan social yang positif pada individu dapat berkembang disetiap tugas tahap pertumbuhan dan perkembangan individu tersebut. Kemampuan tersebut bergantung pada kemampuan yang diawali pada masa bayi hingga dan dapat berkembang sampai pada masa dewasa lanjut yang diharapkan dapat menghasilkan kepuasan bagi setiap individu.

a. Masa Bayi

Periode bayi lahir hingga usia 18 bulan merupakan tahap simbiosis perkembangan yang mana pada periode ini bayi benar-benar tergantung pada orang lain. Lingkungan keluarga yang saling mengasahi, memelihara, dan penerimaan mampu membentuk perasaan harga diri yang positif sehingga di masa depan dapat diharapkan dapat tercipta rasa empati pada individu dewasa (Stuart, 2013). Komunikasi sederhana yang umumnya diciptakan oleh bayi adalah dengan cara menangis untuk setiap kebutuhan, sedangkan komunikasi yang dapat diciptakan oleh ibu/pengasuh seperti kontak mata, stimulus sentuhan dan percakapan sederhana dapat menghasilkan rasa aman dan percaya serta membentuk rasa percaya diri bayi.

b. Usia prasekolah

Usia 18 bulan sampai 3 tahun merupakan tahap perkembangan pemisah versus individualis. Tahap ini anak prasekolah mulai memperluas hubungan sosialnya di luar lingkungan keluarga khususnya

ibu/pengasuh untuk mengeksplorasi lingkungan dan mengembangkan rasa keteguhan terhadap objek. Anak berusaha mencari jaminan, dukungan, dan dorongan orang tua. Apabila respon bersifat positif mampu membangun rasa keteguhan diri dan kapasitas pertumbuhan interpersonal. Namun jika mengalami kegagalan dan mengakibatkan anak menjadi tidak mampu mengontrol diri, tergantung, ragu, menarik diri dari lingkungan, kurang percaya diri, pesimis, takut perilakunya salah (Muhith, 2015).

c. Usia anak

Periode perkembangan moral dan rasa empati yang terjadi pada usia 6 sampai dengan 10 tahun. Lingkungan yang positif mendorong pertumbuhan rasa pengembangan diri dan konsep diri yang adaptif. Sekolah sebagai tempat bagi anak untuk belajar bekerja sama, persaingan, dan kompromi. Kegagalan di sekolah dan kurangnya dukungan dari orang tua mengakibatkan frustrasi dengan kemampuan anak, putus asa, merasa tidak mampu dan menarik diri

d. Pra remaja

Usia ini biasanya anak terlibat hubungan intim dengan seorang teman dengan jenis kelamin yang sama sebagai sahabat. Keadaan tersebut mengajarkan tentang pengalaman berbagi, memperjelas nilai dan mengenali perbedaan setiap individu, hubungan ini saling tergantung satu sama lain.

e. Masa remaja

Masa remaja memiliki ketergantungan pada sahabat karib dari jenis kelamin yang sama disertai ketergantungan hubungan heteroseksual, sedangkan hubungan dengan orang tua mulai independen. Remaja belajar untuk menyeimbangkan antara tuntutan orang tua dan tekanan kelompok sebaya. Kegagalan dalam fase ini mengakibatkan keraguan

identitas, ketidakmampuan mengidentifikasi karier, dan kurangnya rasa percaya diri.

f. Masa dewasa muda

Periode dewasa muda sebagai awal individu menjadi mandiri dan beruaya mempertahankan hubungan interdependen dengan orang tua dan teman sebaya. Individu pada masa ini belajar mengambil keputusan secara mandiri dan mempertimbangan saran dan pendapat dari orang lain, seperti melangsungkan pernikahan, memilih karier dan pekerjaan. Dewasa yang matang mampu menyeimbangkan ketergantungan dan kemandirian sesuai dengan kondisi. Kegagalan dalam tahap ini akan berakibat penghindaran hubungan intim, menjauhi orang lain, dan putuskarier.

g. Masa dewasa tengah

Periode ini dimulai mandiri sepenuhnya, terpisah tempat tinggal dengan orang tua terutama yang telah menikah serta memiliki peran baru sebagai orang tua dan mendapatkan dukungan baru baik dari pasangan maupun diantar orang dewasa. Kegagalan pada masa ini cenderung berorientasi tertuju pada diri sendiri. Produktivitas dan kreativitas berkurang, dan perhatian pada orang lain berkurang.

h. Masa dewasa lanjut

Periode ini terjadi pada individu yang mengalami kehilangan seperti perubahan fisik, penuaan, kematian orang tua, kehilangan teman hidup (seperti pasangan atau teman sebaya) dan kehilangan pekerjaan (pension). Situasi perkembangan yang baik dapat menerima kehilangan dan menghadapi kehilangan, makna hidup dilihatnya dari prestasi yang di dapat sebelumnya dan memiliki kontribusi terhadap diri, keluarga, dan lingkungan. Upaya mempertahankan kemandirian dan kematangan dapat meningkatkan harga diri individu tersebut. Kegagalan selama masa dewasa lanjut dapat menyebabkan individu merasa tidak berguna,

tidak dihargai, dan hal lain membuat individu menarik diri dan rendah diri

D. Konsep Asuhan Keperawatan dan Pelayanan Pada Masa Pandemi

Orang Dengan Gangguan Jiwa adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

1. Kesehatan Fisik pada ODGJ Orang dengan gangguan jiwa yang berada di masyarakat dan yang dirawat di rumah sakit jiwa mempunyai risiko yang sama terhadap penularan COVID-19. Oleh karena itu semua tindakan pada OS, OTG, ODP, PDP, dan konfirmasi COVID-19 berlaku untuk mereka. Orang dengan gangguan jiwa diberikan edukasi promosi kesehatan dan pencegahan penularan COVID-19 oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Orangtua/caregiver mendampingi ODGJ dalam melakukannya.
2. Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada ODGJ Pandemi COVID-19 merupakan tambahan stresor bagi ODGJ yang memungkinkan ODGJ yang telah pulih berisiko kambuh. Untuk itu perlu dilakukan beberapa dukungan kesehatan jiwa dan psikososial kepada ODGJ. Cara memberikan dukungan kepada pasien ODGJ selama wabah COVID-19, sbb:
 - a. Keluarga/Caregiver sebaiknya selalu memperhatikan gejala-gejala klinis yang timbul pada pasien ODGJ karena berita yang ada serta pembatasan dalam ruang gerak individu dapat meningkatkan gejala-gejala psikiatris pasien ODGJ. Apabila gejala psikiatrik semakin meningkat segera konsultasikan dengan penanggung jawab pelayanan kesehatan jiwa di layanan primer atau dokter yang merawat untuk melakukan tindakan lanjutan yang diperlukan sesuai kondisi klinis.
 - b. Keluarga/Caregiver mendapatkan psikoedukasi baik dalam mengatasi gejala-gejala psikiatrik oleh perawat dan dokter pelayanan kesehatan primer yang bertanggung jawab untuk pelayanan kesehatan jiwa.
 - c. Tokoh masyarakat diharapkan dapat membantu memberikan perhatian kepada ODGJ seperti: Ketua RT/RW/Lurah dan kader kesehatan jiwa di masyarakat

- d. Perawat dan dokter penanggung jawab kesehatan jiwa di puskesmas atau pelayanan kesehatan primer memantau dan melakukan follow up kontinuitas perawatan dan pengobatan pasien ODGJ; • Perlakuan dan perhatian khusus terhadap ODGJ terlantar dan gelandangan, bekerja sama dan merujuk pada layanan sosial setempat.

E. Konsep Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses awal dari proses keperawatan, yang meliputi pengumpulan data, analisa data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara *holistic*, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (*self awareness*), memiliki kemampuan mengobservasi dengan akurat, maupun berkomunikasi secara terapeutik dan kemampuan berespon secara efektif karena kemampuan tersebut menjadi kunci utama dalam membina hubungan saling percaya dengan pasien (Supinganto et al., 2021) Pengkajian yang perlu dilakukan pada klien dengan isolasi sosial yaitu:

a. Faktor predisposisi

Factor predisposisi penyebab isolasi sosial meliputi faktor perkembangan, faktor biologis, faktor sosiokultural.

1) Faktor perkembangan

Tempat pertama yang memberikan pengalaman bagi individu dalam menjalin hubungan dengan orang lain adalah keluarga. Kurangnya stimulasi maupun kasih sayang dari ibu/pengasuh pada bayi akan memberikan rasa tidak aman yang dapat menghambat terbentuknya rasa percaya diri. Ketidakpercayaan tersebut dapat mengembangkan tingkah laku curiga pada orang lain maupun lingkungan di kemudian hari.

2) Faktor Biologis

Faktor genetik dapat menunjang terhadap respon sosial maladaptif. Genetic merupakan salah satu faktor pendukung gangguan jiwa. Insiden tertinggi skizofrenia, ditemukan pada keluarga dengan riwayat anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Selain itu kelainan struktur otak, seperti atrofi, pembesaran ventrikel, penurunan berat dan volume otak serta perubahan struktur limbik, di duga dapat menyebabkan skizofrenia.

3) Faktor sosial budaya

Isolasi sosial atau mengasingkan diri dari lingkungan merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan yang berhubungan dengan isolasi sosial. Norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain, atau tidak menghargai anggota masyarakat yang tidak produktif, seperti lansia, orang cacat, dan berpenyakit kronik juga turut menjadi faktor predisposisi isolasi sosial.

b. Faktor Presipitasi

Terdapat beberapa faktor presipitasi yang dapat menyebabkan gangguan isolasi sosial, antara nya adalah:

1) Stressor sosiokultural

Stressor sosial budaya, misalnya menurunnya stabilitas unit keluarga, berpisah dari orang yang berarti dalam kehidupannya.

2) Stressor psikologik

Intensitas ansietas (ansietas) yang ekstrim akibat berpisah dengan orang lain, dan memanjang disertai dengan terbatasnya kemampuan individu untuk mengatasi masalah akan menimbulkan berbagai masalah gangguan berhubungan pada tipe psikotik.

3) Stressor intelektual

- a) Kurangnya pemahaman diri dalam ketidakmampuan untuk berbagai pikiran dan perasaan yang mengganggu pengembangan hubungan dengan orang lain.
- b) Klien dengan “kegagalan” adalah orang yang kesepian dan kesulitan dalam menghadapi hidup. Mereka juga akan cenderung sulit untuk berkomunikasi dengan orang lain.
- c) Ketidakmampuan seseorang membangun kepercayaan yang dengan orang lain akan memicu persepsi yang menyimpang dan berakibat pada gangguan berhubungan dengan orang lain.

4) Stressor Fisik

Stressor fisik yang memicu isolasi sosial: menarik diri dapat meliputi penyakit kronik dan keguguran.

c. Mekanisme Koping

Respon sosial yang diperlihatkan individu dengan masalah hubungan sosial merupakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi kecemasan yang dapat berhubungan dengan ancaman atau kesepian yang dialami. Individu dengan gangguan kepribadian anti sosial menggunakan pertahanan proyeksi (menyalahkan orang lain tentang kesulitannya sendiri atau melemparkan kepada orang lain keinginannya yang tidak baik) dan pemisah (ketidakmampuan untuk mengintegrasikan aspek baik dan buruk dari diri sendiri dan berbagai objek)

d. Pohon masalah

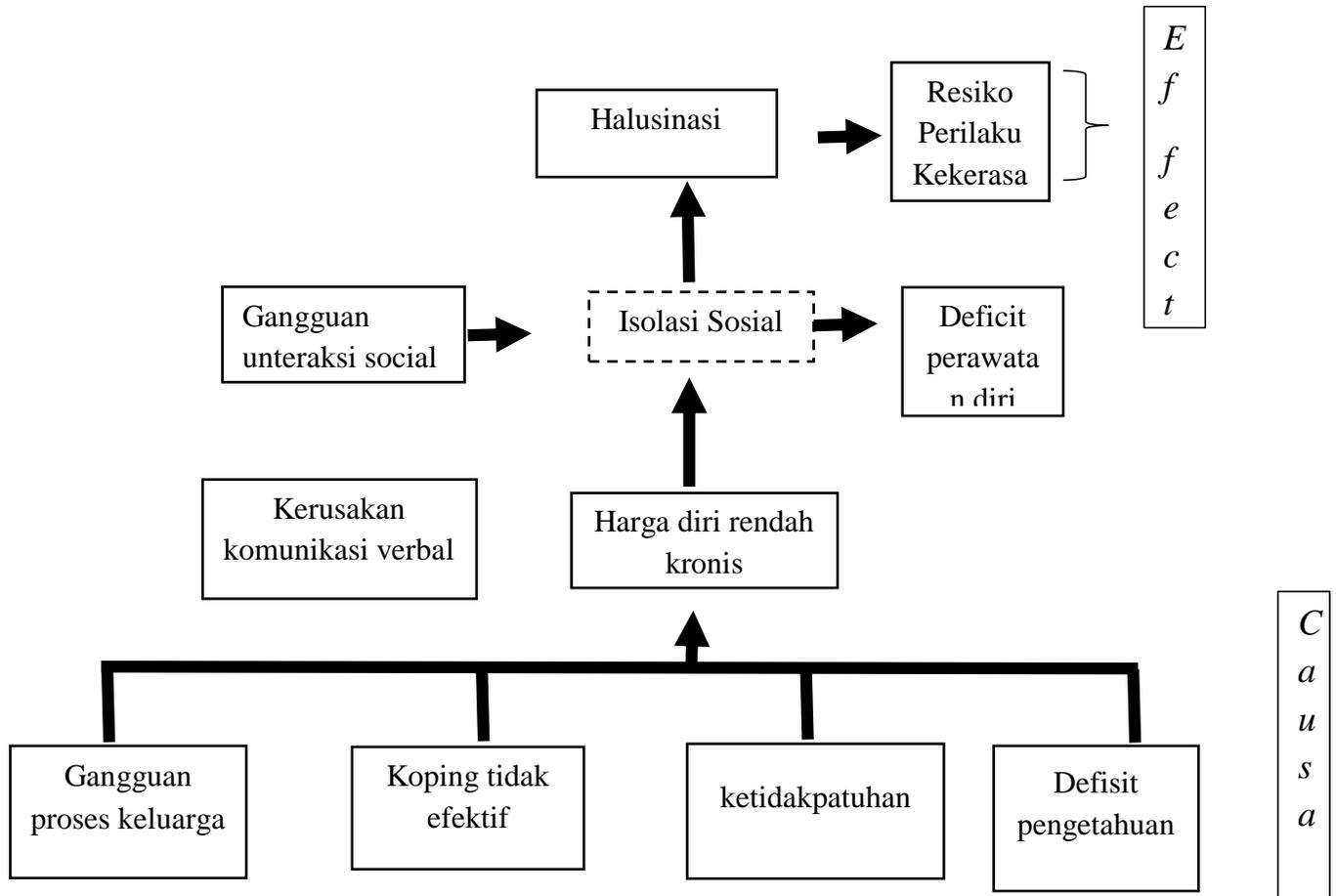


Diagram 2.2 Pohon Masalah

(Supinganto et al., 2021)

Keterangan:

 : Core Problem

2. Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan berdasarkan permasalahan (P) dengan etiologi (E) dan keduanya memiliki hubungan sebab akibat secara ilmiah. Diagnosa keperawatan memiliki penilaian klinis terhadap hasil tentang respon individu, keluarga maupun masyarakat secara actual maupun potensial yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Pada rumusan diagnosis keperawatan yang menggunakan *tripology single diagnosis*, maka rumusan diagnosis adalah menggunakan etiologi saja.

- a. Isolasi social
- b. Harga diri rendah kronik
- c. Perubahan persepsi sensori:halusinasi
- d. Koping keluarga tidak efektif
- e. Koping individu tidak efektif
- f. Intoleransi aktivitas
- g. Deficit perawatan diri
- h. Deficit pengetahuan
- i. Resiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan.

3. Rencana Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan memiliki empat komponen yang harus ada didalamnya: tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan dan rasional. Tujuan umum akan berfokus pada penyelesaian masalah atau problemnya, tujuan umum dapat tercapai jika tujuan khusus yang telah ditetapkan dapat tercapai. Dan tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologinya. Pada poin tujuan berfokus untuk mengukur pencapaian kemampuan pasien yang meliputi tiga aspek yaitu: kognitif, psikomotor dan afektif. Tindakan keperawatan harus menggambarkan tindakan keperawatan yang mandiri, serta kerja sama dengan pasien, keluarga, kelompok, dan kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa yang lain (Yusuf, A.H and R & Nihayati, 2015). Dalam menuliskan tujuan dan hasil kriteria keperawatan dapat

menggunakan pedoman SMART yaitu *Specific, Measureable, Achievable, Realistic, Time*. Selain itu pedoman penulisan tujuan dan kriteria hasil dapat berfokus pada pasien, singkat dan jelas, dapat diobservasi dan dapat diukur, ada batas waktu, ditentukan oleh perawat dan pasien (Mardiani, 2019).

a. Diagnosa : Isolasi sosial

b. Tujuan

Tujuan Umum : klien mampu berinteraksi dengan orang lain.

Tujuan Khusus :

1) Klien mampu menyebutkan minimal satu penyebab munculnya isolasi: diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Kriteria Hasil:

Klien mampu menyebutkan minimal satu penyebab munculnya isolasi: diri sendiri, lingkungan dan orang lain.

Intervensi:

- a) tanyakan klien tentang orang yang tinggal dirumah atau sekamar, orang yang paling dekat di ruang perawatan. Apa yang membuat klien dekat dengan orang tersebut, siapa yang orang yang tidak dekat dan kenapa. Upaya apa yang dilakukan oleh klien untuk dekat dengan orang lain.
- b) Diskusikan dengan klien penyebab isolasi sosial atau tidak mau bergaul dengan orang lain.
- c) Berikan pujian terhadap kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya.

2) Klien mampu menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain.

Kriteria Hasil:

Klien mampu menyebutkan keuntungan berinteraksi (banyak teman, tidak kesepian, bisa diskusi, saling menolong) dan kerugian tidak berinteraksi (sendiri, kesepian, tidak bisa diskusi) dari orang lain.

Intervensi:

- a) Tanyakan klien tentang manfaat berinteraksi sosial dan kerugian tidak

bderinteraksi sosial.

- b) Diskusikan klien tentang manfaat berinteraksi social dan kerugian tidak bderinteraksi sosial.
 - c) Beri pujian terhadap klien dalam mengungkapkan perasaannya.
- 3) Klien mampu melakukan interaksi sosial secara bertahap.

Kriteria Hasil:

Klien mampu melakukan interaksi bertahap dengan perawat, perawat lain, klien lain, keluarga dan kelompok/masyarakat.

Intervensi:

- a) Observasi perilaku klien saat berhubungan sosial
 - b) Jelaskan kepada klien cara berinteraksi dengan orang lain.
 - c) Beri contoh cara berbicara dengan orang lain.
 - d) Beri kesempatan klien mempraktikkan cara berinteraksi dengan orang lain yang di lakukan di hadapan perawat, berinterkasi dengan satu orang teman/keluarga, berinteraksi dengan dua, tiga, empat orang dan seterusnya.
 - e) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh klien.
 - f) Latih klien bercakap-cakap dengan anggota keluarga saat melakukan kegiatan harian dan rumah tangga.
 - g) Latih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sosial: belanja ke warung atau pasar.
 - h) Siap mendengarkan ekspresi perasaan dan ungkapan keberhasilan atau kegagalan klien saat berinteraksi, serta beri motivasi secara terus menerus agar klien tetap meningkatkan interaksinya.
- 4) Klien mampu mengungkapkan perasaannya setelah bersosialisasi dengan orang lain.

Kriteria Hasil:

Klien mampu mengungkapkan perasaan setelah bersosialisasi dengan orang

lain dan kelompok.

Intervensi:

- a) Diskusikan dengan klien tentang perasaannya setelah berinteraksi sosial dengan orang lain dan kelompok.
 - b) Beri pujian terhadap kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya.
- 5) Klien mampu mendapat dukungan dari system pendukung atau keluarga dalam memperluas hubungan sosial.

Kriteria Hasil:

Keluarga mampu menjelaskan tentang definisi dan tanda gejala isolasi sosial, penyebab dan akibat isolasi sosial, dan cara merawat klien dengan isolasi sosial

Intervensi:

- a) Diskusikan dengan keluarga pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku isolasi sosial.
 - b) Jelaskan kepada keluarga tentang isolasi sosial dan gejalanya, penyebab dan akibat isolasi sosial, dan cara merawat klien dengan isolasi sosial.
 - c) Latih keluarga cara merawat isolasi sosial.
 - d) Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang di latih.
 - e) Beri motivasi keluarga agar membantu klien untuk bersosialisasi.
 - f) Beri pujian kepada keluarga atas keterlibatan merawat klien
- 6) Klien mampu memanfaatkan obat dengan baik.

Kriteria Hasil:

Klien mampu menyebutkan manfaat minum obat, kerugian yang ditimbulkan akibat tidak minum obat, nama, warna, dosis, efek terapi dan efek samping obat, akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter.

Intervensi:

- a) Diskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama , warna, dosis, efek terapi, dan efek samping obat.
- b) Pantau klien saat minum obat.
- c) Beri pujian saat klien mengkonsumsi obat dengan benar.
- d) Diskusikan akibat putus obat tanpa konsultasi.
- e) Anjurkan klien untuk konsultasi dengan dokter atau perawat jika terjadi hal-hal yang tidak di inginkan.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Seluruh rencana keperawatan dapat disimpulkan dalam strategi pelaksanaan. Strategi pelaksanaan diberikan kepada individu, keluarga dan kelompok. Strategi pelaksanaan pada pasien isolasi sosial terdapat 4 SP dengan rincian:

a. Tindakan pada klien

Strategi Pelaksanaan 1 :

- 1) BHSP
- 2) Identifikasi penyebab isolasi sosial
- 3) Jelaskan keuntungan berinteraksi dengan orang lain
- 4) Jelaskan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
- 5) Latihan berinteraksi secara bertahap:

- a) Secara verbal: salam, menanyakan “bolehkah saya berkenalan dengan kamu?”, perkenalkan nama lengkap, nama panggilan, alamat dan hobi
- b) Secara nonverbal: posisi tubuh/sikap tubuh tegap, intonasi suara jelas, kontak mata (+) dan sejajar, tersenyum, menjabat tangan
- c) Latih berinteraksi dengan 1 orang
- d) Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

Strategi Pelaksanaan 2 :

- a. Evaluasi SP 1: melatih kegiatan sesuai kemampuan
- b. Latih cara mengontrol HDR dengan minum obat
 - 1) prinsip 5 benar minum obat
 - 2) manfaat minum obat
 - 3) efek samping obat
 - 4) cara menangani efek samping
 - 5) menjelaskan akibat putus obat
 - 6) control secara rutin ke fasyankes
- c. Masukkan ke dalam jadwal

Strategi Pelaksanaan 3:

- a. Evaluasi SP 1 dan SP 2
- b. Latih berinteraksi secara bertahap: berkenalan lebih dari 2 orang dengan membicarakan suatu topik
- c. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

Strategi Pelaksanaan 4:

- a. Evaluasi SP 1-3
- b. Latih berinteraksi, bermain, bertanya dan menjawab dengan kelompok
- c. Masukkan ke dalam jadwal
- b. Tindakan pada keluarga

Strategi pelaksanaan 1:

- 1) Identifikasi masalah yang dialami keluarga saat merawat klien
- 2) Edukasi tentang penyebab, proses terjadinya, tanda dan gejala, serta dampak dari isolasi social
- 3) Edukasi menciptakan lingkungan yang kondusif
- 4) Edukasi cara merawat klien untuk melatih klien bersosialisasi bertahap
- 5) Latih cara merawat klien dengan cara bercakap-cakap saat melibatkannya dalam kegiatan rumah tangga.
- 6) Edukasi membantu klien melaksanan jadwal latihan dalam kegiatan harian
- 7) Edukasi tentang tanda dan gejala apabila terjadi kekambuhan untuk segera dirujuk

Strategi pelaksanaan 2:

- 1) Evaluasi kegiatan SP1 dan beri pujian untuk setiap keberhasilan
- 2) Latih keluarga membantu klien bercakap-cakap dalam keterlibatan kegiatan rumah tangga.
- 3) Edukasi untuk membantu klien melaksanakan jadwal kegiatan harian
- 4) Edukasi tentang tanda dan gejala apabila terjadi kekambuhan untuk segera dirujuk

Strategi pelaksanaan 3:

- 1) Evaluasi kegiatan Sp1 dan 2, serta beri pujian untuk setiap keberhasilan
- 2) Latih keluarga untuk memberikan kesempatan pada klien melakukan kegiatan rumah tangga yang melibatkan orang lain, missal belanja diwarung.
- 3) Edukasi tentang tand dan gejala apabila terjadi kekambuhan untuk segera dirujuk

Strategi pelaksanaan 4:

- 1) Evaluasi kegiatan Sp1,2 dan 3 serta beri pujian untuk setiap keberhasilan

- 2) Latih keluarga untuk membantu klien bersosialisasi dengan masyarakat secara berkelompok seperti kerja bakti atau pengkajian
- 3) Beri dukungan positif setiap keberhasilan latihan kemampuan yang dilakukan keluarga klien
- 4) Edukasi tentang tanda dan gejala apabila terjadi kekambuhan untuk segera dirujuk.

c. Tindakan pada kelompok

Sesi 1: kemampuan memperkenalkan diri

- 1) Klien mampu menyebutkan jati diri sendiri: nama lengkap, asal dan hobi
- 2) Klien mampu menanyakan jati diri anggota kelompok lain: nama lengkap, nama panggilan dan hobi.

Sesi 2: kemampuan berkenalan dengan anggota kelompok terapi.

- 1) Klien mampu memperkenalkan diri dan menanyakan anggota kelompok lainnya (nama lengkap, nama panggilan, dan hobi).

Sesi 3: kemampuan bercakap-cakap dengan anggota kelompok terapi tentang topik umum

- 1) Klien mampu mengajukan pertanyaan tentang kehidupan pribadi kepada satu orang kelompok.
- 2) Klien mampu menjawab pertanyaan tentang kehidupan pribadi.

Sesi 4: kemampuan bercakap-cakap dengan anggota kelompok terapi tentang topik percakapan:

- 1) Klien mampu menceritakan topik yang ingin disampaikan
- 2) Klien mampu memilih topik yang ingin disampaikan
- 3) Klien mampu memberi pendapat tentang topik yang ingin disampaikan

Sesi 5: kemampuan bercakap-cakap dengan anggota kelompok terapi tentang topik masalah pribadi dengan orang lain:

- 1) Klien mampu menyampaikan masalah pribadi

2) Klien mampu memilih satu masalah pribadi yang ingin didiskusikan

3) Klien mampu memberi pendapat tentang topik yang dipilih

Sesi 6: kemampuan bekerja sama dalam permainan sosialisasi kelompok

1) Klien mampu bertanya dan meminta sesuai kebutuhan anggota kelompok lain.

2) Klien mampu menjawab dan memberi sesuai dengan permintaan

Sesi 7: evaluasi kemampuan bersosialisasi dengan cara menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS yang telah dilakukan

1) Klien mampu menyampaikan manfaat kegiatan TAKS

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

jenis- jenis Evaluasi dalam asuhan keperawatan antara lain :

- a. Evaluasi formatif (proses) adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas peayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan.
- b. Evaluasi Sumatif (hasil) Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan

perkembangan. Fokus evaluasi hasil (sumatif) adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna (Safitri, 2019).

Untuk memudahkan perawat dalam melakukan evaluasi dengan menggunakan komponen SOAP:

S: respon subjektif dari yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan

O: respons pasien yang di lihat berdasarkan hasil observasi perawat secara langsung kepada pasien, setelah tindakan keperawatan diberikan.

A: analisis berdasarkan dari data subjektif dan objektif kemudian diinterpretasikan apakah masalah masih ada, muncul baru atau ada data yang kontradiktif dengan masalah yang ada

P: perencanaan yang akan dilanjutkan, dilanjutkan atau di modifikasi

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 03 Mei 2021 di Yayasan Rehabilitas Galuh. Sumber informasi didapatkan dari pasien dan perawat penanggung jawab.

1. Identitas Pasien

Pasien Tn. F usia 58 Tahun dengan status perkawinan duda, beragama Islam, suku bangsa Betawi, dan pendidikan terakhir SD (Sekolah Dasar).

2. Alasan Masuk

Pasien Tn. F usia 58 tahun datang ke Yayasan Rehabilitas Galuh diantar oleh keluarga dengan keluhan klien suka berjalan sendiri dan orang tua khawatir jika terus berada di rumah. Pada tahun 2015 klien pernah ditemukan di jalanan, dan pernah dirawat di RS Jiwa Grogol selama 3 tahun, namun klien lupa pernah mengkonsumsi obat apa. Pada tahun 2018 klien masuk ke Yayasan Galuh dengan keluhan suka berjalan sendiri keluar rumah dan orang tua merasa khawatir selama 5 bulan, lalu dibawa pulang kerumah oleh keluarga selama setahun. 2020 klien masuk kembali dengan keluhan yang sama dan masih bertahan sampai saat ini.

3. Keluhan Utama

Klien tampak diam, menunduk, memainkan, kontak mata klien minimal. Klien mengatakan enggan berinteraksi dengan orang karna sudah hidup masing-masing dan percuma, klien mengatakan hanya mau mengobrol dengan orang yang nyambung saja, dan klien tampak menyendiri.

4. Faktor Predisposisi

Klien pernah mengalami gangguan jiwa di tahun 2015, dan pengobatan sebelumnya tidak berhasil. Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, saksi atau pun korban penganiayaan fisik, klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, saksi atau korban penganiayaan seksual, klien mengatakan

pernah menjadi korban, saksi, dan pelaku penolakan saat dirumah maupun dipanti dan membuat klien enggan untuk berinteraksi dengan sekitar dan membuat klien tidak nyaman namun klien lupa waktunya, klien mengatakan tidak pernah menjadi korban, saksi atau pelaku kekerasan dalam keluarga, klien mengatakan tidak pernah menjadi korban, saksi atau pelaku tindakan kriminal.

5. Faktor Presipitasi

Saat di panti klien sering di ejek oleh teman nya karna jelek, klien tidak marah dan hanya diam saja. Klien juga pernah mengalami penolakan saat di panti. Klien mengatakan tidak suka berbicara dengan orang-orang dipanti karna tidak nyambung. Klien mengatakan jika klien marah atau kesal hanya di pendam saja dan tidak pernah bercerita dengan siapa pun.

6. Pemeriksaan Fisik

Klien mengatakan tidak ada keluhan fisik, Tanda-tanda vital yang di dapatkan TD: 100/70 mmHg, N: 80x/m, Rr: 20x/m, S: 36,5°C, TB: 160, BB: 55 Kg IMT: 21,4. terdapat bekas luka di leher klien karna klien garuk namun sudah tidak gatal saat pengkajian.

Masalah Keperawatan: Gangguan Integritas Kulit

7. Psikososial

a. Genogram

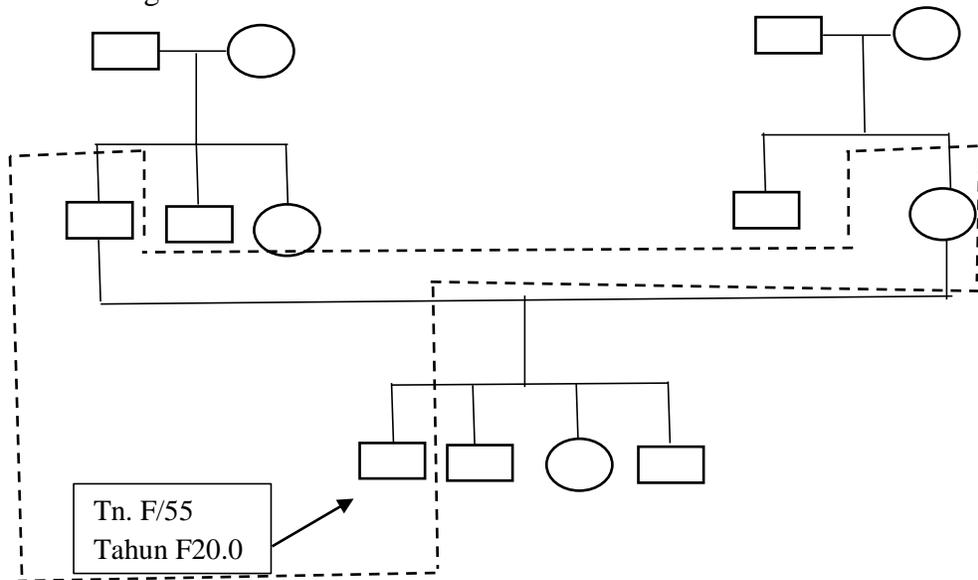


Diagram 3.3 Genogram Tn. F

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien
- : Tinggal Serumah
- : Garis perkawinan
- ⊥ : Cerai

Penjelasan:

Komunikasi dalam keluarga terjalin baik, sesama anggota keluarga suka saling bercengkrama pada malam hari, karna jika siang hari masing-masing anggota pergi bekerja. Klien mengatakan jika ada masalah atau sedang marah lebih senang di pendam

sendiri, dan tidak mau bercerita dengan siapa pun. Dalam keluarga yang mengambil keputusan adalah ibu. Pola asuh di dalam keluarga di didik untuk bisa mandiri, klien mengatakan dekat dengan ibu dan adik perempuannya. Saat ini adik perempuannya sudah tidak pernah menjenguk ke panti karna sudah berkeluarga.

Masalah Keperawatan: Koping Individu Tidak Efektif

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Klien mengatakan suka dengan pipi, karna pipi menggambarkan mimik seseorang. Dan klien mengatakan tidak ada anggota tubuh yang tidak disukai.

2) Identitas

Klien mengatakan puas sebagai seorang laki-laki karena sudah menjadi kodrat dari Tuhan.

3) Peran

Klien mengatakan tidak puas dengan perannya sebagai seorang ayah untuk saat ini karena sudah tidak bisa lagi menafkahi dan menjaga anak istri.

4) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera pulang kerumah agar bisa berkumpul dengan keluarganya.

5) Harga diri

Klien mengatakan pernah merasa putus asa karna ditolak saat mencari pekerjaan dan tidak bisa memiliki banyak uang.

Masalah Keperawatan: HDRK

c. Hubungan Sosial

1) Orang yang berarti

Klien mengatakan dirumah tinggal dengan ibu, bapak, adik, istri anak, dan keponakan. Klien mengatakan orang yang paling berarti dihidupnya adalah ibu.

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Klien mengatakan pernah mengikuti pengajian dirumah maupun dipanti dan berperan sebagai pendengar.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak suka berinteraksi dengan banyak orang karna merasa tidak nyaman dan percuma, klien hanya mau mengobrol dengan orang yang nyambung.

Masalah Keperawatan: Isolasi Sosial

d. **Spiritual**

1) Nilai dan keyakinan:

Klien mengatakan dulu dirinya beragama Kristen dan sekarang sudah beragama islam. Klien mengatakan tanggapan agama tentang keadaan nya saat ini adalah sebuah nasib dari Allah yang harus dijalani. Klien mengatakan yakin akan sembuh karna klien yang mengetahui sendiri kondisinya saat ini,

2) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan terkadang shalat, namun sepertinya klien lupa akan urutan dan jumlah rakaat dalam shalat. Klien juga mengatakan terkadang mengikuti pengajian namun klien mengatakan lupa jadwal nya.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

8. Status Mental

a. Penampilan

Klien tampak bersih dan rapih, menggunakan pakaian sesuai dengan biasanya, klien tampak tidak menggunakan alas kaki, klien tidak bau, gigi klien tampak bersih, terlihat bekas luka di leher klien, klien mampu melakukan BAK dan

BAB secara mandiri, kuku klien tampak panjang dan sedikit hitam.

Masalah Keperawatan: Defisit perawatan diri

b. Pembicaraan

Klien tidak mampu memulai pembicaraan, saat interaksi dengan perawat suara klien lambat namun keras, berbicara hanya untuk menjawab pertanyaan perawat dan selebihnya hanya diam.

Masalah Keperawatan: Isolasi Sosial

c. Aktivitas Motorik

Klien tampak gelisah, tampak memainkan jari dan menunduk saat interaksi dengan perawat, kontak mata klien minimal dan jarang menatap mata perawat.

Masalah Keperawatan: Isolasi Sosial

d. Alam Perasaan

Klien tampak khawatir saat perawat membicarakan mengenai isolasi social dan interaksi, klien tampak tidak fokus dan memainkan jari-jari.

Masalah Keperawatan: Isolasi Sosial

e. Afek

Afek klien tumpul, yaitu klien tampak tertawa saat bercanda/menceritakan sesuatu yang menyenangkan, dan saat tidak bercanda wajah klien tampak biasa saja seperti awal.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

f. Interaksi selama wawancara

Klien tampak kooperatif saat interaksi dengan perawat, kontak mata minimal, namun sesekali mampu menatap mata perawat.

Masalah Keperawatan: tidak ditemukan masalah keperawatan

g. Persepsi

Klien mengatakan terkadang mendengar suara yang menyuruhnya untuk berjalan keluar agar tidak bosan, namun klien mengatakan lupa waktu munculnya suara tersebut, suara tersebut juga yang terkadang menjaganya dari

hal-hal yang membahayakan, klien mengatakan menyukai suara tersebut karna sering menjaganya, jenis halusinasi ini adalah halusinasi pendengaran.

Klien mengatakan terkadang mencium bau comberan di barak pada saat siang hari, kurang lebih selama satu menit, klien tidak menyukai bau itu dan ingin mengusir bau tersebut, jenis halusinasinya ini adalah halusianasi penciuman.

h. Proses Pikir

Klien tampak diam saat berinteraksi namun dapat mengobrol kembali jika di tanya.

i. Isi Pikir

Klien mengatakan sangat takut dengan setan, karna wujudnya yang menyeramkan.

j. Waham

Klien tampak tidak mengalami waham.

Masalah Keperawatan: tidak di temukan masalah keperawatan.

k. Tingkat kesadaran

Saat ditanya mengenai hari, tanggal, bulan dan tahun saat ini klien mengatakan lupa hari dan tanggal namun ingat bulan dan tahunsaat ini. Klien tampak kooperatif saat interaksi dengan perawat.

Masalah Keperawatan: tidak di temukan masalah keperawatan.

l. Memori

Klien mengatakan lupa kejadian dalam jangka 2 bulan dan 6 bulan yang lalu.

Masalah Keperawatan:

m. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien dapat menjawab dengan benar atas pertanyaan soal cerita yang diberikan oleh perawat.

Masalah Keperawatan: tidak di temukan masalah keperawatan.

n. Kemampuan penilaian

Saat perawat memberikan pilihan “makan dulu/tidur dulu” sebanyak tiga kali dan klien selalu memilih makan dulu karna tidak bisa tidur jika keadaan perut sedang lapar.

Masalah Keperawatan: tidak di temukan masalah keperawatan.

o. Daya tilik diri

Klien mengatakan menyadari bahwa dirinya sakit kejiwaan sehingga klien di larikan ke panti ini.

Masalah Keperawatan: tidak di temukan masalah keperawatan.

p. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Klien tampak mampu makan secara mandiri dan selalu menghabiskan makanan yang diberikan. Sebelum makan klien mencuci tangan dan setelah makan klien mencuci tangan nya kembali.

2) BAK/BAB

Klien mampu BAB/BAK secara mandiri dan menyiramnya dengan bersih
Masalah Keperawatan: tidak di temukan masalah keperawatan.

3) Mandi

Klien mampu mandi secara mandiri, klien mengatakan mandi 2 kali sehari dan menggunakan sabun, sikat gigi menggunakan pasta gigi dan sikat gigi, jika keramas klien menggunakan sampo.

4) Berpakaian/berhias

Klien mampu menggunakan pakaian secara mandiri dengan benar dan sesuai. Di panti selama sebulan sekali rambut janggut dan kumis selalu dicukur.

5) Istirahat dan tidur

Klien mengatakan jika tidur siang mulai pukul 13.00 sampai dengan 15.00. dan tidur malam mulai pukul 19.00 sampai dengan 07.00. tidak ada kebiasaan yang klien lakukan sebelum tidur.

6) Penggunaan obat

Klien mampu minum obat yang diberikan oleh perawat secara mandiri. Klien mengetahui obat yang ia konsumsi yaitu CPZ dan diberikan saat klien tidak bisa tidur.

7) Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan bahwa di panti selalu rutin di cek oleh dokter selama sebulan sekalia atau jika ada keluhan.

8) Kegiatan di dalam rumah

Klien mengatakan jika dirumah, makanan nya disiapkan oleh ibu atau istri dan makan bersama, dirumah klien membantu ibunya berjualan, yang selalu mencuci pakaian adalah istri dan yang mengatur keuangan adalah istri.

9) Kegiatan di luar rumah

Klien mengatakan terkadang membantu ibunya belanja keperluan jualan dan mampu menggunakan angkot saat keluar rumah.

Masalah keperawatan: tidak di temukan masalah keperawatan

10) Masalah koping

Klien mengatakan jika ada masalah atau sedang kesal hanya suka memendam nya sendiri dan tidak menceritakan nya kepada siapa pun. Klien hanya bisa sabar dan menerima.

Masalah keperawatan: koping individu tidak efektif

11) Masalah psikososial dan lingkungan

Klien mengatakan pernah dibully karna jelek, klien mengatakan pernah mengalami penolakan yang membuatnya enggan berinteraksi dengan orang, klien saat ini hanya lulusan SD dan klien tidak punya pekerjaan serta penghasilan, ukuran rumah yang ditempati saat ini tidak sebanding dengan isi orang yang didalam nya, rumah klien jauh dengan fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit, klien juga sudah bercerai dengan istri nya namun klien mengatakan lupa waktunya.

Masalah Keperawatan: Isolasi sosial, HDRK

12) Pengetahuan Kurang Tentang

Klien mengatakan tidak mengetahui persis apa itu penyakit jiwa, faktor predisposisi, coping, system pendukung, dan penyakit fisik. Namun klien mengatakan mengenai obat CPZ.

Masalah Keperawatan: Defisit pengetahuan

13) Aspek Medis

- a) Diagnosa Medis : F20.0 Skizofrenia paranoid
- b) Terapi medis : CPZ (Jika perlu)

14) Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

Tanggal/ jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
Senin, 03 Mei 2021	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan enggan berinteraksi dengan orang. • Klien mengatakan pernah mengalami penolakan • Klien mengatakan percuma berkenalan dengan orang lain karna orang-orang disini tidak mau disalahkan. 	Isolasi Sosial

	<ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan hanya mau berinteraksi dengan orang yang nyambung.• Klien mengatakan tidak nyaman saat berinteraksi dengan banyak orang.• Klien mengatakan putus asa karna pernah mengalami penolakan saat mencari pekerjaan dan tidak bisa mempunyai uang banyak.• Klien mengatakan pernah di bully karna jelek dan klien malu. <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien tampak tidak mampu memulai pembicaraan• Klien tampak menunduk dan memainkan jari saat interaksi	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak khawatir dan gelisah saat perawat membicarakan mengenai isolasi sosial dan penting nya interaksi dengan orang lain. • Klien tampak diam saat interaksi dan menjawab jika diberikan pertanyaan. • Klien tampak sering menyendiri. • Klien tampak gelisah saat interaksi • Klien tampak menunduk dan memainkan jari • Kontak mata klien minimal • Afek klien tumpul 	
<p>Senin, 03 Mei 2021</p>	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan terkadang mencium bau comberan di barak pada saat siang hari. • Klie mengatakan 	<p>GSP: Halusinasi Penciuman</p>

	<p>kurang lebih selama satu menit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tidak menyukai bau itu dan ingin mengusir bau tersebut. <p>Data Objektif:</p> <p>Tidak tampak tanda-tanda halusinasi</p>	
Senin, 03 Mei 2021	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan terkadang mendengar suara yang menyuruhnya untuk berjalan keluar agar tidak bosan. • Klien mengatakan lupa waktu munculnya suara tersebut. • Klien mengatakan suara tersebut juga yang terkadang menjaganya dari hal-hal yang membahayakan. • Klien mengatakan menyukai suara 	GSP: Halusinasi pendengaran

	<p>tersebut karna sering menjaganya.</p> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terkadang klien tampak suka berkeliling aula beberapa kali dan setelah itu duduk. 	
Senin, 03 Mei 2021	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak suka menceritakan masalah nya kepada orang lain • Klien mengatakan lebih suka menyimpan nya sendiri. <p>Data Objektif:</p> <p>klien tampak menyendiri</p>	Koping individu tidak efektif
Senin, 03 Mei 2021	<p>Data Subjektif:</p> <p>Klien mengatakan mandi 1 kali sehari saat pagi hari.</p> <p>Klien mengatakan ganti baju sehari sekali</p>	Defisit Perawatan Diri

	<p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak bersih dan rapih • Klien tidak menggunakan alas kaki • Gigi klien bersih • Klien tidak bau • Kuku klien panjang dan sedikit hitam • Klien tampak menggunakan baju dengan benar • Klien tampak menggunakan baju dan celana dengan benar 	
<p>Senin, 03 Mei 2021</p>	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak mengetahui apa itu penyakit jiwa, faktor predisposisi, koping, system pendukung, dan penyakit fisik. Namun klien mengatahui mengenai obat CPZ. • Pendidikan terakhir klien SD 	<p>Defisit pengetahuan</p>

	<p>Data Objektif:</p> <p>Klien tampak bingung saat di tanya</p>	
--	--	--

15) Pohon Masalah

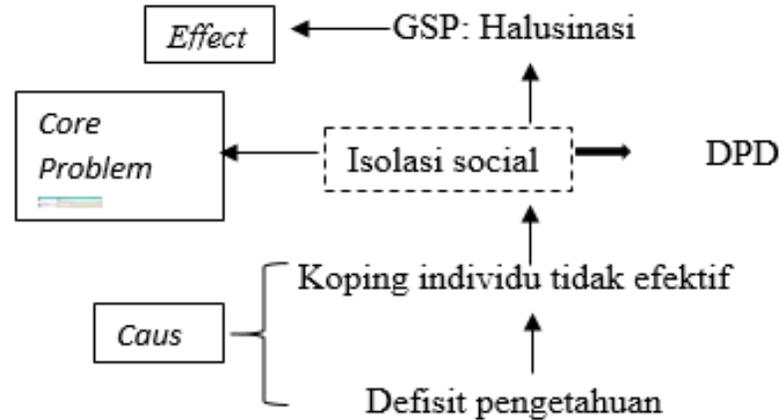


Diagram 3.2 Pohon Masalah Pada Tn. F

B. Daftar Diagnosa Keperawatan

- a. Isolasi sosial
- b. Koping individu tidak efektif
- c. Halusinasi
- d. Defisit perawatan diri
- e. Defisit pengetahuan

C. Rencana Tindakan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial

a. Tujuan Umum

Klien mampu berinteraksi secara bertahap

b. Tujuan Khusus 1

Setelah dilakukan 3 kali interaksi klien mampu membina hubungan saling percaya.

Kriteria evaluasi:

Setelah dilakukan 3 kali interaksi klien menunjukkan wajah bersahabat, kontak mata ada, mampu berkenalan dengan orang lain dengan cara yang benar.

Tindakan Keperawatan

- 1) Membina hubungan saling percaya
 - a) Mengungkapkan salam setiap kali interaksi dengan klien
 - b) Berkenalan dengan klien, perkenalkan nama lengkap, nama panggilan yang disukai, hobi dan tempat tinggal
 - c) Menanyakan perasaan dan keluhan klien saat ini
 - d) Buat kontrak asuhan keperawatan.
 - e) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi untuk keperluan terapi.
 - f) Tunjukkan sikap empati terhadap klien
 - g) Penuhi kebutuhan dasar klien bila memungkinkan

c. Tujuan khusus 2

Setelah dilakukan 3 kali interaksi klien mampu menyadari isolasi sosial yang dialaminya.

Kriteria evaluasi

Klien mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial

Tindakan keperawatan

- 1) Membantu klien menyadari isolasi sosial
 - a) Tanyakan pendapat klien tentang kebiasaan berinteraksi dengan
 - b) orang lain.
 - c) Tanyakan apa yang menyebabkan klien tidak ingin berinteraksi
 - d) dengan orang lain.
 - e) Diskusikan keuntungan bila klien memiliki banyak teman dan
 - f) bergaul akrab dengan mereka
 - g) Diskusikan kerugian bila klien mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain.
 - h) Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik klien.

d. Tujuan Khusus 3

Setelah dilakukan 3 kali interaksi di harapkan klien mampu berinteraksi secara bertahap

Kriteria evaluasi

Klien dapat berinteraksi , dan berkenalan dengan orang lain.

Tindakan keperawatan:

- 1) Melatih klien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
 - a) Jelaskan kepada klien cara berinteraksi dengan orang lain.
 - b) Berikan contoh cara berbicara dengan orang lain.
 - c) Beri kesempatan klien mempraktikan cara berinteraksi dengan orang lain yang dilakukan di hadapan perawat.
 - d) Bantu klien berinteraksi dengan satu orang teman.
 - e) Bila klien menunjukkan kemandirian, tingkatkan jumlah interaksi dengan dua orang atau lebih
 - f) Beri pujian untuk setiap kemajuan
 - g) Latih klien bercakap-cakap dengan keluarga atau teman saat ada kegiatan

- h) Libatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok
- i) Siap mendengarkan ekspresi klien setelah melakukan interaksi.

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Selasa, 4 Mei 2021 SP 1 Isolasi Sosial

Data subjektif:

- Klien mengatakan percuma berkenalan dengan orang lain
- Klien mengatakan enggan berkebalan dengan orang lain karna akan di tolak
- Klien mengatakan pernah mengalami penolakan
- Klien mengatakan malas berinteraksi karna tidak nyaman
- Klien mengatakan hanya mau berinteraksi dengan orang yang nyambung

Data Objektif:

- Klien tampak tidak menyukai topik pembicaraan
- Klien tampak menunduk dan memainkan jari saat interaksi
- Klien tampak khawatir saat sedang membicarakan isolasi sosial
- Suara klien lambat namun keras
- Kontak mata klien minimal
- Klien hanya diam, dan berbicara jika di tanya
- Klien tampak suka menyendiri.

Tindakan Keperawatan SP 1 Isolasi Sosial

1. BHSP
2. Identifikasi keuntungan interaksi
3. Identifikasi kerugian tidak berinteraksi
4. Latih berkenalan dengan 1 orang
5. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Rencana tindak lanjut:

- Evaluasi SP 1
- Latih mengontrol isolasi sosial dengan minum obat

Evaluasi Kperawatan**Subjektif:**

- Klien mengucapkan salam
- Klien mengatakan malas berinteraksi dengan yang lain, karna klien merasa tidak nyambung mengobrol dengan mereka
- Klien mengatakan keuntungan berinteraksi adalah mempunyai teman, namun klien menolak berteman dengan teman-temannya dipanti. Karna menurut klien sudah hidup masing-masing saja.
- Klien mengatakan kerugian tidak berinteraksi adalah tidak mempunyai teman

Objektif:

- Klien tampak mengucapkan salam dan berjabat tangan dengan perawat
- Klien memperhatikan saat perawat mempraktikkan cara berkenalan
- Klien mencoba mendemonstrasikan ulang, cara berkenalan dengan orang lain dengan mengucapkan salam dan memperkenalkan nama lengkap, nama panggilan, hobi, dan tempat tinggal.

Analisa:

- Isolasi Sosial
- Kemampuan klien bertambah yaitu mampu berkenalan dengan 1 orang.
- Tanda dan gejala isolasi sosial masih ada.

Planning

- Pasien: evaluasi SP 1
- Perawat: latih mengontrol isolasi sosial dengan minum obat

Rabu, 4 Mei 2021 SP 3 Isolasi sosial

Data subjektif:

- Klien mengatakan sudah memiliki satu teman yaitu Ny. S
- Klien mengatakan belum bisa berinteraksi dengan banyak orang.

Data objektif:

- Klien tampak sudah memiliki satu teman
- Klien sudah mampu mengobrol dan membuka obrolan

Tindakan Keperawatan SP 3 Isolasi Sosial

1. Latih mengontrol isolasi sosial dengan berkenalan dengan 2 orang/mengobrol

Rencana tindak lanjut

- Evaluasi SP 1 dan 3
- Latih isolasi sosial berkenalan dengan kelompok atau melakukan kegiatan secara kelompok.

Evaluasi Keperawatan

Subjektif:

- Klien mengucapkan salam
- Klien mengucapkan salam kepada Ny. S
- Klien mengatakan kabarnya baik hari ini
- Klien memperkenalkan namanya kepada teman barunya yaitu Tn. S
- Klien menanyakan nama panjang, nama panggilan, hobi dan tempat tinggal Tn. S

- Klien ingin bercerita tentang hobi dan pekerjaannya kepada Tn. S dan Ny. S

Objektif:

- Klien mengucapkan salam dan berjabat tangan dengan perawat dan Ny. S
- Klien tampak berkenalan dengan teman barunya
- Klien mampu menatap mata lawan bicara selama kurang lebih 1 menit
- Suara klien kuat dan jelas
- Klien tampak bercerita bersama Ny. S dan Tn. S

Analisa:

- Isolasi sosial
- Kemampuan klien sudah bertambah yaitu berkenalan dengan satu orang, minum obat, dan berkenalan dengan 2 orang.
- Tanda dan gejala isolasi sosial berkurang

Planning:

- Pasien: evaluasi SP 1 dan 3
- Perawat: Latih mengontrol isolasi sosial berkenalan dengan kelompok atau melakukan kegiatan secara kelompok.

Kamis, 5 Mei 2021 SP 4 Isolasi Sosial

Data Subjektif:

- Klien mengucapkan salam
- Klien mengatakan semalam tidurnya nyenyak
- Klien mengatakan sudah memiliki dua teman
- Klien mengatakan sudah mengobrol dengan temannya
- Klien mengucapkan istigfar

Data Objektif:

- Klien tampak mengucapkan salam dan berjabat tangan dengan perawat
- Klien tampak sudah mampu membuka obrolan
- Klien tampak dapat mempertahankan kontak mata dengan lawan bicara

Tindakan keperawatan SP 4 Isolasi Sosial

Latih berkenalan secara kelompok atau mengikuti kegiatan secara berkelompok

Rencana tindak lanjut

- Evaluasi SP 1, 3 dan 4
- Latih mengontrol isolasi sosial dengan minum obat
- Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

Evaluasi**Data Subjektif:**

- Klien mengatakan sudah berkenalan dengan dua orang
- Klien mengatakan sudah berkenalan dengan dua orang teman yaitu Tn. E dan Ny. S
- klien mengatakan sudah mengajak ngobrol Ny. S
- Klien memperkenalkan diri di dalam kelompok besar

Data Objektif:

- Klien tampak sudah mampu memulai pembicaraan dengan Ny. S dan perawat E
- Klien tampak sudah mampu mempertahankan kontak mata dengan lawan bicara
- Klien tampak memperkenalkan diri dengan baik di dalam kelompok
- Klien tampak ikut bergoyang saat melakukan terapi aktivitas kelompok

- Klien tampak mengikuti kegiatan dengan baik dan mengikuti sampai acara selesai

Analisa:

- Isolasi Sosial
- Kemampuan klien bertambah dari pertemuan sebelumnya
- Tanda dan gejala isolasi sosial berkurang

Planning:

- Pasien: evaluasi SP 1,3 dan 4
- Perawat: latih mengontrol isolasi sosial dengan minum obat

Jum'at, 6 Mei 2021 SP 2 Isolasi Sosial

Data Subjektif:

- Klien mengucapkan salam
- Klien mengatakan semalam tidurnya nyenyak
- Klien mengatakan senang karna sudah memiliki teman
- Klien mengatakan sudah tidak kesepian lagi

Data Objektif:

- Klien tampak sudah mampu berinteraksi dengan orang lain
- Klien dapat menyebutkan nama teman yang sudah di ajak kenalan dan mengobrol
- Kontak mata klien positif
- Klien sudah mampu memulai pembicaraan
- Klien sudah mampu bersenda gurau dengan Ny. S

Tindakan keperawatan SP 2 Isolasi sosial

Latih mengontrol isolasi sosial dengan minum obat

Rencana tindak lanjut

Evaluasi SP 1,2,3 dan 4

Evaluasi**Data Subjektif:**

Klien mengatakan hanya mengkonsumsi satu jenis obat yaitu CPZ, warna obatnya adalah orange dan di konsumsi terkadang saja

Data Objektif:

Klien menyebutkan nama, warna dan waktu minum obat

Analisa:

- Isolasi sosial
- Kemampuan klien bertambah dari pertemuan sebelumnya
- Tanda dan gejala isolasi sosial tidak ada

Planning:

- Pasien: evaluasi SP 1,2,3 dan 4
- Perawat: evaluasi SP 1,2,3 dan 4

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Skizofrenia

Pada Tn. F didapatkan diganosa medis F.20.0 yaitu skizofrenia paranoid. Skizofrenia paranoid yang paling umum ditemukan atau yang jelas terlihat adalah waham dan halusinasi auditorik. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu merasa di kejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya (Sutejo, 2018).

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa Tn. F pernah mengalami halusinasi pendengaran pada tahun 2015 sehingga Tn. F dilarikan ke grogol oleh orang tuanya, karna orang tuanya merasa khawatir terhadap Tn. F yang suka berjalan sendiri ke jalan raya dan jarang pulang. Keluhan yang ada saat ini adalah klien enggan berkenalan dengan orang lain, klien hanya mau mengobrol dengan orang yang nyambung saja, klien tampak menyendiri, klien tampak menunduk saat diajak interaksi, tidak ada kontak mata, klien masih memiliki gejala halusinasi pendengaran namun hanya muncul sesaat saja dan tidak sering. Dari data di atas penulis menyimpulkan bahwa diagnose medis dan keadaan saat ini sesuai, karna klien sudah pernah menjalani pengobatan di Rs. Grogol selama 3 tahun dengan keluhan halusinasi dan saat ini sudah mengalami perbaikan saat ini.

Tn. F saat ini hanya mengkonsumsi CPZ saja dengan jadwal minum yang tidak menentu. CPZ atau Chlorpromazine adalah obat untuk menangani gejala psikosis pada skizofrenia. Chlorpromazine adalah salah satu antipsikosis yang paling luas digunakan pada klien dengan skizofrenia. Obat ini berfungsi untuk mengobati gangguan mental tertentu seperti skizofrenia, gangguan psikotik

dengan gejala seperti berhalusinasi, dan gangguan perilaku pada anak-anak. Obat ini memiliki efek samping pusing, sakit kepala, mulut kering, penglihatan kabur, mual, cemas yang berlebihan, detak jantung tidak beraturan dan kram otot. Chlorpromazine bekerja dengan cara menghambat reseptor dopamine D2 yang ada di otak sehingga dapat meredakan gejala psikosis. Obat ini akan membantu penderita skizofrenia untuk dapat berpikir lebih jernih, lebih tenang, dan mengurangi halusinasi. Obat di dokumentasikan dalam rekam medis klien, dan obat tersebut di pegang oleh perawat pengawas yang akan diberikan jika klien susah tidur. Yang perlu diperhatikan dalam pemberian obat kepada klien yaitu jadwal pemberian dan dosis pemberian karna akan berpengaruh pada proses penyembuhan klien.

B. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan kepada Tn. F meliputi Faktor predisposisi meliputi faktor perkembangan, faktor biologis, faktor sosiokultural dan faktor presipitasi meliputi stressor sosiokultural, psikologik, intelektual dan fisik. Pada teori dikatakan faktor predisposisi pada klien dengan isolasi sosial diantaranya faktor perkembangan, faktor biologis, dan faktor sosial budaya. Faktor predisposisi yang di alami Tn. F yaitu faktor psikologis karena klien pernah mengalami penolakan saat di rumah maupun di lingkungan, klien juga pernah mengalami gangguan jiwa dan di rawat di Grogol pada tahun 2015 karna sering berjalan keluar rumah dan berjalan sendiri di jalan raya yang membuat orang tua khawatir dan akhirnya membawa Tn. F ke Grogol.

Pada teori dikatakan faktor presipitasi klien dengan isolasi sosial diantaranya faktor sosiokultural, psikologis, dan stressor intelektual. Pada Klien ditemukan faktor yang menyebabkan isolasi sosial adalah faktor psikologis, bahwa klien memiliki kepribadian (*introvert*) yaitu suka memendam masalah sendiri, dan suka menyimpan emosi nya sendiri. Kepribadian introvert juga menjadi salah

satu penyebab isolasi sosial, dan dibuktikan dalam penelitian Mei Endang Yunalia tahun 2015 mengatakan bahwa ada hubungan antara tipe kepribadian introvert dengan isolasi sosial. Penelitian yang dilakukan oleh Mamnu'ah dan Fadli Muhamad mengatakan bahwa orang dengan kepribadian introvert memiliki resiko 6 kali lebih beresiko mengalami gangguan jiwa.

Mekanisme koping pada teori mengatakan ada dua pertahanan yang biasa digunakan oleh klien dengan isolasi sosial diantaranya ada proyeksi (menyalahkan orang lain tentang kesulitannya sendiri atau melemparkan kepada orang lain keinginannya yang tidak baik) dan pemisah (ketidakmampuan untuk mengintegrasikan aspek baik dan buruk dari diri sendiri dan berbagai objek). Pada kasus Tn. F ditemukan data bahwa Tn. F tidak mau berinteraksi dengan orang lain karena menganggap sudah hidup masing-masing dan percuma berinteraksi, menunjukkan bahwa mekanisme koping pada Tn. F adalah pemisah dimana Tn. F tidak mampu mengintegrasikan aspek baik dan buruk berinteraksi dengan orang lain.

Pohon masalah yang didapatkan pada teori yaitu Isolasi sosial, harga diri rendah kronik, perubahan persepsi sensori: halusinasi, koping keluarga tidak efektif, koping individu tidak efektif, intoleransi aktivitas, defisit perawatan diri, defisit pengetahuan, resiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan.

Pada kasus Tn. F pohon masalah yang ditemukan adalah isolasi sosial, koping individu tidak efektif, GSP: halusinasi pendengaran, GSP: halusinasi penciuman, defisit perawatan diri, gangguan integritas kulit, defisit pengetahuan. Penulis tidak mengangkat diagnose koping keluarga tidak efektif karena hubungan klien dengan keluarga terjalin baik dibuktikan dengan ibu klien suka mengobrol dengan keluarga saat waktu luang. Penulis tidak mengambil

diagnosa intoleransi aktivitas karna klien masih mampu menjalani aktivitas sehari-sehari secara mandiri.

Menurut hasil pengkajian yang dilakukan perawat, klien menunjukkan tanda dan gejala klien enggan berinteraksi dengan orang lain, dan hanya mau berinteraksi dengan orang-orang yang menurut klien nyambung saja, klien tidak mampu memulai pembicaraan, klien tampak menunduk dan memainkan jari jari saat berinteraksi dengan perawat, tidak ada kontak mata dan hanya sesekali melirik perawat, klien tampak khawatir dan diam saja.

Faktor pendukung saat melakukan asuhan keperawatan yaitu klien kooperatif dan mau diajak diskusi.

C. Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan berdasarkan permasalahan (P) dengan etiologi (E) dan keduanya memiliki hubungan sebab akibat secara ilmiah. Diagnos keperawatan memiliki penilaian klinis terhadap hasil tentang respon individu, keluarga maupun masyarakat secara actual maupun potensial yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Pada rumusan diagnosis keperawatan jiwa berbeda dengan biasanya, dimana hanya muncul prombem nya saja atau masalah tunggal dan terdapat *core problem* atau masalah utama.

Pada teori didapatkan diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan isolasi sosial diantaranya Isolasi sosial, harga diri rendah kronik, perubahan persepsi sensori:halusinasi, koping keluarga tidak efektif, koping individu tidak efektif, intoleransi aktivitas, defisit perawatan diri, defisit pengetahuan, resiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan.

Pada kasus Tn. F didapatkan diagnosa isolasi sosial, koping individu tidak efektif, GSP: halusinasi pendengaran, GSP: halusinasi penciuman, defisit

perawatan diri, defisit pengetahuan. Isolasi sosial sebagai *core problem* dengan data klien mengatakan enggan berinteraksi dengan orang, Klien mengatakan pernah mengalami penolakan Klien mengatakan percuma berkenalan dengan orang lain karna orang-orang disini tidak mau disalahkan. Klien mengatakan hanya mau berinteraksi dengan orang yang nyambung, klien tampak tidak mampu memulai pembicaraan, klien tampak menunduk dan memainkan jari saat interaksi, klien tampak khawatir dan gelisah saat perawat membicarakan mengenai isolasi sosial dan pentingnya interaksi dengan orang lain, kontak mata minimal, klien tampak diam saat interaksi dan menjawab jika diberikan pertanyaan, tampak sering menyendiri. Lalu diikuti oleh halusinasi, menjadi *affect* dan defisit pengetahuan dan koping individu tidak efektif menjadi *causa*.

Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosa, penulis terbantu dengan adanya referensi buku. Faktor yang menjadi penghambat bagi penulis adalah kurangnya data-data yang menunjang untuk menegakan diagnosa pada klien.

D. Perencanaan

Rencana tindakan keperawatan memiliki empat komponen yang harus ada didalamnya: tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan dan rasional. Tujuan umum akan berfokus pada penyelesaian masalah atau problemnya, tujuan umum dapat tercapai jika tujuan khusus yang telah ditetapkan dapat tercapai. Dan tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologinya. Dalam menuliskan tujuan dan hasil kriteria keperawatan dapat menggunakan pedoman SMART yaitu *Specific, Measureable, Achievable, Rasionable, Time*. Selain itu pedoman penulisan tujuan dan kriteria hasil dapat berfokus pada pasien, singkat dan jelas, dapat diobservasi dan dapat diukur, ada batas waktu, ditentukan oleh perawat dan pasien.

Specific pada kasus memiliki tujuan umum yaitu klien mampu bersosialisasi secara bertahap. *Measureable* pada kasus yaitu klien mampu membina hubungan saling percaya, klien menyadari keuntungan dan kerugian tidak bersosialisasi, mengetahui cara berkenalan dengan orang lain, mampu berkenalan dengan 1 atau 2 orang, dan mampu mengontrol isolasi sosial dengan minum obat. *Achievable* pada kasus klien mampu berkenalan dengan orang lain, *reasonable* perawat melakukan SP secara bertahap menyesuaikan dengan kondisi klien, *time* pada kasus yaitu perawat menargetkan beberapa kali pertemuan saat SP kepada klien.

Perencanaan yang digunakan pada kasus menggunakan strategi pelaksanaan isolasi social dengan rincian SP 1 direncanakan sebanyak 3 kali dengan pertimbangan klien belum terbuka dan masih memberikan sikap tertutup pada awal pengkajian, SP 2 1 kali dengan pertimbangan klien sudah mengetahui obat yang di konsumsi, namun di lapangan perawat pengawas tidak memberikan contoh obat kepada penulis, dan penulis tidak memberikan obat kepada klien, dan hanya menunjukan gambar saja. Saat dipanti obat di pegang oleh perawat pengawas, klien hanya diberikan obat jika tidak bisa tidur, dan tidak diberikan secara rutin oleh perawat pengawas. Secara teori obat harus diberikan secara rutin untuk mendukung kesembuhan klien. SP 3 1 kali dengan pertimbangan klien sudah mulai kooperatif dan mau diajak berinteraksi dengan satu orang, dan SP 4 1 kali dengan pertimbangan klien sudah kooperatif dan mampu untuk berinteraksi dengan orang lain.

Factor pendukung penulis dalam melakukan perencanaan adalah tersedianya buku referensi yang dapat di gunakan untuk mempermudah penulis merumuskan perencanaan.

E. Implementasi

SP 1 direncanakan 3 kali pertemuan dan di implementasikan 2 kali tidak sesuai dengan rencana Karena klien sudah menunjukkan sikap terbuka dan mampu berdiskusi dengan perawat pada pertemuan ke 2, Pada SP 2 di rencanakan 1 kali pertemuan dan di implementasikan 1 kali sesuai dengan rencana. Saat dipanti obat di pegang oleh perawat pengawas, klien hanya diberikan obat jika tidak bisa tidur, dan tidak diberikan secara rutin oleh perawat pengawas. Secara teori obat harus diberikan secara rutin untuk mendukung kesembuhan klien. SP 3 direncanakan 1 kali pertemuan dan di implementasikan sebanyak 1 kali sesuai dengan rencana. SP 4 direncanakan 1 kali pertemuan dan sesuai dengan rencana yaitu 1 kali pertemuan.

Pada teori didapatkan tindakan keperawatan diberikan kepada individu (klien), keluarga dan kelompok, namun dalam kasus Tn. F penulis tidak memberikan tindakan keperawatan kepada keluarga karena dari awal pengkajian sampai dengan asuhan keperawatan selesai diberikan, penulis tidak bertemu dengan keluarga. Penulis juga tidak melakukan tindakan keperawatan pada kelompok dikarenakan keterbatasan waktu untuk melakukan TAKS.

Terdapat kesenjangan pada SP 2, dimana saat dipanti perawat pengawas tidak memberikan obat secara rutin, melainkan perawat pengawas memberikan obat saat klien tidak bisa tidur saja. Dipanti dilakukan terapi spiritual yang rutin dilakukan pada hari kamis. Terapi tersebut berdampak baik bagi klien, yaitu klien mampu bersosialisasi dengan teman-teman dan ustadz dalam proses pengajian, dapat melatih kepercayaan diri klien saat klien disuruh mengaji didepan teman-teman.

Factor pendukung penulis dalam melakukan pelaksanaan yaitu klien yang cukup kooperatif dan mulai mau diajak berinteraksi walaupun perlu proses dan

bertahap. Factor penghambat yaitu kondisi klien yang kadang suka berubah-ubah.

F. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

jenis- jenis Evaluasi dalam asuhan keperawatan antara lain: Evaluasi formatif (proses) adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas peayanan asuhan keperawatan, dan Evaluasi Sumatif (hasil) Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan.

Evaluasi yang dilakukan kepada klien adalah evaluasi sumatif dan formatif, dimana evaluasi formatif dilakukan perawat saat setelah melakukan strategi pelaksanaan SP 1 dan SP 2. Pada saat setelah melakukan tindakan SP 1 sebanyak 1 kali pertemuan dimana klien mengetahui keuntungan dan kerugian jika tidak berkenalan dengan orang lain, klien sudah dapat berkenalan dengan satu orang. SP 2 dilakukan dalam satu kali pertemuan dimana klien sudah mengetahui nama, warna, manfaat, dan upaya untuk mengatasi efek samping serta putus obat. SP 3 dilakukan satu kali pertemuan dan klien sudah mampu berkenalan dengan dua orang temannya. SP 4 dilakukan dalam 1 kali pertemuan dimana klien sudah mampu ikut dalam kegiatan seperti terapi aktivitas kelompok.

Evaluasi sumatif dilakukan pada saat akhir pertemuan dengan hasil kemampuan klien sudah bertambah, yaitu klien sudah mengetahui keuntungan berinteraksi dengan orang lain, kerugian jika tidak berinteraksi dengan orang lain,

mengetahu 5 benar minum obat, dapat mempraktekan cara berkenalan, dapat berkenalan dan mengobrol dengan temannya, dapat mengikuti kegiatan kelompok sampai dengan selesai.

Tanda gejala isolasi social dari 9 menjadi 3 yaitu klien terkadang menunduk dan belum mampu mempertahankan kontak mata dalam jangka waktu lama, terkadang klien merasa gelisah. Kemampuan klien yang bertambah, diantaranya klien mengetahui keuntungan berinteraksi dengan orang lain, klien mengetahui kerugian jika tidak berinteraksi dengan orang lain, klien mengetahui 5 prinsip benar minum obat, klien mengetahui cara berkenalan dengan orang lain, klien memiliki teman baru, klien mampu mengikuti kegiatan kelompok sampai dengan selesai.

Karena keterbatasan waktu maka proses asuhan keperawatan dilanjutkan kembali oleh perawat pengawas Panti Rehabilitas Galuh Bekasi Timur sampai dengan pasien bisa pulang dengan keluarganya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Tn. F usia 58 tahun dengan diagnosa medis F.20.0 skizofrenia paranoid dengan gejala negative isolasi social. Factor predisposisi terjadinta isolasi social adalah riwayat gangguan jiwa dimasa lalu dan factor kepribadian *introvert*. Factor presipitasinya adalah klien dengan keadaan ekonomi rendah dimana klien sering mendapatkan penolakan pekerjaan.

Diagnosa keperawatan yang muncul adalah isolasi social. Isolasi social adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negative atau mencekam. Isolasi social merupakan ketidakmampuan untuk membina hubungan erat, hangat, terbuka dan independen dengan orang lain

Diagnose keperawatan yang muncul pada klien Tn. F adalah deficit pengetahuan, koping individu tidak efektif (*causa*), isolasi social (*core problem*), halusinasi pendengaran dan penglihatan (*effect*). Perencanaan keperawatan pada Tn. F adalah SP 1 sebanyak 1 kali pertemuan, SP 2 sebanyak 1 kali pertemuan, SP 3 sebanyak 1 kali pertemuan, SP 4 sebanyak 1 kali. Pelaksanaan keperawatan SP1,2, 3 dan 4 dilakukan sebanyak 1 kali pertemuan dan karna keterbatasan waktu maka asuhan keperawatan dilanjutkan oleh perawat pengawas.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan adalah klien dapat menjelaskan keuntungan berinteraksi dengan orang lain, klien mampu menjelaskan kerugiaaan tidak berinteraksi dengan orang lain, klien mampu menyebutkan 5 benar prinsip minum obat, klien mampu mempraktikan cara berkenalan, klien

mampu berkenalan dena 1 dan 2 orang temannya, klien mampu mengobrol dan bercerita dengan temannya, klien mampu mengikuti kegiatan kelompok sampai dengan selesai dan klien mampu mempertahankan kontak mata dengan lawan bicara.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis memberikan saran kepada lahan praktik dan instansi pendidikan:

1. Bagi lahan praktek

Untuk lahan praktek diharapkan untuk lebih memperharikan dalam pemberian terapi obat, terlebih untuk perawat pengawas. Agar proses penyembuhan klien dapat tercapai sesuai harapan.

2. Bagi instansi pendidikan

Bagi instansi pendidikan diharapkan dapat memberikan waktu yang lebih untuk praktikum agar mahasiswa dapat lebih mendalami mengenai asuhan keperawatan jiwa dan dapat menambah literature yang ada dengan kemajuan teknologi saat ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Atun, S. (2018). *Modul Praktika Keperawatan Jiwa*.
- D. Surya Yudhantara, R. I. (2018). *Sinopsis Skizofrenia Untuk Mahasiswa Kedokteran*. UB Press.
- KBBI. (2021). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. <https://kbbi.web.id/pandemi>
- Kemendes RI. (2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemendagri Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Kemendagri Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Kesiapsiagaan Menghadapi Infeksi COVID-19*.
- Kirana, S. A. C. (2018). GAMBARAN KEMAMPUAN INTERAKSI SOSIAL PASIEN ISOLASI SOSIAL SETELAH PEMBERIAN SOCIAL SKILLS THERAPY DI RUMAH SAKIT JiWA. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. <https://journal2.unusa.ac.id/index.php/JHS/article/view/122/96>
- Mardiani, R. (2019). *Menuliskan Tujuan dan Kriteria Hasil Perencanaan Keperawatan*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/7mezq>
- Novianty, D., Kedokteran, F., Lampung, U., Meneng, G., & Bandarlampung, K. (2020). *Indonesian Journal of Nursing and Health Sciences*. 1, 63–72.
- Purba, A. W. D., & Ramadhani, S. (2021). Perbedaan Perilaku Prosocial Ditinjau Dari Tipe Kepribadian Ekstrovert Dan Introvert Pada Organisasi Berkah Langit Medan. *Journal of Education, Humaniora and Social Sciences (JEHSS)*, 3(3), 1372–1377. <https://doi.org/10.34007/jehss.v3i3.567>
- Pusat Data dan Informasi Kemendagri Kesehatan RI. (2019). Situasi Kesehatan Jiwa DI Indonesia. In *InfoDATIN* (p. 12).
- Safitri, R. (2019). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/8ucph>
- Satuan Tugas Penanganan COVID-19. (2021). *COVID-19 Hotline*. <https://covid19.go.id/>
- Supinganto, A., Darmawan, K. D., Mawarti, H., & Mukarromah, I. (2021). *Keperawatan Jiwa Dasar*. Yayasan kita menulis.
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Pustaka Baru Press.
- UU No. 18. (2014). Undang - Undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan Mental

No. 18 Tahun 2014. *Undang - Undang Tentang Kesehatan Jiwa, 1, 2.*

- WHO. (2020a). *Coronavirus disease (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19#:~:text=symptoms>
- WHO. (2020b). *Transmisi SARS-CoV-2: implikasi terhadap kewaspadaan pencegahan infeksi*. 1–10.
- WHO. (2021a). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- WHO. (2021b). *Mental Disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Widiantari, K. S., & Herdiyanto, Y. K. (2013). Perbedaan Intensitas Komunikasi Melalui Jejaring Sosial antara Tipe Kepribadian Ekstrovert dan Introvert pada Remaja. *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(1), 106–115. <https://doi.org/10.24843/jpu.2013.v01.i01.p11>

LAMPIRAN 1**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KOMUNIKASI KEPERAWATAN
1 ISOLASI SOSIAL****A. Proses Keperawatan****1. Kondisi Klien****Data Subjektif:**

Klien mengatakan enggan berinteraksi dengan orang lain, klien mengatakan tidak ada gunanya berinteraksi dengan orang lain, klien mengatakan sudah hidup masing-masing

Data Objektif:

Klien tampak menyendiri, klien tampak gelisah, tampak menunduk saat interaksi, kontak mata minimal, klien tampak diam

2. Diagnosis Keperawatan : Isolasi social**a. Tujuan Khusus**

- 1) Pasien mampu menyebutkan penyebab isolasi social
- 2) Pasien mampu memahami keuntungan berinteraksi dengan orang lain
- 3) Pasien mampu memahami kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
- 4) Pasien mampu berinteraksi secara bertahap (baik secara verbal (Salam, menanyakan “bolehkan saya berkenalan dengan kamu?”, perkenalkan nama lengkap, nama panggilan, alamat, dan hobi) maupun non verbal (posisi tubuh/sikap tubuh tegap, intonasi suara jelas, kontak mata (+) dan sejajar, tersenyum, menjabatkan tangan).
- 5) Pasien mampu berinteraksi dengan 1 orang

3. Tindakan Keperawatan

- a. Bina Hubungan Saling Percaya
- b. Identifikasi penyebab isolasi sosial
- c. Jelaskan keuntungan berinteraksi dengan orang lain
- d. Jelaskan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
- e. Latih dengan berinteraksi secara bertahap:
 - 1) Secara verbal: Salam, menanyakan “bolehkan saya berkenalan dengan kamu?”, perkenalkan nama lengkap, nama panggilan, alamat, dan hobi.
 - 2) Secara non verbal: posisi tubuh/sikap tubuh tegap, intonasi suara jelas, kontak mata (+) dan sejajar, tersenyum, menjabatkan tangan
- f. Latih berinteraksi dengan 1 orang
- g. Masukkan dalam jadwal kegiatan

Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SP 1)

ORIENTASI

- a. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak perkenalkan saya suster Anggi ya pak yang akan berdinas pagi ini pada pukul 07.00 hingga pukul 14.00 siang nanti. Sebelumnya dengan bapak siapa? Baik.. pak senang dipanggil apa ya pak?”
- b. Evaluasi

“Bagaimana kabarnya bapak hari ini?apakah ada yang sedang bapak pikirkan? Apakah ada yang ingin bapak sampaikan? Bapak kenapa menunduk saja? Apakah bapak punya teman dekat? Bapak mau tidak

punya teman?”

c. Validasi :

“Apa saja yang sudah bapak lakukan hari ini?”

d. Kontrak:

1) Topik

“Bagaimana kalau ngobrol-ngobrol, terus nanti kita belajar caranya berkenalan dengan orang lain”

2) Waktu

“Waktunya kurang lebih 15 menit ya pak, apakah bapak bersedia?”

3) Tempat

“Tempatnya disini saja ya pak.”

4) Tujuan

“Tujuannya agar bapak punya teman, dan bisa saling bercerita”

KERJA: (langkah-langkah tindakan keperawatan)

1. Pengkajian

“bapak dirumah tinggal dengan siapa saja? Dirumah ada berapa orang? Bapak paling dekat dengan siapa? Ada tidak orang yang tidak bapak sukai? siapa pak? Bapak kenapa suka sendirian? Kenapa bapak tidak mau berinteraksi dengan orang?”

2. Penjelasan

“Baik pak. Tadi bapak bilang ya tidak suka berinteraksi dengan orang lain? Dan bapak sudah ceritakan kenapa bapak enggan berinteraksi dengan orang lain. Jadi keadaan bapak saat ini bisa disebut dengan isolasi social pak. Jadi isolasi social itu adalah keadaan dimana seseorang enggan atau tidak mampu berinteraksi dengan orang lain pak. Nah sekarang Saya mau tanya nih, menurut bapak apa sih keuntungan dari punya teman? Nah keuntungan

punya teman kita bisa saling bercerita, agar tidak sepi, bisa bercanda dan bisa saling membantu, ya pak ya. Itu keuntungannya ya pak. Kalau kerugiannya dari tidak berinteraksi dengan orang lain apa pak?” “Baik.. jadi kerugiannya itu bapak tidak punya teman yaitu bapak tidak ada teman untuk bercerita, dan jadi sepi. Sekarang sudah tau ya pak keuntungan dan kerugiannya? Kira-kira bapak mau tidak punya teman? Ok kalau mau, sekarang kita latihan cara berkenalan dengan orang dulu ya pak. Jadi caranya adalah badan bapak harus tegak, mata bapak harus menatap mata lawan bicara, tersenyum lalu menyapa, sampaikan salam sebutkan nama lengkap, nama panggilan dan hobi. Nanti suster akan mencontohkan dan setelah suster contohkan, silahkan bapak contohkan ulang ya pak.

3. Demonstrasi

“Baik bapak sekarang perhatikan suster akan mencontohkan ya pak. (Mempraktekkan penjelasan)”

4. Redemonstrasi

“Oke bu, coba bapak lakukan apa yang sudah saya jelaskan dan saya praktekkan barusan ya pak” “Wah bagus sekali pak”

TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang dan berlatih cara berkenalan dengan 1 orang pak? bapak masih ingat gak tadi gimana langkah-langkahnya cara berkenalan dengan orang lain? Apa aja yang harus kita tanyakan pak?”

Evaluasi objektif

“coba sekarang bapak sekarang praktikan dengan orang disamping bapak”

“wah bagus sekali ya pak”

2. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan):

“Baik karna bapak sudah bisa mempraktikan cara berkenalan, maka latihan berkenalan ini kita tambahkan ke dalam jadwal harian ya pak. Bapak mau berkenalan dengan berapa orang pak? jangan lupa dengan nama yang diajak kenalan ya pak.”

3. Kontrak yang akan datang

- a. Topik

“Baik pak besok kita diskusi lagi ya pak mengenai cara minum obat, pukul 10.00 pagi ya pak”

- b. Waktu:

“Besok kita ketemu pukul 10.00 ya pak, selama 15 menit aja pak”

- c. Tempat:

“Kita akan ketemu lagi besok disini saja ya pak”

LAMPIRAN 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KOMUNIKASI KEPERAWATAN
SP 2

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

- a. **Data Subjektif:** Klien mengatakan sudah tidak merasa sepi karna bisa mengobrol dengan Ny. S dan perawat
- b. **Data Objektif:** Klien tampak sudah mampu berinteraksi dengan orang lain, Klien dapat menyebutkan nama teman yang sudah di ajak kenalan dan mengobrol, Kontak mata klien positif, Klien sudah mampu memulai pembicaraan.

2. Diagnosis Keperawatan : Isolasi social

- a. Tujuan Khusus :
Pasien mampu mengontrol perasaan dengan prinsip 5 benar : mengenal nama obat, dosis obat, cara minum obat, benar waktu, benar pasien (pasien mengetahui obat miliknya)
 - 1) Pasien mampu mengetahui manfaat obat
 - 2) Pasien mampu mengetahui efek samping obat
 - 3) Pasien mampu mengetahui cara menangani efek samping obat
 - 4) Pasien mampu mengetahui akibat dari putus obat
 - 5) Pasien mampu mengetahui control ke pelayanan
 - 6) kesehatan secara rutin
- b. Tindakan Keperawatan

- 1) Evaluasi SP 1 : mengatasi isolasi sosial dengan cara berkenalan dengan orang lain.
- 2) Latih cara mengontrol isolasi sosial dengan minum obat
 - b) Prinsip 5 benar minum obat
 - c) Manfaat minum obat
 - d) Efek samping obat
 - e) Cara menangani efek samping
 - f) Menjelaskan akibat putus obat
 - g) Control secara rutin ke fasyankes
 - h) Masukan ke dalam jadwal

Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2

ORIENTASI

- a. Salam terapeutik : “selamat pagi pak, apakah masih kenal dengan saya? Wah bagus sekali bapak masih ingat ya pak,
- b. Evaluasi : “apakah sudah sarapan pagi ini? bagaimana pak setelah saya tinggal kemarin apakah sudah berkenalan dengan teman yang lain? Apakah bapak masih merasa sepi?
- c. Validasi : kemarin kita sudah belajar cara mengontrol isolasi sosial dengan berkenalan dengan orang lain boleh coba praktikkan ulang?
- d. Kontrak:
 - 1) Topik : sekatang kita akan mengendalikan isolasi sosial bapak dengan cara minum obat ya pak
 - 2) Waktu : waktunya kurang lebih 15 menit
 - 3) Tempat : tempatnya disini saja ya pak
 - 4) Tujuan : tujuannya agar ibu tidak merasa kesepian lagi

KERJA: (langkah-langkah tindakan keperawatan)

- a. Pengkajian : bagaimana kabar bapak hari ini? Apakah bapak masih merasa kesepian? Apakah berkenalan dengan teman dapat mengurangi perasaan kesepian apakah bapak minum obat setiap hari? Berapa banyak jumlah obat yang bapak minum? Apakah bapak selalu control rutin ke dokter pak? Apakah bapak tahu nama obat-obatan bapak? Apakah bapak tahu manfaat obat itu? Apakah bapak tahu akibat jika putus obat?
- b. Penjelasan : Prinsip benar dalam minum obat: nah pak ada 5 prinsip benar dalam minum obat, benar pasien, artinya dikantong obat itu ada tertulis nama ibu. Benar obat, coba ibu bilang tadi obat itu ada 3 yaitu: tadi bapak bilang nama obat nya CPZ ya pak? Namanya ada chlorpromazine, manfaatnya adalah untuk mengurangi halusinasi, membuat pikiran bapak lebih jernih, membuat bapak lebih tenang. Efek samping obat tersebut adalah bibir menjadi kering, sakit kepala, pusing, mual. Efek nya jika bapak putus obat adalah proses penyembuhan bapak akan lebih lama, dan bapak harus rutin untuk control ke dokter ya pak.
- c. Demonstrasi : baik pak ini ada lah gambar obat CPZ warnanya
adalah orange ya pak, bapak bisa dapatkan obat ini di perawat pengawas
- d. Redemonstrasi : (klien menjelaskan ulang)

TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subjektif : bagaimana perasaannya setelah latihan mengontrol perasaan dengan minum obat? Coba sebutkan nama obat bapak? Coba ibu sebutkan prinsip 5 benar minum obat? Bagus sekali ya bapak sudah paham.

Evaluasi objektif : perawat memperhatikan pasien saat minum obat

2. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan): “ baik pak, bapak akan melatih minum obat sesuai dengan jadwal minum obat ya pak.
3. Kontrak yang akan datang
 - a. Topik: baik pak, besok kita akan bertemu lagi untuk membahas cara menangani isolasi social dengan berkenalan dengan 2 orang dan mengobrol.
 - b. Waktu: besok kita bertemu pukul 10.00 kurang lebih selama 20 menit.
 - c. Tempat: tempatnya di sini saja ya pak

LAMPIRAN 3**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KOMUNIKASI KEPERAWATAN
SP 3****A. Proses Keperawatan**

1. Kondisi Klien

Data Subjektif: klien mengatakan sudah memiliki satu teman, klien mengatakan suka memiliki teman

Data Objektif: Klien tampak lebih ceria, klien tampak mampu menatap mata perawat namun tidak lama

2. Diagnosis Keperawatan : Isolasi Sosial

Tujuan Khusus :

a. Pasien mampu berkenalan dgn 2 org/lebih dan minum obat dengan benar.

b. Pasien mampu melakukan kegiatan/membicarakan suatu topik

Tindakan Keperawatan

Evaluasi SP 1 dan 2

a. Latih berinteraksi secara bertahap: berkenalan lebih dari 2 org dgn membicarakan suatu topik.

b. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SP 3)**ORIENTASI**

1. Salam terapeutik : “selamat pagi pak, masih ingat dengan suster tidak? Wah bagus ya pak masih ingat..”
2. Evaluasi: bagaimana kabar bapak hari ini? apakah ibu masih merasa sendiri? Apakah sudah punya teman? Temannya hari ini sudah ada berapa pak? Apakah? Apakah bapak sudah rutin minum obat? Apakah dengan minum obat percaya diri bapak bertambah atau malah berkurang?

3. Validasi : apakah bapak sudah melakukan kegiatan yang sudah kita lakukan kemarin? Apakah dengan berinteraksi dengan orang lain bapak merasa lebih baik ?
4. Kontrak:
 - a. Topik : “baik pak pada pertemuan hari ini kita akan berkenalan lebih dari 2 org dan kita akan membicarakan satu topik
 - b. Waktu : waktunya 15 menit saja ya pak
 - c. Tempat : tempatnya disini saja ya pak.
 - d. Tujuan: supaya bapak bisa bersosialisasi dengan bertahap

KERJA: (langkah-langkah tindakan keperawatan)

1. Pengkajian : “apakah bapak masih merasa sendiri? Apakah bapak masih merasa takut untuk berbicara dengan orang lain? Apakah bapak masih merasa tidak percaya diri? Apakah bapak sudah rutin minum obatnya?
2. Penjelasan : “baik pak kemarin kita sudah melakukan kegiatan berkenalan dan minum obat dengan prinsip 5 benar. Pada pagi ini kita akan melatih kegiatan yang ketiga yaitu berbicar/berkenalan lebih dari 2 org dengan membicarakan suatu topik. Apakah bapak bersedia untuk kita melakukan kegiatan yang ketiga? Baik pak, bapak mau kenalan dengan siapa? Bapak panggil 2 org teman bapak dan 1 perawat yg mau bapak ajak untuk kenalan dan bapak ajak ngobrol ya pak. pertama bapak kenalan dulu seperti cara pertama yang saya ajari, kemudian bapak bertanya kepada temannya dan menjawab pertanyaan dari temannya. bapak boleh membicarakan hobi bapak dan teman-teman bapak, tentang keluarga, tentang teman-teman di panti.
3. Demonstrasi : “baik pak, sekarang bapak perhatikan suster akan mencontohkan ya bu..”
4. Redemonstrasi : “baik pak, coba sekarang bapak contohkan kembali apa yang sudah suster ajarkan tadi”

TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan
Evaluasi subjektif : “bagaimana perasaan bapak setelah berkenalan dengan temannya dan berbincang2 dengan temannya? Coba bapak sebutkan lagi pak tadi siapa saja nama temannya? Dan apa hobi temannya bapak?
Evaluasi objektif : (perhatikan saat klien berkenalan dgntemannya dan saat klien membicarakan suatu topik dgn teannya, apaka ps dpt bertanya? Apakah klien dpt menjawab)
2. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan): “ baik pak, mau ngobrol dengan berapa orang pak?
3. Kontrak yang akan datang
 - a. Topik: “ besok kita akan bertemu lagi ya pak untuk kegiatan terapi aktivitas kelompok, besok kita akan bertemu banyak orang dan bermain bola dengan music”
 - b. Waktu: “waktunya 20 menit saja ya pak”
 - c. Tempat: “ tempatnya diaula sini ya pak”

LAMPIRAN 4**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KOMUNIKASI KEPERAWATAN
PERTEMUAN 4****A. Proses Keperawatan****1. Kondisi Klien**

Data Subjektif: pasien mengatakan sudah mau berbicara dengan orang lain, pasien mengatakan dirinya sudah memiliki beberapa orang teman.

Data Objektif: Kontak mata ada, pasien sudah mau menatap lawan bicara, pasien sudah mampu memulai pembicaraan dengan orang lain, pasien tampak sudah bisa berinteraksi dengan orang lain.

2. Diagnosis Keperawatan: Isolasi Sosial**Tujuan Khusus**

- a. Pasien mampu mengevaluasi SP1, 2 dan 3
- b. Pasien mampu berinteraksi dengan lebih dari 1 orang
- c. Pasien mampu berinteraksi, bermain, bertanya dan menjawab dengan kelompok

3. Tindakan Keperawatan

- a. Evaluasi SP1, 2 dan 3
- b. Latih berinteraksi, bermain, bertanya dan menjawab dengan kelompok
- c. Masukkan kedalam jadwal

4. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**ORIENTASI**

1. Salam terapeutik : “ Selamat pagi pak.. masih ingat dengan saya bu? Wah bapak hebat ya, masih kenal dengan suster Anggi”
2. Evaluasi: “ bagaimana kabarnya hari ini pak? Apakah bapak masih merasa kesepian? Apakah sekarang bapak sudah memiliki teman? Temannya

sekarang sudah ada berapa pak? Bagaimana perasaan jika punya banyak teman pak?

3. Validasi : “apakah sekarang bapak merasa lebih senang?”
4. Kontrak:
 - a. Topik: “ baik pak, kita akan membicarakan cara bersosialisasi dengan kelompok
 - b. Waktu: “waktunya kurang lebih 20 menit”
 - c. Tempat: tempat di sini saja ya
 - d. Tujuan: tujuannya agar ibu dapat berinteraksi dengan lebih dari 2 orang

KERJA: (langkah-langkah tindakan keperawatan)

1. Pengkajian: “apakah bapak masih merasa tidak memiliki teman? Apakah bapak merasa bahwa diri ibu sendiri? Apa sudah bapak lakukan untuk mengatasi masalah ibu? Apakah dengan berkenalan perasaan sendiri bapak berkurang?”
2. Penjelasan: “baik pak kemarin kita sudah melakukan kegiatan berkenalan dan minum obat dengan prinsip 5 benar ketiga yaitu berbicara dengan orang lain. Pada pagi ini kita akan melatih kegiatan yang ke empat, Apakah ibu bersedia? Tindakan yang keempat contohnya:kita berada di tempat yang banyak orang seperti kelompok kerja, kemudian kita memperkenalkan diri dan bertanya jawab tentang apa yang ingin kita tanyakan ya pak”
3. Demonstrasi: “ baik pak, suster akan mencontohkan caranya ya pak. Mohon maaf sebelumnya, bolehkan saya bertanya tentang permainan apa yang akan dilakukan nanti?”
4. Redemonstrasi: “bapak bisa contohkan ulang yang sudah suster ajarkan tadi?”

TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan
Evaluasi subjektif : ” bagaimana perasaan bapak setelah kita melakukan

kegiatan tadi? Nah yang kita lakukan tadi yaitu berbicara didepan banyak orang ya pak?”

Evaluasi objektif : “bapak bisa contohkan ulang yang sudah suster ajarkan tadi” (perawat memeperhatikan kegiatan yang sudah dilakukan pasien)

2. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan): “ baik pak, mau latihan berapkali dalam sehari?”
3. Kontrak yang akan datang
 - a. Topik: “ baik pak kita akan bertemu lagi besok untuk mengulang empat kegiatan yang sudah kita lakukan ya pak”.
 - b. Waktu: “besok kita bertemu lagi pada pukul 10.00 WIB ya pak”.
 - c. Tempat: “ kita akan beremu lagi di sini ya pak”