



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. Y DENGAN
ISOLASI SOSIAL DI RUANG BERRY RSKD
DUREN SAWIT JAKARTA TIMUR**

**Disusun oleh:
MARWATI AYU ASTUTI
201701023**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. Y DENGAN
ISOLASI SOSIAL DI RUANG BERRY RSKD
DUREN SAWIT JAKARTA TIMUR**

**Disusun oleh:
MARWATI AYU ASTUTI
201701023**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Marwati Ayu Astuti

NIM : 201701023

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. Y dengan Isolasi Sosial di Ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 21 Januari 2020 sampai dengan 24 Januari 2020 adalah sepenuhnya hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarism baik dalam aspek substansi maupun penulisan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Bila ada di kemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung segala resiko atas perbuatan yang telah saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 26 Mei 2020



(Marwati Ayu Astuti)

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. Y dengan Isolasi Sosial di Ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 26 Mei 2020

Pembimbing Makalah



Ns. Renta Sianturi, S.Kep., 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

Karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. Y dengan Isolasi Sosial di Ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta Timur” yang disusun oleh Marwati Ayu Astuti (201701023) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 8 Juni 2020.

Bekasi, 8 Juni 2020

Penguji I



Ns. Desi Pramujiwati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Penguji II



Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Nama Mahasiswa : Marwati Ayu Astuti
NIM : 201701023
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. Y dengan Isolasi Sosial di Ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta Timur
Halaman : xiii + 77 halaman + 4 lampiran
Pembimbing : Renta Sianturi

ABSTRAK

Latar Belakang: Skizofrenia merupakan bentuk gangguan jiwa berat yang ditandai dengan adanya gangguan persepsi sensori atau halusinasi, waham, gangguan perilaku dan emosi. Menurut WHO terdapat 20 juta orang di dunia yang terkena skizofrenia. Isolasi sosial merupakan salah satu gejala negatif dari skizofrenia. Isolasi sosial ditandai dengan perasaan sepi, perasaan tidak aman, merasa bosan, dan merasa waktu sangat lama. Data yang diperoleh dari hasil rawat periode November – Desember 2019 di Ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta Timur terdapat 40 pasien yang menderita isolasi sosial. Apabila isolasi sosial tidak tertangani dengan baik akan berdampak pada masalah lain yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi.

Tujuan Umum: Laporan kasus ini bertujuan untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif pada pasien dengan isolasi sosial.

Metode Penulisan: Metode penulisan dalam laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif dengan mendeskripsikan asuhan keperawatan yang telah diberikan pada pasien. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah studi kasus dan studi kepustakaan.

Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan bersosialisasi dengan satu orang dan lima benar minum obat selama 4 kali pertemuan, kemampuan pasien meningkat ditandai pasien mampu untuk berinteraksi dengan temannya dan pasien tahu tentang obat yang diminumnya. Tanda dan gejala pada pasien yang berkurang adalah pasien tampak tersenyum tipis, pasien tampak berbicara dengan temannya, dan kontak mata sudah 5 detik.

Kesimpulan dan Saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial diimplementasikan dalam bentuk strategi pelaksanaan (SP) ini sudah cukup efektif dengan adanya kolaborasi dengan terapi farmakologi akan tetapi akan lebih efektif jika durasi waktu yang lama.

Keyword: asuhan keperawatan jiwa, isolasi sosial, bersosialisasi dengan satu orang, lima benar minum obat.

Daftar Pustaka: 29 (2008-2019)

Name : Marwati Ayu Astuti
Student Number : 201701023
Study Program : Nursing Diploma III
Title : Mental Health Nursing Process in Patient Mrs. Y with Social Isolation at Berry Room of Duren Sawit Hospital in East Jakarta
Pages : xiii + 77 pages + 4 attachment
Supervisor : Renta Sianturi

ABSTRACT

Background: Schizophrenia is a chronic and severe mental disorder that is characterized by distortion of thought or perception called hallucination, distortion of behaviour and also emotion. According to WHO there are 20 million people in the world who suffer from schizophrenia. One negative symptoms of schizophrenia is social isolation. Social isolation is characterized by feeling lonely, feeling insecure, feeling bored, and feeling time goes by very slowly. According to the results of nursing process on November until December 2019 at Berry Room of Duren Sawit Hospital East Jakarta, there are 40 patients with social isolation. If social isolation not handled well, it will cause a new problem which is the distortion of sensory perception called hallucination.

General Purpose: The purpose of this case report is to obtain the realistic illustration of performing mental health nursing process on patient with social isolation.

Method: This case report is using descriptive method that describe about nursing process. Data collecting method in this case report is using case study and also literature review.

Results: After taking 4 meetings of nursing process like socialication with one person and five right for drinking some drugs, patient's ability to interact with other is increasing and they are aware of the drugs they have to consume. The decrease of signs and symptoms are shown when patient seems to smile and also talking to her friends, eye contact 5 seconds.

Conclusion and Suggestions: The implementation of nursing process for patient with social isolation in the form of execution strategy has been effective because of the collaboration with pharmacology. However, if the duration is longer then it can be even more effective.

Keyword: mental health nursing process, social isolation, socialication with one person, five right for drinking some drugs.

Bibliography: 29 (2008-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas berkat, rahmat serta karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. Y dengan Isolasi Sosial di Ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta Timur”. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Ns. Desi Pramujiwati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen penguji I.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku koordinator program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
5. R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat, dan nasihat yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu dan dalam penulisan karya tulis ilmiah di STIKes Mitra Keluarga.
6. Seluruh staf akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan selama proses penulis menuntut ilmu dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Ny. Y yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam memberikan informasi selama proses keperawatan berlangsung.
8. Ibunda Rosmainida, alm. Ayahanda Bakung Suwarsono dan Kakak-kakak yang selalu hadir untuk memberi motivasi, dukungan dan doa untuk penulis.

9. Sahabat/teman seperjuangan selama di STIKes Mitra Keluarga, *sobetkaya* (Yulia Ambarwati, Gysella Hilmanita, Sabila Ainingrum, Bunga Aziza, Evita Salsya, Sari Zulhiqmah, Elysabeth Niken, Suci Rahmayani, Febi Priandini, Dheana Sheila) yang selalu ada di *up and down* penulis selama di proses pembelajaran dan proses pembuatan karya tulis ilmiah ini.
10. Teman-teman seperjuangan KTI Keperawatan Jiwa (Lindra Putri Pratiwi, Diana Fransiska, Vivi Maryana, Julius Martono) yang selalu mendukung satu sama lain dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
11. Teman-teman seperjuangan DIII Keperawatan angkatan ke-VII khususnya kelas B yang sudah saling mendukung satu sama lain.
12. Sahabatku yang selalu ada, Aiydra dan Dian. Terimakasih.
13. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan dalam karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun agar kedepannya penulis lebih baik lagi. Penulis berharap agar karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Bekasi, 26 Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
KARYA TULIS ILMIAH	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR DIAGRAM	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan.....	6
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Skizofrenia	7
1. Pengertian Skizofrenia.....	7
2. Penyebab Skizofrenia	7
3. Tanda dan Gejala Skizofrenia	9
4. Klasifikasi Skizofrenia	9
5. Fase Skizofrenia	11
6. Patofisiologi Skizofrenia	11

7.	Mekanisme Koping	14
8.	Pemeriksaan Diagnostik	15
9.	Penatalaksanaan Medis.....	15
B.	Konsep Isolasi Sosial	16
1.	Pengertian Isolasi Sosial.....	16
2.	Tahap Perkembangan Sosialisasi	17
3.	Rentang Responss Isolasi Sosial	19
4.	Penyebab Isolasi Sosial	20
5.	Tanda dan Gejala Isolasi Sosial.....	23
6.	Mekanisme Koping	23
C.	Konsep Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial	24
1.	Pengkajian	24
2.	Pohon Masalah	25
3.	Diagnosa Keperawatan.....	25
4.	Perencanaan Keperawatan.....	26
5.	Implementasi	30
6.	Evaluasi	32
BAB III	TINJAUAN KASUS.....	35
A.	Pengkajian.....	35
B.	Diagnosa Keperawatan.....	54
C.	Rencana Tindakan Keperawatan.....	55
D.	Implementasi dan Evaluasi	59
BAB IV	PEMBAHASAN.....	68
A.	Skizofrenia	68
B.	Pengkajian.....	70
C.	Diagnosa Keperawatan.....	71
D.	Perencanaan.....	73
E.	Implementasi	74
F.	Evaluasi.....	75
BAB V	PENUTUP	77
A.	Kesimpulan	77

B. Saran.....	78
Daftar Pustaka.....	79
LAMPIRAN.....	81

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	48
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I SP 1 Pertemuan 1	82
Lampiran II SP 1 Pertemuan 2	86
Lampiran III SP 2 Pertemuan 1	89
Lampiran IV SP 2 Pertemuan 2	93

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 2.1 Patofisiologi Skizofrenia	14
Diagram 2.2 Rentang Respons Isolasi Sosial	19
Diagram 3.1 Genogram Ny. Y	39
Diagram 3.2 Pohon Masalah Pada Ny. Y	54

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Negara Indonesia merupakan negara berkembang. Status ekonomi Indonesia merupakan salah satu kekuatan ekonomi berkembang utama di Asia. Status ekonomi keluarga merupakan suatu komponen kelas sosial yang menunjukkan tingkat, dan sumber penghasilan keluarga serta gambaran yang dapat menentukan derajat kelas ekonomi, yang terdiri dari kelas atas, menengah dan kelas bawah (Friedman, 2010 dalam Cahyati, 2018). Status ekonomi keluarga di Indonesia bervariasi, akan tetapi yang jadi permasalahan terbesar di Indonesia sejak dulu hingga sekarang ialah kemiskinan.

Angka kemiskinan di Indonesia mencapai 25,95 juta orang (9,82%) (Badan Pusat Statistik, 2018). Hal ini menjadikan motivasi masyarakat Indonesia untuk mencari uang agar ekonomi keluarga meningkat. Seseorang dengan status ekonomi rendah akan mengupayakan segala cara untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Fokus masyarakat dengan ekonomi rendah adalah uang. Masalah keuangan dalam kehidupan sehari-hari merupakan salah satu stressor utama masyarakat dengan ekonomi rendah (Hawari, 2014).

Stres merupakan respons tubuh yang sifatnya nonspesifik terhadap setiap tuntutan beban atasnya (Hawari, 2014). Stres ekonomi merupakan suatu keadaan individu dimana seorang individu tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari. Ketika seseorang dalam keadaan tertekan dengan tuntutan ekonomi yang tinggi atau stres ekonomi tubuh akan merespons. Hal ini di mulai dari di tangkapnya stresor melalui panca indera lalu akan diteruskan ke bagian susunan saraf pusat otak, yaitu sistem limbik melalui

neurotransmitter. Lalu stimulus tersebut diteruskan melalui sistem saraf otonom ke kelenjar hormonal yang merupakan sistem imunitas tubuh dan organ-organ tubuh yang dipersarafinya. Di saat seseorang stres, rangsangan stres tersebut akan meningkatkan hormon adrenalin kemudian hormon adrenalin tersebut masuk ke dalam peredaran darah dan mempengaruhi organ-organ tubuh seperti jantung berdebar, tekanan darah tinggi, asam lambung meningkat, dan emosi tidak terkendali. Bila stres ekonomi ini tidak dapat diatasi, seseorang akan mengalami stres berat yang mengakibatkan kekebalan imunitas fisik dan mental semakin menurun. Ketika seseorang mengalami penurunan imunitas mental dan juga fisik seseorang tersebut akan mengalami kepanikan, kecemasan, penurunan produktifitas, menarik diri, dan di akhiri dengan gangguan jiwa (Hawari, 2014).

Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertingkah laku. Hal itu terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan (Sutejo, 2019). Data hasil RISKESDAS (2018) menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala depresi dan kecemasan mencapai sekitar 6,1% dari jumlah penduduk Indonesia. Hasil riset kesehatan dasar Kementerian Kesehatan tahun 2013, secara umum gangguan jiwa dibagi menjadi gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, dan gangguan alam perasaan dan gangguan jiwa berat yaitu kelompok psikosa, seperti skizofrenia, gangguan skizotipa, dan waham (Yusuf & dkk, 2019).

Skizofrenia merupakan bentuk gangguan jiwa berat yang ditandai adanya halusinasi atau gangguan persepsi sensori, waham atau delusi, gangguan pada pikiran, pembicaraan, dan perilaku serta emosi yang tidak sesuai (Yusuf & dkk, 2019). Menurut WHO (2019) terdapat 20 juta orang terkena skizofrenia. Menurut data RISKESDAS (2018) menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia di Indonesia sebanyak 6,7 per 1000 rumah

tangga. Artinya, dari 1000 rumah tangga terdapat 6,7 rumah tangga yang mempunyai anggota rumah tangga pengidap. Penyebaran prevalensi tertinggi terdapat di Bali 11,1 per 1000 anggota rumah tangga, DI Yogyakarta 10,4 per 1000 rumah tangga dan diikuti oleh DKI Jakarta 6,6 per 1000 anggota rumah tangga yang mengidap skizofrenia.

Skizofrenia memiliki dampak yang buruk karena skizofrenia ini biasanya menyerang kepada orang usia produktif. Terdapat dua tanda gejala skizofrenia, gejala positif dan gejala negatif. Adapun gejala positif diantaranya adalah halusinasi, waham, perilaku aneh, gangguan pikiran formal positif. Sedangkan untuk gejala negatif adalah pendataran afektif, ekspresi wajah yang tidak berubah, kontak mata yang buruk, afek yang tidak sesuai, kemiskinan bicara, hubungan dengan teman hampir tidak ada, dan tidak ada perhatian selama wawancara (Ibrahim, 2011). Salah satu gejala negatif dari skizofrenia adalah isolasi sosial.

Isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negatif atau mengancam (Keliat & dkk, 2019). Gangguan isolasi sosial dapat terjadi karena individu merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Sutejo, 2019). Tanda dan gejala yang sering muncul pada individu dengan isolasi sosial diantaranya adalah perasaan sepi, perasaan tidak aman, merasa bosan dan waktu terasa sangat lambat, banyak diam, suka menyendiri, kontak mata kurang, tidak mau berinteraksi, dan ekspresi datar dan dangkal (Nurhalimah, 2018).

Data yang diperoleh dari Ruang Berry RSKD Duren Sawit periode November – Desember 2019 terdapat pasien dengan isolasi sosial sebanyak 40 pasien dari 197 jumlah total pasien pada bulan November dan sebanyak 40 pasien dari 147 jumlah total pasien pada bulan Desember.

Apabila isolasi sosial tidak ditangani, maka akibat yang ditimbulkan dapat berupa risiko perubahan sensori persepsi: halusinasi sebagai bentuk gejala negatif yang tidak tertangani dan dapat memicu terjadinya gejala lainnya seperti depresi dan risiko bunuh diri (Stuart, 2013). Penanganan isolasi sosial mencakup penanganan individu, kelompok, dan keluarga. Penanganan individu dengan isolasi sosial harus diberikan stimulus untuk terlibat dengan hubungan sosial karena tanpa adanya hubungan sosial kebutuhan individu sulit untuk terpenuhi. Penanganan individu ini dapat dilakukan oleh seorang perawat. Hal ini berkaitan dengan peran perawat dalam mengelola individu dengan isolasi sosial secara komprehensif yang dituangkan dalam asuhan keperawatan. Peran perawat tersebut meliputi *caregiver*, edukator, konselor dan kolaborator.

Peran perawat sebagai *care giver* dilaksanakan dalam bentuk memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada individu dengan isolasi sosial meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa, menyusun rencana keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Peran perawat sebagai edukator adalah seorang perawat memfasilitasi pasien terkait informasi tentang penyakit dan penanganannya termasuk obat yang dikonsumsinya. Peran perawat sebagai konselor adalah perawat bersedia sebagai pendengar yang baik dengan bersikap empati pada saat seorang individu dengan isolasi sosial menyampaikan tentang perasaannya dan mendiskusikan masalah kepada perawat tanpa merasa takut untuk menceritakannya. Peran perawat sebagai kolaborator adalah untuk melakukan perawatan kepada individu dengan isolasi sosial seseorang perawat tidak lepas dari peran kolaborator ini. Peran kolaborator dilaksanakan dengan melakukan kerja sama dengan tim medis lainnya seperti dokter, apoteker, nutrition, dan terapis (Baputty & dkk, 2008).

Berdasarkan uraian diatas, peran perawat sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dalam menangani masalah gangguan jiwa khususnya isolasi sosial. Dimana perawat

diharapkan mampu untuk mengurangi akibat yang ditimbulkan dari isolasi sosial. Oleh karena itu, penulis sebagai calon perawat ingin membahas lebih lanjut tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Didapatkan pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif 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 dengan kasus
- h. Mengidentifikasi faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi/alternatif yang dapat digunakan dalam pemecahan masalah pada klien dengan isolasi sosial

C. Ruang Lingkup

Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini merupakan pembahasan tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. Y dengan Isolasi Sosial di Ruang Berry RSKD Duren Sawit Jakarta Timur yang dilaksanakan pada tanggal 21 Januari 2020 sampai dengan 24 Januari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif, yaitu dengan mendeskripsikan asuhan keperawatan yang telah diberikan oleh penulis pada Pasien Ny. Y dengan Isolasi Sosial.

Adapun metode dalam pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis sebagai berikut:

1. Studi kasus, yaitu dengan pemberian asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dengan isolasi sosial
2. Studi kepustakaan, yaitu dengan cara membaca serta mempelajari buku-buku terkait materi isolasi sosial untuk mendapatkan konsep teoritis yang bersifat ilmiah

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis. Bab I pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori terdiri dari konsep skizofrenia, konsep isolasi sosial, dan konsep asuhan keperawatan isolasi sosial. Bab III tinjauan kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Bab IV pembahasan terdiri dari kesenjangan antara teori dengan kasus yang dimulai dari pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan. Bab V penutup terdiri dari kesimpulan dan saran. Serta karya tulis ilmiah ini diakhiri dengan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan sekelompok gangguan psikotik, dengan gangguan dasar pada kepribadian, distorsi khas pada proses pikir. Kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar (Ibrahim, 2011).

Skizofrenia adalah gangguan mental yang menyebutkan penderitanya mengalami delusi, halusinasi, pikiran kacau, dan perubahan perilaku. Kondisi yang biasanya berlangsung lama ini sering diartikan sebagai gangguan mental mengingat sulitnya penderita membedakan antara kenyataan dengan pikiran sendiri (Rohan & dkk, 2016).

2. Penyebab Skizofrenia

Terdapat beberapa penyebab dari skizofrenia, diantaranya adalah :

a. Genetik

Faktor genetik dihubungkan dengan anggota keluarga lain yang juga menderita skizofrenia. Penelitian genetik menunjukkan bahwa faktor keluarga dan genetik menjadi dasar utama gangguan jiwa dengan melibatkan berbagai gen dan mekanisme yang berdampak pada ekspresi gen (Stuart, 2016).

b. Usia

Skizofrenia umumnya terjadi pada akhir masa remaja dan awal masa dewasa. Menurut data yang ditunjukkan pusat data skizofrenia AS, tiga perempat penderita skizofrenia berusia 16 – 25 tahun. Pada kelompok usia 16 – 25 tahun, skizofrenia

mempengaruhi lebih banyak laki-laki dibanding perempuan, sedangkan pada kelompok usia 26 – 32 tahun penyakit ini lebih banyak menyerang perempuan. Semakin muda saat ditemukan semakin buruk (Rohan & dkk, 2016).

c. Sosial

Tinggal di perkotaan secara konsisten telah menjadikan faktor resiko mengidap skizofrenia. Keadaan sosial merugikan menjadi faktor resiko, termasuk kemiskinan, dan migrasi terkait dengan kesulitan bersosialisasi, diskriminasi ras, pengaruh keluarga atau kondisi rumah miskin. Pengalaman yang menjadi trauma juga salah satu faktor resiko diagnosa skizofrenia dalam kehidupan (Rohan & dkk, 2016).

d. Obat

Sekitar setengah dari semua klien skizofrenia akibat penggunaan narkoba atau alkohol, yang jelas hubungan antara penggunaan narkoba dan skizofrenia sulit untuk dibuktikan. Dengan adanya bukti kuat berdasarkan beberapa studi menunjukkan bahwa *cannabis sativa* berperan dalam perkembangan skizofrenia. Namun, tak ada bukti cukup untuk alkohol atau narkoba lain. Di sisi lain, penderita skizofrenia diketahui menggunakan obat untuk mengatasi depresi, gelisah, dan kesendirian akibat dari kekacauan mereka (Rohan & dkk, 2016).

e. Psikologis

Sejumlah mekanisme psikologis telah mempengaruhi orang menderita skizofrenia. Ketika dibawah tekanan atau situasi membingungkan, termasuk perhatian yang berlebihan dapat memunculkan penyakit ini. Banyak individu penderita skizofrenia emosinya sangat responsif, itu dapat menyebabkan kerentanan terhadap gejala kekacauan (Rohan & dkk, 2016).

3. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Ibrahim (2011) terdapat dua gejala skizofrenia, gejala positif dan gejala negatif sebagai berikut :

a. Gejala positif

1) Halusinasi

Dengar, suara yang mengomentari, suara yang bercakap-cakap, halusinasi taktil, halusinasi cium, dan halusinasi lihat.

2) Waham

Kejar, cemburu, bersalah, dosa, kebesaran, keagamaan, somatik, waham menyangkut diri sendiri, waham dikendalikan, waham membaca pikiran, siar pikiran, sisip pikiran, dan penarikan pikiran.

3) Perilaku aneh

Berpakaian dan berpenampilan aneh, perilaku sosial dan perilaku seks, perilaku agresif-sterotipik.

4) Gangguan pikiran formal positif

Penyimpangan, tangensialitas, inkoherensi, ilogikalitas (tidak logis), sikumstansialitas, tekanan bicara dan bicara mudah dialihkan.

b. Gejala negatif

Pendataran afektif, ekspresi wajah yang tidak berubah, penurunan spontanitas gerak, kontak mata yang buruk, afek yang tidak sesuai, kemiskinan bicara, tidak memiliki atensi sosial, hubungan dengan teman dan sebaya hampir tidak ada.

4. Klasifikasi Skizofrenia

Adapun beberapa tipe dari skizofrenia, diantaranya adalah :

a. Tipe Hebefrenik/*Disorganized*

Pada penderita skizofrenia tipe ini, penderita akan bertingkah seperti anak kecil, sering senyum-senyum sendiri, melakukan gerakan-gerakan aneh, berbicara ngawur, dan emosi datar yang aneh (Rohan & dkk, 2016).

Biasanya tipe ini terjadi sebelum usia menginjak 25 tahun. Penderita hebefrenik biasanya aktif namun dalam sikap yang nonkonstruktif dan tak bertujuan (Sadock & Sadock, 2010).

b. Tipe Paranoid

Jenis ini sering kali tampak menakutkan karena sikap mereka yang sering tampak marah atau waspada. Hal ini disebabkan mereka mendengar suara-suara atau halusinasi auditorik yang mengancam keselamatan diri atau keluarga (Rohan & dkk, 2016). Tidak adanya hal berikut yang dominan yakni bicara kacau, perilaku kacau atau katatonik, atau afek datar atau tidak sesuai (Sadock & Sadock, 2010).

c. Tipe Katatonik

Karakteristik skizofrenia tipe katakonik terdapat dua gejala :

- 1) Imobilitas motorik yang ditunjukkan dengan katalepsi (termasuk *waxy flexibility*) ataupun stupor.
- 2) Aktivitas motorik yang berlebihan, dimana aktivitas tersebut tidak bertujuan dan tidak adanya stimulus eksternal.
- 3) Perilaku negatif yang ekstrem, di mana penderita cenderung untuk tidak termotivasi terhadap instruksi atau mempertahankan posisi diam/autisme.
- 4) Gerakan aneh yang ditunjukkan dengan posisi tubuh yang tidak biasa.
- 5) *Echolalia* dan *echopraxia*

Ekopraksia adalah kelainan pada gerakan motorik dengan meniru gerakan-gerakan lingkungan sekitar.

Ekolalia adalah mengulangi kata-kata yang terakhir didengarnya (Tumanggor, 2018).

d. Tipe Tidak Tergolongkan

Klien jelas skizofrenia, namun tidak dapat dimasukkan ke dalam salah satu tipe (Ibrahim, 2011).

e. Tipe Residual

Karakteristik khas dari tipe ini adalah :

- 1) Tidak ada waham, halusinasi, bicara kacau yang prominen, serta perilaku sangat kacau atau katatonik.
- 2) Terdapat bukti kontinu adanya gangguan, sebagaimana diindikasikan oleh adanya gejala negatif atau dua atau lebih gejala untuk skizofrenia seperti keyakinan yang aneh, pengalaman perseptual yang tidak wajar (Sadock & Sadock, 2010).

5. Fase Skizofrenia

Menurut Rohan & dkk (2016) terdapat 3 fase skizofrenia diantaranya adalah :

a. Fase Prodromal

Berlangsung antara 6 bulan sampai 1 tahun. Gangguan berupa *self care*, gangguan dalam akademik, gangguan dalam pekerjaan, gangguan fungsi sosial, gangguan pikiran dan persepsi.

b. Fase Aktif

Berlangsung kurang lebih 1 bulan. Gangguan dapat berupa gejala psikotik seperti halusinasi, delusi, disorganisasi proses berfikir, gangguan bicara, gangguan perilaku, disertai kelainan neurokimiawi.

c. Fase Residual

Klien mengalami minimal 2 gejala; gangguan afek dan gangguan peran, serangan biasanya berulang.

6. Patofisiologi Skizofrenia

Model diatesis-stres yang paling umum, diatesis atau stres dapat berupa stres biologis, lingkungan, atau keduanya. Komponen lingkungan dapat bersifat biologis (contohnya; infeksi) atau psikologis (contohnya; situasi keluarga yang penuh tekanan atau kematian kerabat dekat) (Sadock & Sadock, 2010).

a. Neurobiologi

1) Sistem limbik

Sistem limbik terlibat dalam perjalanan penyakit skizofrenia. Sistem limbik mempunyai peran sebagai pengendalian emosi. Ketika pasien dilakukan pemeriksaan MRI terdapat disorganisasi neuron pada area hipokampus (Sadock & Sadock, 2010).

2) Ganglia basalis

Ganglia basalis telah menjadi pusat teoritis terkait dengan skizofrenia. Pertama, pasien skizofrenia menunjukkan gerakan aneh, walaupun tidak ada gangguan pergerakan yang diakibatkan oleh obat. Gerakan aneh tersebut dapat mencakup cara berjalan yang ganjil, seringai wajah, dan stereotip (gerakan yang dilakukan secara berulang-ulang, relatif tidak bervariasi). Kedua, dari semua gangguan neurologis yang mungkin memiliki psikosis sebagai gejala terkait, gangguan pergerakan yang melibatkan ganglia basalis (penyakit huntington) adalah salah satu yang paling sering dikaitkan dengan psikosis pada pasien yang terkena. Ganglia basalis juga berhubungan secara timbal balik dengan lobus frontalis dan abnormalitas fungsi lobus frontal yang disebabkan penyakit di ganglia basalis di lobus frontal sendiri (Sadock & Sadock, 2010).

b. Neurokimiawi

1) Hipotesis dopamin

Menurut beberapa hipotesis mengenai skizofrenia, skizofrenia terjadi akibat hiperaktivitas dopaminergik. Dopamin ditemukan dalam tiga bagian otak; substansia nigra motor tengah (mempengaruhi gerakan dan koordinasi), otak tengah (melibatkan emosi dan memori), koneksi hipotalamus-pituitari (melibatkan respon emosional dan pola coping stress) (Stuart, 2016).

2) Hipotesis serotonin

Serotonin memiliki efek modulasi pada dopamin. Generasi pertama obat antipsikotik atipikal merupakan kombinasi serotonin yang menghalangi dopamin. Memblokir serotonin dalam sistem limbik meningkatkan dopamin frontal dengan efek yang timbul adalah gejala negatif (Stuart, 2016).

c. Adaptasi stres

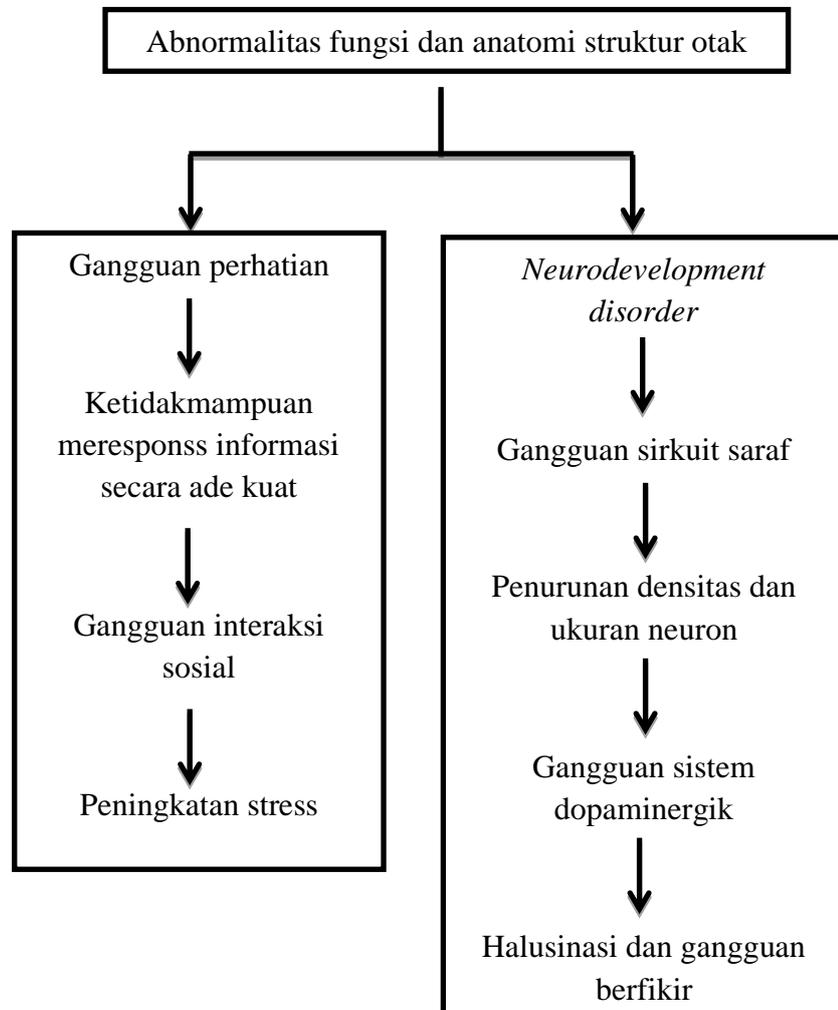
Seseorang yang mengalami stress akan ditangkap oleh panca inderanya, melalui sistem saraf panca indera akan diteruskan ke susunan saraf pusat otak, yaitu sistem limbik melalui neurotransmitter. Selanjutnya stimulus melalui susunan saraf otonom akan diteruskan ke kelenjar hormonal. Rangsangan ini akan mengakibatkan produksi hormon adrenalin meningkat dan masuk kedalam peredaran darah dan mempengaruhi jantung (berdebar-debar), tekanan darah meningkat, asam lambung meningkat, dan emosi tidak terkendali (Hawari, 2014).

Proses psikobiologis merupakan jalur yang menstimulasi sistem biologis dengan menggunakan respons otonomik, neuroendokrin dan imunologis untuk mengaktifkan susunan saraf pusat. Stres diterima oleh otak sebagai respons yang akan ditransmisikan keaksis *hipotalamus-pituitari-adrenal* (HPA). Hipotalamus mengeluarkan hormon *kortikotropik* (CRH) dan CRH ini akan menstimulus kelenjar pituitari untuk mengeluarkan hormon *adrenokortikotropik* (ACTH). Kemudian ACTH menginduksi korteks adrenal untuk mengeluarkan kortisol atau kortikosteroid (Nurul, 2010).

Selain aksis HPA, stres juga mengaktifkan aksis sistem saraf otonom yang mempersarafi jaringan-jaringan sistem imun, sehingga terjadi pelepasan bahan-bahan katekolamin. Katekolamin

menyebabkan bagian medula adrenal mengeluarkan epinefrin dan norepinefrin secara berlebihan ke sirkulasi darah (Nurul, 2010).

Diagram 2.1 Patofisiologi Skizofrenia



(Tumanggor, 2018)

7. Mekanisme Koping

Menurut Sutejo (2017) mekanisme koping untuk penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

- a. Regresi merupakan mekanisme koping yang berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas, hanya mempunyai sedikit energi yang tertinggal untuk aktivitas hidup sehari-hari.

- b. Proyeksi digunakan untuk menjelaskan kerancauan persepsi.
- c. Menarik diri

8. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Rohan & dkk (2016) untuk memastikan keadaan penyakit skizofrenia, ada beberapa pemeriksaan seperti :

- a. Pemeriksaan fisik dan tes darah

Untuk membuktikan adanya gangguan tiroid, kadar alkohol, dan penggunaan obat-obatan.

- b. Tes pencitraan

MRI atau CT-scan diperiksa dengan tujuan untuk memeriksa apakah terdapat luka di otak atau ketidaknormalan pada struktur otak.

- c. Uji EEG (elektensefalografi)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menguji fungsi otak penderita.

- d. Evaluasi psikologis

Seorang psikiater akan bertanya pada penderita tentang pikiran, perasaan, serta perilaku penderita.

9. Penatalaksanaan Medis

Penderita skizofrenia juga mendapatkan terapi farmakologis, yaitu :

- a. Antipsikotik Tipikal/*Dopamine Antagonis Reseptor*(DAR)

Obat tipikal atau biasa juga disebut obat golongan tradisional ini menghambat kerja reseptor dopamin di otak, mencegah penyampaian pesan yang ditransmisikan sepanjang sinaps oleh neurotransmitter. Obat ini berfungsi untuk mengurangi gejala positif dari skizofrenia tetapi obat ini menghambat aktivitas dopamin dibagian otak yang bernama striatum sehingga mengakibatkan efek samping ekstrapiramidal dan diskinesia tardif atau kekakuan pada bagian otak (Tumanggor, 2018). Adapun contoh obat golongan tipikal, yaitu chlorpromazine, thioridazine, mesoridazine, dan trifluoperazine (Stuart, 2016).

b. Antipsikotik Atipikal/*Serotonin Dopamine Antagonis Reseptor* (SDAR)

Obat ini menghambat kerja reseptor dopamin dan serotonin di otak (Rohan & dkk, 2016). Obat golongan ini memiliki jumlah serotonin tipe-2 dan reseptor dopamine D2 lebih tinggi dibandingkan obat jiwa golongan tipikal. Obat golongan ini memiliki efek samping ekstrapiramidal dan tardive diskinesia yang rendah dibandingkan dengan golongan DAR, obat ini rendah angka hospitalisasinya dan obat antipsikotik atipikal ini efektif untuk memperbaiki gejala positif dan gejala negatif dari skizofrenia.

Obat atipikal memiliki dua kerugian utama yaitu menyebabkan sindrom metabolik yang berhubungan dengan masalah penambahan berat badan, diabetes dan displidemia, serta sering mengakibatkan penyakit kardiovaskular serta biaya yang dikeluarkan juga lebih besar dibandingkan obat golongan antipsikotik tipikal. Adapun contoh obat golongan atipikal, yaitu clozapine, olanzapine, risperidone, dan quetiapine (Stuart, 2016).

Untuk mengatasi efek samping yang ditimbulkan dari kedua golongan obat antipsikotik atipikal dan tipikal maka pada umumnya diberikan obat antikolinergik dan amantadine yang berfungsi untuk mengatasi gangguan gerakan atau efek piramidal yang ditimbulkan. Adapun contoh obatnya adalah trihexyphenidyl (Tumanggor, 2018).

B. Konsep Isolasi Sosial

1. Pengertian Isolasi Sosial

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima,

keseharian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Nurhalimah, 2018).

Isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negatif atau mengancam (NANDA-I, 2018 dalam Keliat & dkk, 2019).

2. Tahap Perkembangan Sosialisasi

Menurut Erickson dalam Sit (2017) tahap perkembangan psikososial terbagi menjadi 8 (delapan) tahap, yaitu:

- a. Percaya (*trust*) versus tidak percaya (*mistrust*) periode terjadi pada usia 0-1 tahun. Ini adalah tahap paling fundamental dalam kehidupan manusia. Menurut Erickson apakah anak dapat mengembangkan sikap percaya atau tidak percaya tidak sepenuhnya ditentukan faktor bawaan tetapi sangat dipengaruhi faktor-faktor sosial. Kondisi ini sangat bergantung pada kualitas hubungan anak dan ibunya. Cara ibu mengasuh anak akan berdampak terhadap pembentukan dasar identitas diri anak. Seorang ibu yang gagal mengembangkan sikap percaya pada anak akan menghasilkan anak yang penakut dan melihat dunia sebagai suatu yang tidak konsisten dan tidak terduga.
- b. Kemandirian (*autonomy*) versus malu dan ragu (*shame dan doubt*). Tahap ini terjadi pada usia 1-3 tahun. Pada tahap ini ibu atau orang-orang di sekitar anak memperkenalkan konsep kemandirian versus rasa malu dan ragu-ragu. Sepanjang tahap ini anak-anak mencoba menguasai keterampilan menggunakan toilet.
- c. Inisiatif (*initiative*) versus rasa bersalah (*guilt*). Tahap ini terjadi pada usia 3-6 tahun. Pada tahap ini anak telah memiliki kemampuan untuk melakukan sesuatu untuk dirinya, mereka telah dapat memakai pakaian sendiri. Namun jika anak merasa disalahkan terhadap keputusan yang dibuatnya, anak-anak akan merasa bersalah. Erickson memiliki pandangan yang positif

terhadap tahap ini dengan mengatakan perasaan bersalah akan cepat berganti dengan pemahaman penyelesaian masalah.

- d. Kerja keras (*industry*) versus rasa rendah diri (*inferiority*). Tahap ini berlangsung pada usia 6-11 tahun. Anak-anak pada usia dini mulai membandingkan dirinya dengan orang lain (misalnya dengan teman-teman di kelasnya). Anak sudah dapat mengenal kemampuannya dan lebih antusias. Erikson menekankan kepada guru untuk meyakinkan anak terhadap kemampuannya dan tidak merasa rendah diri.
- e. Identitas (*identity*) versus kebingungan (*role confusion*). Tahap ini dialami seseorang pada masa remaja. Pada tahap ini individu menemukan dirinya sendiri dan menentukan langkah-langkah dalam hidupnya. Orangtua sebaiknya memberikan kesempatan kepada remaja untuk dapat melakukan penjelajahan dalam rangka menemukan identitas dirinya. Jika orangtua terlalu memaksakan kemauannya, maka remaja akan tumbuh menjadi remaja yang bingung terhadap identitas dirinya.
- f. Keintiman (*intimacy*) versus keterasingan (*isolation*). Tahap ini dialami seseorang pada masa dewasa awal. Pada tahap ini individu mengalami kepedulian menjalin hubungan yang akrab dengan teman sebaya atau dengan orang yang berbeda jenis kelamin. Mereka mungkin membangun keluarga atau memiliki teman akrab. Jika hal itu tidak terjadi, maka mereka akan mengalami isolasi atau keterasingan.
- g. Generativitas (*generativity*) versus stagnasi (*stagnation*). Tahap ini dialami seseorang pada usia dewasa madya. Pada tahap ini individu mengalami kepedulian untuk membantu orang-orang yang lebih muda dan mengarahkan kehidupan mereka ke arah yang lebih baik. Jika mereka tidak dapat membantu orang-orang yang lebih muda mereka merasa stagnasi. Orang-orang yang tidak dapat membantu orang muda pada masa ini akan mengalami gangguan

perkembangan sosial, misalnya menarik diri dari lingkungannya karena merasa tidak berguna.

- h. Integritas (*ego integrity*) versus keputusasaan (*despair*). Tahap ini dialami seseorang pada masa dewasa akhir. Pada tahap ini seseorang selalu bercermin pada pengalaman masa lalunya. Mereka yang merasa telah berhasil pada masa dewasa awal dan madya akan memiliki integritas kepribadian pada tahap ini, tetapi mereka yang merasa belum memiliki pengalaman baik pada masa dewasa awal dan madya akan mengalami keputusasaan.

3. Rentang Respons Isolasi Sosial

Menurut Yosep & Sutini (2016) rentang respons isolasi sosial adalah sebagai berikut :

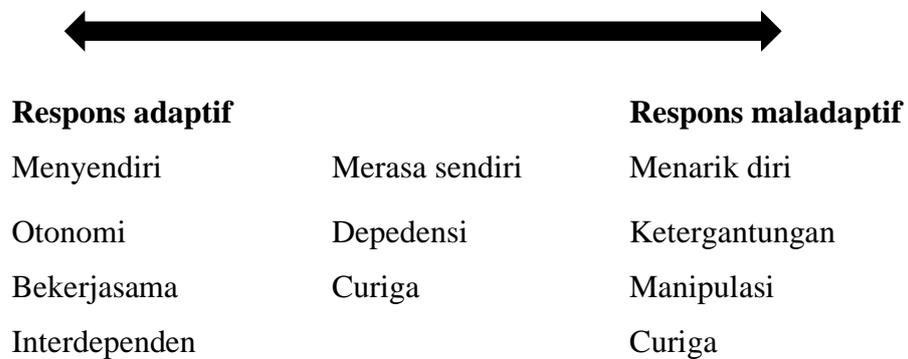


Diagram 2.2 Rentang Respons Isolasi Sosial

Keterangan:

a. Respons Adaptif

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

1) Menyendiri

Repons yang dibutuhkan seseorang untuk merenungkan apa yang telah terjadi di lingkungan sosialnya.

2) Otonomi

Kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial.

3) Bekerjasama

Kemampuan individu dimana individu tersebut saling membutuhkan satu sama lain.

4) Interdependen

Individu memiliki rasa saling ketergantungan antar individu lain dalam membina hubungan sosial.

b. Respons Maladaptif

Respons maladaptif adalah respons yang ditunjukkan oleh individu yang menyimpang dari norma sosial. Respons maladaptif tersebut diantaranya adalah :

1) Menarik diri

Seseorang yang mengalami kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.

2) Ketergantungan

Seseorang gagal mengembangkan rasa percaya diri sehingga tergantung dengan orang lain.

3) Manipulasi

Seseorang yang mengganggu orang lain sebagai objek individu sehingga tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam.

4) Curiga

Seseorang gagal mengembangkan rasa percaya terhadap orang lain.

4. Penyebab Isolasi Sosial

Menurut Keliat & dkk (2019) terdapat beberapa penyebab dari isolasi sosial, diantaranya adalah :

a. Sulit berhubungan/beinteraksi dengan orang lain

- b. Tidak mampu berhubungan/berinteraksi yang memuaskan
- c. Perasaan malu
- d. Perasaan tidak berharga
- e. Pengalaman ditolak, dikucilkan, dan dihina

Menurut Sutejo (2019) terdapat dua faktor penyebab isolasi sosial, yakni faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi penyebab isolasi sosial meliputi faktor perkembangan, faktor biologis, dan 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/pengasah 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 dikemudian hari.

Pada masa kanak-kanak, pembatasan aktivitas atau kontrol yang berlebihan dapat membuat anak frustrasi. Pada masa praremaja dan remaja, hubungan antara individu dengan kelompok atau teman lebih berarti daripada hubungannya dengan orang tua. Pada masa dewasa muda, individu meningkatkan kemandiriannya serta mempertahankan hubungan interdependen antara teman sebaya maupun orang tua. Individu siap untuk membentuk suatu kehidupan baru dengan menikah dan mempunyai pekerjaan.

Pada masa dewasa tengah, individu mulai terpisah dengan anak-anaknya, ketergantungan terhadap dirinya mulai menurun. Ketika individu bisa mempertahankan hubungan yang interdependen antara orang tua dengan anak, kebahagiaan

akan diperoleh dengan tetap. Pada masa dewasa akhir, individu akan mengalami berbagai kehilangan, baik kehilangan keadaan fisik, kehilangan orang tua, pasangan hidup, teman, maupun pekerjaan atau peran.

2) Faktor biologis

Faktor genetik dapat menunjang terhadap respons sosial maladaptif. Genetik merupakan salah satu faktor pendukung gangguan jiwa. Selain itu kelainan pada struktur otak, seperti atrofi, pembesaran ventrikel, penurunan berat dan volume otak serta perubahan struktur limbik dapat menyebabkan skizofrenia.

3) Faktor sosial budaya

Adanya norma-norma yang salah yang dianut satu keluarga, seperti anggota tidak produktif yang diasingkan dari lingkungan sosial. Selain itu, 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

1) Stress sosiokultural

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

2) Stress psikologik

Intensitas ansietas yang ekstrem akibat berpisah dengan orang lain, keterbatasan 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 dengan orang lain akan memicu persepsi yang menyimpang dan berakibat pada gangguan berhubungan dengan orang lain (isolasi sosial).

5. Tanda dan Gejala Isolasi Sosial

Tanda dan gejala isolasi sosial didapatkan dari hasil observasi dan wawancara kepada klien. Tanda dan gejala tersebut diantaranya adalah:

a. Data subjektif

Klien mengungkapkan tentang perasaan sepi, perasaan tidak aman, perasaan bosan dan waktu terasa lambat, ketidakmampuan berkonsentrasi dan perasaan ditolak.

b. Data objektif

Klien tampak banyak diam, tidak mau bicara, menyendiri, tidak mau berinteraksi, tampak sedih, ekspresi datar dangkal, dan kontak mata kurang (Nurhalimah, 2018).

6. Mekanisme Koping

Menurut Stuart (2016) mekanisme koping yang berhubungan dengan respons sosial yang maladaptif merupakan upaya untuk mengatasi ansietas yang berhubungan dengan ancaman atau kesepian yang dialami. Adapun mekanisme koping yang dimaksud sebagai berikut :

a. Proyeksi

Menempatkan tanggung jawab atas perilaku antisosial diluar diri sendiri

b. Pemisahan

Ketidakmampuan untuk mengintegrasikan aspek baik dan buruk diri sendiri dan berbagai objek.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial

Asuhan keperawatan pada klien dengan isolasi sosial dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi baik kepada individu maupun keluarga. Adapun asuhan keperawatan yang dimaksud sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan gangguan jiwa meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan (faktor predisposisi; biologis, psikologis dan sosial dan faktor presiptasi; biologis, psikologis dan sosial), pengkajian fisik, pengkajian psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping dan pengetahuan.

Menurut (Nurhalimah, 2018) pengkajian keperawatan pada klien isolasi sosial dapat dilakukan melalui wawancara dan observasi kepada klien dan keluarga.

a. Wawancara

- 1) Bagaimana perasaan Anda saat berinteraksi dengan orang lain?
- 2) Bagaimana perasaan Anda ketika berhubungan dengan orang lain? Apa yang Anda rasakan? Apa Anda merasa nyaman?
- 3) Bagaimana penilaian Anda terhadap orang-orang di sekeliling Anda (keluarga atau tetangga)?
- 4) Apakah Anda mempunyai anggota keluarga atau teman terdekat? Bila punya siapa anggota keluarga dan teman dekatnya itu?
- 5) Adakah anggota keluarga atau teman yang tidak dekat dengan Anda? Bila punya siapa anggota keluarga dan teman yang tidak dekatnya itu?
- 6) Apa yang membuat Anda tidak dekat dengan orang tersebut?

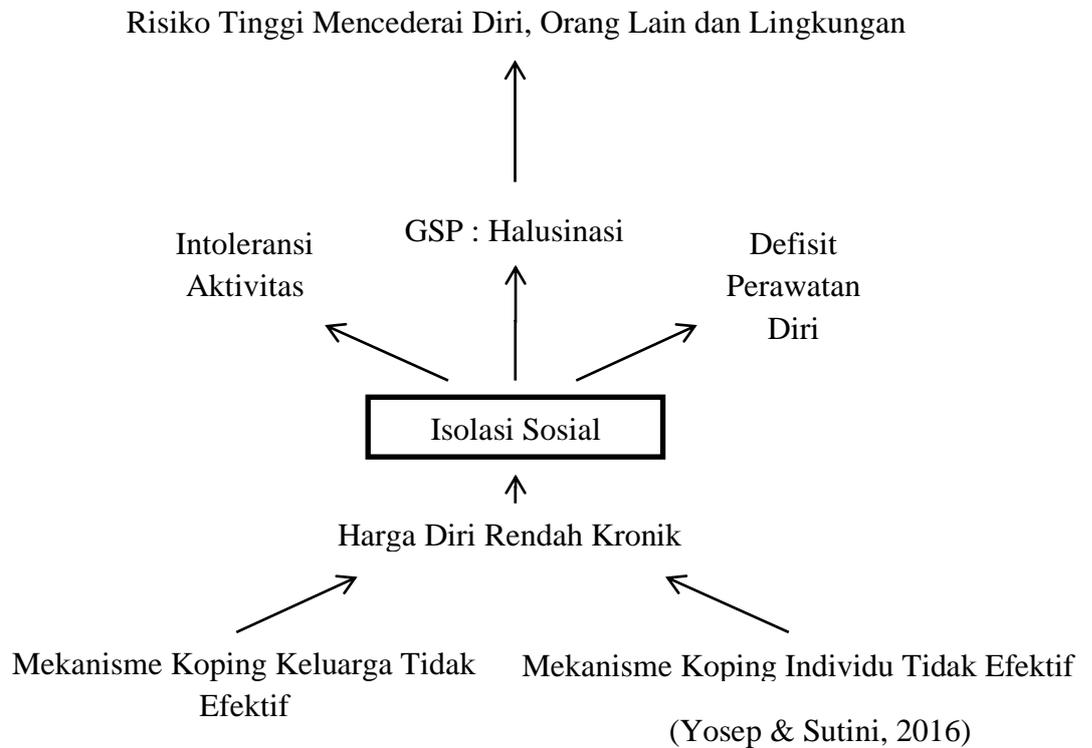
b. Observasi

- 1) Klien banyak diam
- 2) Klien tidak mau bicara
- 3) Klien menyendiri
- 4) Klien tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat

- 5) Klien tampak sedih
- 6) Ekpresi datar dan dangkal
- 7) Kontak mata kurang

2. Pohon Masalah

Diagram 2.2 Pohon Masalah



3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Yosep & Sutini (2016) diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

- a. Isolasi sosial
- b. Harga diri rendah kronis
- c. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
- d. Koping keluarga tidak efektif
- e. Koping individu tidak efektif
- f. Intoleran aktivitas
- g. Defisit perawatan diri
- h. Risiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan

4. Perencanaan Keperawatan

Perumusan perencanaan keperawatan harus berdasarkan SMART, yaitu *specific* (tujuan harus jelas), *measurable* (dapat diukur), *achievable* (dapat dicapai), *rasionable* (ada rasionalnya), dan *time* (ada waktunya) (Asmadi, 2008).

Menurut Prabowo (2014) rencana keperawatan pada klien dengan isolasi sosial adalah sebagai berikut :

a. Tujuan Umum

Klien dapat berinteraksi dengan orang lain

b. Tujuan Khusus

TUK dilaksanakan dalam bentuk SP (SP 1 sampai dengan 4)

1) SP 1 Isolasi Sosial

Tujuan : Setelah dilakukan....kali interaksi klien mampu mengatasi isolasi sosial dengan berinteraksi dengan 1 orang.

Kriteria evaluasi :

- a) Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan klien mampu menjabat tangan perawat, menjawab salam perawat, ada kontak mata, mau berkenalan, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan perasaannya.
- b) Klien dapat menyadari penyebab isolasi sosial dari diri sendiri, orang lain maupun lingkungan
- c) Klien dapat menyebutkan keuntungan dari berinteraksi dengan orang lain,
- d) Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
- e) Klien dapat berinteraksi dengan 1 orang (menyebutkan nama, usia, alamat hobi).

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, jelaskan penyebab isolasi sosial, jelaskan keuntungan dari berinteraksi dengan orang lain, jelaskan

kerugian jika tidak berinteraksi dengan orang lain, latih cara berkenalan dengan satu orang (nama, usia, alamat, hobi).

2) SP 2 Isolasi Sosial

Tujuan : Setelah dilakukan....kali interaksi klien mampu mengatasi isolasi sosial dengan minum obat.

Kriteria evaluasi :

- a) Klien dapat menjelaskan manfaat minum obat dan kerugian jika tidak minum obat
- b) Klien mampu menjelaskan 5 benar minum obat (benar nama, obat, dosis, cara, jadwal)
- c) Klien mampu menjelaskan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi ke dokter.

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, evaluasi kegiatan harian klien dan beri kesempatan klien untuk mempraktekan cara berkenalan dengan satu orang, jelaskan tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, jelaskan 5 benar minum obat (nama, obat, dosis, cara dan jadwal), diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi ke dokter.

3) SP 3 Isolasi Sosial

Tujuan : Setelah dilakukan....kali interaksi klien mampu berinteraksi dengan 2 orang serta bertanya dan menjawab.

Kriteria evaluasi :

- a) Klien mampu berkenalan dengan 2 orang
- b) Klien mampu bertanya dengan jelas, singkat dan sesuai
- c) Klien mampu menjawab dengan jelas, singkat dan sesuai

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, evaluasi kegiatan harian klien, evaluasi cara berkenalan dengan satu orang, evaluasi pengetahuan klien tentang manfaat dan akibat jika tidak minum obat, 5 cara benar minum obat dan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi

ke dokter, jelaskan cara berkenalan dengan 2 orang, jelaskan cara benar untuk bertanya dan menjawab kepada orang lain.

4) SP 4 Isolasi Sosial

Tujuan : Setelah dilakukan.....kali interaksi klien mampu berinteraksi dengan 3 orang serta melakukan kegiatan bersama.

Kriteria evaluasi :

- a) Klien mampu berkenalan dengan 3 orang
- b) Klien mampu melakukan kegiatan bersama-sama dengan orang sekitar

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, evaluasi kegiatan harian klien, evaluasi cara berkenalan dengan satu orang, gevaluasi pengetahuan klien tentang manfaat dan akibat jika tidak minum obat, 5 cara benar minum obat dan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi ke dokter, evaluasi cara cara benar untuk bertanya dan menjawab kepada orang lain, jelaskan cara berkenalan dengan 3 orang dan melakukan kerja sama atau kegiatan bersama-sama dengan temannya.

5) Tindakan pada Keluarga

a) SP 1 Keluarga

Tujuan : Setelah.....kali pertemuan keluarga mampu mengembangkan kemampuan pasien untuk berhubungan dengan orang lain.

Kriteria evaluasi :

- (1) Keluarga mampu menjelaskan tentang pengertian dari isolasi sosial dan tanda gejalanya

- (2) Keluarga mampu menjelaskan akibat dari isolasi sosial

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah diskusikan pentingnya peran keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku isolasi sosial, diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku isolasi

sosial, jelaskan pada keluarga tentang isolasi sosial beserta tanda dan gejalanya, penyebab dan akibat isolasi sosial,

b) SP 2 Keluarga

Tujuan : Setelah.....kali pertemuan keluarga dapat merawat klien dengan isolasi sosial

Kriteria evaluasi :

- (1) Keluarga klien mampu menjelaskan cara merawat klien dengan isolasi sosial
- (2) Keluarga klien mampu mendemonstrasikan cara merawat klien dengan isolasi sosial

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah jelaskan cara merawat klien dengan isolasi sosial, latih keluarga cara merawat klien dengan isolasi sosial dan beri motivasi keluarga agar membantu klien untuk bersosialisasi.

6) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Menurut Pawirowiyono & Keliat (2014) terapi aktivitas kelompok (TAK) merupakan terapi modalitas keperawatan yang ditujukan pada kelompok klien dengan masalah yang sama. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi dilaksanakan dengan membantu klien melakukan sosialisasi dengan individu yang ada di sekitar klien. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal (satu dan satu), kelompok, dan masyarakat. TAK sosialisasi terbagi menjadi 7 sesi, diantaranya adalah :

a) Sesi 1

TAK sesi 1 bertujuan agar klien mampu memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal dan hobi.

b) Sesi 2

TAK sesi 2 bertujuan agar klien mampu berkenalan dengan anggota kelompok : memperkenalkan identitas diri seperti nama lengkap, nama panggilan, asal dan hobi serta dapat

menanyakan identitas anggota kelompok lainnya seperti nama lengkap, nama panggilan, asal dan hobi.

c) Sesi 3

TAK sesi 3 bertujuan agar klien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok lainnya. Klien mampu bertanya dengan jelas, ringkas, relevan dan spontan serta klien mampu menjawab dengan jelas, ringkas, relevan dan spontan.

d) Sesi 4

TAK sesi 4 bertujuan agar klien mampu menyampaikan topik pembicaraan tertentu dengan anggota kelompok, memilih yang ingin dibicarakan dan memberikan pendapat tentang topik yang dipilih.

e) Sesi 5

TAK sesi 5 bertujuan agar klien mampu menyampaikan masalah pribadi kepada orang lain, memilih satu masalah untuk dibicarakan dan memberi pendapat tentang masalah pribadi yang dipilih.

f) Sesi 6

TAK sesi 6 bertujuan agar klien mampu bekerja sama dalam permainan sosialisasi dengan bertanya dan meminta sesuai dengan kebutuhan pada orang lain serta menjawab dan memberi pada orang lain sesuai dengan permintaan.

g) Sesi 7

TAK sesi 7 bertujuan agar klien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan kelompok yang telah dilakukan.

5. Implementasi

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap perencanaan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan (Stuart 2006 dalam Muhith, 2015).

Menurut Prabowo (2014) teknik komunikasi terapeutik yang dapat digunakan diantaranya adalah :

- a. Mendengarkan dengan aktif (*active listening*)
Seorang perawat harus menjadi pendengar yang baik dalam melakukan hubungan perawat-pasien. Dengan demikian perawat dapat mengetahui apa yang dirasakan oleh pasien.
- b. Memberi kesempatan pada pasien untuk memulai pembicaraan
Memberi kesempatan pada pasien untuk memulai pembicaraan memilih topik pembicaraan. Ciptakan suasana dimana pasien merasa terlibat penuh dalam suatu pembicaraan.
- c. Memberikan penghargaan
Memberikan salam kepada pasien dengan menyebutkan namanya , menunjukkan kesadaran tentang perubahan yang terjadi, menghargai pasien sebagai manusia seutuhnya yang mempunyai hak dan tanggung jawab atas dirinya sendiri sebagai individu.
- d. Mengulang kembali
Perawat mengulang sebagian pertanyaan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri, yang menunjukkan bahwa perawat mendengarkan apa yang dikatakan oleh pasien.
- e. Klarifikasi
Menjelaskan kembali ungkapan pikiran yang dikemukakan pasien yang kurang jelas bagi perawat, agar tidak terjadi salah pengertian.
- f. Mengarahkan pembicaraan
Perawat membantu pasien untuk memfokuskan pembicaraan agar lebih spesifik dan terarah.
- g. Membagi persepsi
Perawat mengungkapkan persepsinya tentang pasien.
- h. Diam (diam yang positif)
Diam yang positif dan penuh penerimaan merupakan media terapeutik karena dapat memotivasi pasien untuk berbicara, mengarahkan isi pikirannya kepada masalah yang dialaminya.

i. Memberi informasi

Memberikan informasi kepada pasien mengenai hal-hal yang tidak atau belum diketahuinya atau bila pasien bertanya memberikan informasi.

j. Memberi saran

Merupakan teknik komunikasi yang baik bila digunakan pada waktu yang tepat dan cara yang konstruktif, sehingga pasien bisa memilih.

Dalam melakukan komunikasi terapeutik terdapat beberapa sikap yang harus dikuasai oleh perawat diantaranya adalah :

a. Berhadapan dengan lawan bicara

Dengan posisi ini perawat menyatakan bahwa perawat siap untuk berbicara dengan pasien.

b. Sikap tubuh terbuka; kaki dan tangan terbuka (tidak bersilangan)

Sikap terbuka yang dilakukan perawat menunjukkan bahwa perawat bersedia untuk mendukung terciptanya komunikasi.

c. Menunduk/memposisikan tubuh kearah yang lebih dekat dengan lawan bicara

Hal ini menunjukkan bahwa perawat bersiap untuk merespons dalam komunikasi (berbicara-mendengar)

d. Pertahankan kontak mata, sejajar dan natural

Posisi mata sejajar perawat menunjukkan bahwa perawat bersedia untuk mempertahankan komunikasi.

e. Bersikap tenang

Perawat harus bisa tidak terburu-buru saat berbicara dan menggunakan gerakan/bahasa tubuh yang natural.

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria hasil. Evaluasi merupakan proses akhir dari seluruh tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat. Evaluasi

terdapat 2 jenis, yaitu evaluasi formatif yang merupakan evaluasi proses dilakukan setiap selesai tindakan dan evaluasi sumatif yang merupakan evaluasi hasil dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara keseluruhan.

Evaluasi disusun berdasarkan SOAP. S adalah respons subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. O adalah respons objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. A adalah analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiktif dengan masalah yang ada. P adalah perencanaan atas tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respons klien (Muhith, 2015).

Menurut Nurhalimah (2018) evaluasi keperawatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Evaluasi kemampuan klien isolasi sosial berhasil apabila klien dapat :
 - 1) Menjelaskan kebiasaan keluarga berinteraksi dengan klien
 - 2) Menjelaskan penyebab klien tidak mau berinteraksi dengan orang lain
 - 3) Menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain
 - 4) Menyebutkan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
 - 5) Memperagakan cara berkenalan dengan orang lain, perawat, keluarga, tetangga
 - 6) Berkomunikasi dengan keluarga saat melakukan kegiatan sehari-hari
 - 7) Berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial
 - 8) Menyampaikan perasaan setelah interaksi dengan orang tua
 - 9) Mempunyai jadwal bercakap-cakap dengan orang lain
 - 10) Merasakan manfaat latihan berinteraksi dalam mengatasi isolasi sosial

b. Evaluasi kemampuan keluarga dengan klien sosial berhasil apabila keluarga dapat :

- 1) Mengetahui isolasi sosial (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial) dan mengambil keputusan untuk merawat klien
- 2) Membantu klien berinteraksi dengan orang lain
- 3) Mendampingi klien saat melakukan aktivitas rumah tangga dan kegiatan sosial sambil berkomunikasi
- 4) Melibatkan klien melakukan kegiatan harian di rumah dan kegiatan sosialisasi di lingkungan
- 5) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung klien untuk meningkatkan interaksi sosial
- 6) Memantau peningkatan kemampuan klien dalam mengatasi isolasi sosial
- 7) Melakukan *follow up* ke puskesmas, mengetahui tanda kambuh dan melakukan rujukan

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 Januari 2020 di Ruang Berry RSKD Duren Sawit. Sumber informasi didapatkan dari pasien dan keluarga pasien (suami pasien).

1. Identitas Pasien

Pasien Ny. Y berusia 36 tahun dengan status perkawinan menikah, beragama Islam, suku bangsa Jawa, dan pendidikan terakhir SMP.

2. Alasan Masuk

Pasien Ny. Y berusia 36 tahun dengan diagnosa skizofrenia paranoid (F20.0), pasien mengatakan bahwa awal mula kejadian sakit adalah ketika pasien sedang dzikir lalu pasien melihat bayangan hitam seperti awan dan hewan lalu terdapat suara mengajak pergi setelah itu pasien pingsan. Pasien di bawa ke RS Koja. Suami pasien mengatakan pasien benar pingsan dan di bawa ke RS Koja, di RS Koja pasien kejang dan tidak tau sakit apa lalu di bawa ke RSKD Duren Sawit. Sebelumnya juga pasien tidak nafsu makan, mual, dan terdiagnosa *dyspepsia syndrom*.

3. Keluhan Utama

Keluhan pasien pada saat pengkajian, yaitu pasien menangis, sedih, tidak mau berbicara dengan temannya, tatapan mata kosong kurang dari 3 detik, pasien duduk di pojok jendela, intonasi suara pasien pelan, pasien tampak menunduk ketika berbicara dengan perawat, pasien mengatakan saat ini sedih karena tidak menyangka akan dibawa ke RSKD Duren Sawit, pasien juga mengatakan sedih karena teringat kedua anaknya. Anak pertama pasien adalah seorang laki-laki yang memiliki kekurangan, anak laki-laki ibu Y harus dipindahkan ke SLB

akan tetapi suami pasien tidak bisa mengurus berkas untuk pindah sekolah oleh sebab itu pasien kepikiran tentang hal ini. Pasien juga kepikiran takut anaknya tidak diberi makan dan merepotkan ibu kandungnya karena anak-anaknya akan di urus oleh ibu pasien selama pasien di rawat di rumah sakit. Pasien juga mengatakan curiga kepada suami pasien, pasien mendengar dari perkataan orang bahwa suaminya memiliki perempuan lain tetapi pasien belum menyelidiki kebenarannya.

4. Faktor Predisposisi

a. Biologis

Tidak ada riwayat penolakan, aniaya seksual, kekerasan dalam keluarga hanya pada saat dijambak oleh suaminya pada saat sebelum masuk RS. Pasien sakit dan kesal saat dijambak dan respons pasien hanya marah saja. Pasien tidak pernah terlibat oleh tindak kriminal. Pasien pernah mengalami kecelakaan sekitar tahun 2016 pada saat pasien menjadi asisten rumah tangga (ART) dimana telinga pasien kemasukan pasir lalu jadi gangguan dalam pendengaran. Suami pasien mengatakan mendapat informasi dari saudara pasien bahwa ibu pasien mengalami gangguan jiwa, tetapi saat ini sudah tidak ada tanda gejala gangguan jiwa.

b. Psikologis

Pasien mempunyai mekanisme koping individu yang maladaptif dimana pasien tidak pernah menceritakan apa yang dialami dan hanya memendam saja jika ada masalah (kepribadian *introvert*). Pasien mengatakan merasa tidak disayang oleh orangtuanya karena waktu itu pada saat pembagian harta warisan tidak adil. Pasien juga merasa tidak ada yang percaya kepadanya. Pasien merasa tidak ada yang percaya kepadanya karena pada saat pasien bercerita tentang kehidupan pernikahannya ibu pasien hanya berkata “yaudah sabar mungkin banyak kebutuhan dijalan, gak mungkin suami kamu seperti itu”. Pasien mengatakan dekat dengan kakak pertamanya.

Hanya kakak pertamanya lah yang mengerti pasien. Pasien mengatakan kakak pasien suka membantu pasien dalam hal keuangan dan juga sering mendengarkan cerita pasien. Tapi sejak sudah jarang bertemu, pasien jarang bercerita dengan kakaknya. Pasien mengatakan sekarang harus menggunakan alat bantu dengar dikarenakan waktu tahun 2016 terkena pasir pada saat ikut majikannya ke pantai. Pasien merasa malu jika menggunakan alat bantu dengar tersebut.

c. Sosial Budaya

Suami pasien mengatakan sejak pernikahan, istrinya memang pendiam dan jarang cerita. Pasien menikah pada tahun 2004, lalu anak pertama pasien lahir pada tahun 2006 dan anak kedua pasien tahun 2010. Pasien mengatakan dulu suaminya sempat bekerja menjadi *cleaning service* di salah satu *mall* di Jakarta, akan tetapi 4 tahun yang lalu tahun 2015 suaminya di PHK lalu bekerja sebagai *driver* ojek online. Pasien mengatakan pernah menjadi seorang ART di 2 rumah pada tahun 2016 akan tetapi hanya mendapat upah 600 ribu. Pada saat bekerja sebagai ART, pasien diajak ke pantai oleh majikannya dan pada saat disana telinga pasien terkena pasir yang membuat pasien tidak dapat mendengar dengan baik seperti sekarang. Pasien harus menggunakan alat bantu dengar saat berbicara dengan orang lain, namun pasien merasa malu menggunakan alat bantu dengar yang dimilikinya. Pasien juga sekarang bekerja sebagai tukang parkir di depan pengadilan bersama anak sulungnya. Saat ini pasien tinggal bersama kedua orang anaknya dan suaminya. Pasien tinggal di daerah Ancol Selatan, pasien tidak memiliki rumah dan pasien hanya mengontrak.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

5. Faktor Presipitasi

a. Biologis

Pasien tidak pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, ini adalah hal pertama. Suami pasien mengatakan bahwa pada tanggal 17 Januari 2020 pasien dibawa ke RS Koja karena pingsan sewaktu dzikir, lalu di RS Koja pasien sempat kejang dan pasien di rujuk oleh RS Koja ke RSKD Duren Sawit, suami pasien mengatakan tidak tau istrinya sakit apa. Di RSKD Duren Sawit pasien dibawa ke ruang iagnos untuk dilakukan perawatan fisik dan jiwa. Di ruang iagnos pasien di iagnose *dyspepsia syndrome* dengan keluhan pasien mual, pasien tampak kurus, dan pasien tidak nafsu makan. Pada tanggal 18 Januari 2020 pasien dibawa ke ruang berry untuk dilakukan perawatan selanjutnya, yaitu perawatan jiwa. Di ruang berry pasien tidak nafsu makan, pasien hanya makan ½ porsi, pasien merenung, pasien banyak diam, pasien tidak dapat memulai pembicaraan, pasien hanya tidur, dan pasien mempunyai suara yang kecil

b. Psikologis

Pasien mengatakan sangat sakit dan kesal pada saat kejadian dijambak itu. Suami pasien mengatakan bahwa pasien memang orang yang tertutup, jarang ngobrol, banyak diam, dan akhir-akhir ini suka marah karena permasalahan uang belanja padahal jika dijalan itu banyak kebutuhan seperti beli bensin, rokok, dan makanan. Tetapi pasien tidak mengerti dan menuduh macam-macam.

c. Sosial Budaya

Pasien mengatakan suaminya memberi uang belanja yang tidak sesuai padahal suami pasien adalah seorang *driver* ojek online yang bekerja dari pukul 7 malam hingga 12 siang tetapi hanya memberikan uang kepada pasien sebesar 30 ribu. Pasien mengatakan ketika pasien menanyakan kenapa hanya diberikan uang 30 ribu, suami pasien marah dan menjambak rambut pasien.

6. Pemeriksaan Fisik

Saat dilakukan pemeriksaan fisik, didapatkan hasil tekanan darah 110/53 mmHg, Nadi 62x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu 36,6⁰C, tinggi badan 155 cm, berat badan 38 kg, Index Massa Tubuh 15,81 (*Underweight*), pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, pasien mengeluh kurang jelas pada saat mendengar jika lawan bicaranya berbicara pelan. Pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan, sudah tidak mual dan mau makan.

Masalah Keperawatan : Ketidakseimbangan Nutrisi : Kurang dari kebutuhan tubuh.

7. Psikososial

a. Genogram

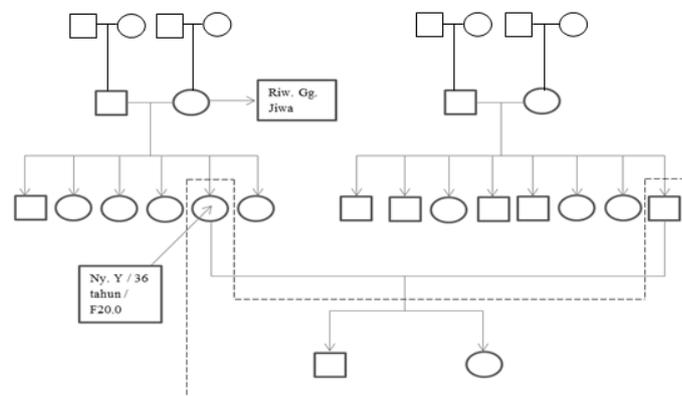


Diagram 3.1 Genogram Ny. Y

Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien
- ⋯ : Tinggal serumah
- : Garis pernikahan
- ⊥ : Putus Hubungan

Penjelasan :

Pasien mengatakan dulu waktu kecil diajarkan untuk mandiri, pasien tidak dimanja, pasien harus mengikuti aturan yang di buat oleh orang tuanya (pola asuh otoriter), pasien mengatakan tidak pernah cerita. Pasien mengatakan hanya dekat dengan kakak pertamanya. Pola komunikasi yang diterapkan dalam keluarga yaitu pola komunikasi searah dibuktikan pada pasien mengatakan pada saat pembagian hasil penjualan warisan itu tidak diajak untuk berdiskusi. Pengambilan keputusan diambil oleh ayahnya.

Masalah Keperawatan : Mekanisme Koping Keluarga Tidak Efektif

b. Konsep Diri

1) Gambaran diri

Pasien mengatakan suka dengan seluruh bagian tubuhnya karena memang sudah ciptaannya seperti ini. Pasien hanya merasa malu jika harus menggunakan alat bantu dengar karena itu mengganggu kenyamanan pasien dan takut dengan tatapan orang lain.

2) Identitas

Pasien mengatakan belum puas untuk saat ini menjadi ibu, karena belum bisa membahagiakan anaknya.

3) Peran

Pasien mengatakan perannya saat ini sudah sesuai sebagai ibu dari kedua anaknya dan sebagai istri.

4) Ideal diri

Pasien merasa sudah puas sebagai ibu dan istri, tetapi pasien mengatakan ingin pulang karena kepikiran anaknya. Pasien merasa sedih seharusnya pasien dan suami ingin memiliki rumah sendiri dan hidup rukun bersama kedua anaknya dan suaminya. Pasien mengatakan bisa menjadi tukang parkir, ART, dan mengurus rumah tangganya.

5) Harga diri

Pasien mengatakan bahwa pasien orang yang sabar dan tidak mudah marah, jika sudah diejek pasien hanya mampu diam. Pasien mengatakan malu ketika harus menggunakan alat bantu dengar, waktu perawat menyarankan “ibu gunakan hijab saja biar ketutup alat pendengarnya”, pasien menjawab “tidak suster malu, saya pake hijab kalau dzikir aja, kadang aja suster suka di omongin kalau saya rapih suster, jadi yaudah biarin aja suster.”

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

c. Hubungan Sosial

1) Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang sangat berarti adalah anaknya, karena pasien mengatakan sangat sayang dengan anaknya dan saat ini pun selalu kepikiran dengan anaknya nanti akan makan apa dan sama siapa.

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat, paling hanya ikut dzikir bersama. Pasien mengatakan jika pekerjaan rumahnya sudah selesai, pasien hanya diam dirumah saja dan memilih untuk tidur. Pada saat di rumah sakit, pasien hanya berdiam diri dan tidak tampak berinteraksi dengan temannya. Pasien juga tidak mau ikut serta dalam pembagian snack atau senam bersama.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak suka berhubungan dengan orang lain karena menganggap orang lain tidak menyukainya dan juga terkadang tidak terdengar (keterbatasan dalam pendengaran). Akan tetapi saat diajak berbicara dengan perawat pasien mampu mendengar dan merespons pembicaraan walaupun dengan intonasi suara lambat. Pasien mengatakan juga merasa

tidak terlalu nyaman kalau cerita dengan orang lain, lebih enak jika sendiri karena lingkungan kontrakan juga seperti itu jahat kepadanya. Kadang tetangga suka membuang sampah di depan kontrakannya. Pasien juga memang memiliki kepribadian tertutup (*introvert*). Pasien mengatakan memang jika ada masalah dipendam saja.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial, Mekanisme Koping Individu Tidak Efektif

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan bahwa pasien yakin bisa sembuh karena pasien mempunyai Allah.

2) Kegiatan ibadah

Pasien beragama Islam, pasien masih menjalankan ibadah yaitu sholat 5 waktu, tahajud, dhuha, dan mengaji.

8. Status Mental

a. Penampilan

Pasien menggunakan pakaian yang rapi, sesuai, dan pakaian yang digunakan bersih. Rambut pasien pendek dibawah telinga, rambut pasien tidak kotor, pasien menggunakan baju dari rumah sakit yang tampak lusuh, pasien tidak ada bau badan, tidak bau nafas, wajah pasien tampak berminyak.

b. Pembicaraan

Pasien lambat dalam merespons pembicaraan, berbicara lambat, volume suara pelan, dan tidak dapat memulai pembicaraan. Pasien hanya menjawab apa yang ditanya perawat saja. Tetapi setelah beberapa kali perawat memberi pertanyaan, akhirnya pasien bercerita.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

c. Aktivitas Motorik

Pasien tampak lesu dan tidak bersemangat, saat interaksi pasien kebanyakan bingung, bersandar, dan menunduk.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

d. Alam Perasaan

Pasien tampak sedih, pasien mengatakan sangat khawatir dengan anaknya yang dirumah takut tidak dikasih makan, takut ibunya sakit karena harus mencuci baju anaknya.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

e. Afek

Pasien memiliki afek datar, pada saat pengkajian pasien hanya melirik saja kurang lebih kurang dari 3 detik, jika perawat menceritakan hal yang bahagia pasien tidak berekpresi bahagia hanya mengangguk saja.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

f. Interaksi selama wawancara

Pasien tampak menghindari kontak mata saat wawancara, kontak mata sekitar kurang dari 3 detik, pasien hanya memandangi jendela dengan tatapan sedihnya lalu menangis dan juga pasien saat interaksi banyak menunduk, intonasi suara pelan terkadang tidak terdengar, berbicara lambat, dan tidak mampu untuk memulai pembicaraan.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

g. Persepsi

Pasien mengatakan bahwa sebelum pasien dibawa ke rumah sakit. Pasien sempat melihat bayangan hitam seperti awan dan hewan serta mendengar suara mengajak pergi. Pasien mengatakan juga bayangan hitam itu pernah muncul malam tapi jika dikagetkan

hilang. Waktu terakhir melihat itu sebelum masuk ke RS lalu pasien pingsan dan di bawa ke RS. Saat ini pasien sudah tidak mendengar ataupun melihat bayangan lagi.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan

h. Proses Pikir

Pasien jarang berbicara, tetapi setelahnya pasien menceritakan isi hatinya sambil menangis.

i. Isi Pikir

Pasien percaya dengan keyakinan agamanya, pasien juga tampak menjalani ibadah pada waktunya dan tidak terdapat waham.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

j. Tingkat Kesadaran

Pasien memiliki tingkat kesadaran cukup baik. Akan tetapi pasien disorientasi dengan hari. Pada saat itu hari Selasa tetapi pasien bilang hari Senin, ketika diperbaiki pasien tetap bersikeras bahwa hari itu adalah Senin.

k. Memori

Pasien mengatakan ingat dengan kejadian jangka pendek maupun panjang, pasien mampu menceritakan kejadian lampau hanya saja pasien sudah tidak ingat detail waktunya kapan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

l. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien dapat berkonsentrasi dan menjawab pertanyaan perawat, saat dikaji pasien dapat berhitung sederhana dengan mampu menjawab pertanyaan, $5 + 5 = 10$.

m. Kemampuan Penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan yang baik. Saat pasien ingin sholat menggunakan sajadah yang sudah kotor lalu perawat datang dan bilang ini ada sajadah yang bersih. Lalu pasien memilih pilihan yang sajadah bersih untuk sholatnya.

n. Daya Tilik

Pasien mengatakan bahwa dirinya baik-baik saja dan sudah sehat.

9. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan

Pasien mampu makan sendiri dan saat ini habis $\frac{1}{2}$ porsi. Pasien menggunakan tangan ketika makan, sebelum makan pasien mencuci tangan terlebih dahulu dan berdoa. Setelah makan pasien mencuci piring secara mandiri.

b. BAB/BAK

Pasien mampu BAB/BAK sendiri dan menyiramnya dengan bersih.

c. Mandi

Pasien mampu mandi dengan mandiri, pasien mandi dua kali sehari pagi dan sore. Pasien mengatakan jika mandi menggunakan sabun, sikat gigi dan pasta gigi serta jika keramas menggunakan shampoo.

d. Berpakaian/berhias

Pasien mampu berpakaian sendiri, pasien menggunakan baju sesuai tidak terbalik. Pasien juga menggunakan dalaman yang sesuai. Pasien menyisir rambut setelah mandi, tetapi pasien tidak menggunakan bedak, hanya mengeringkan muka yang basah jika setelah mandi.

e. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan jika mau tidur pasien sholat isya terlebih dahulu lalu tidur, pasien tidur pukul 21.00 dan bangun 04.30. Jika tidur siang pasien tidur pukul 10.00 atau setelah pembagian snack lalu bangun ketika mau makan siang sekitar pukul 12.00.

f. Penggunaan obat

Pasien mengatakan belum mengetahui tentang obat apa saja yang di konsumsi

g. Pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan tidak tau kalau dirumah pun harus minum obat lalu kontrol kerumah sakit lagi.

h. Kegiatan di dalam rumah

Pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Pasien mengatakan selalu mempersiapkan makan untuk anak dan suaminya. Pasien mengatakan mencuci pakaian suami dan anaknya, menyetrika, menjaga kerapihan rumah, dan melakukan pengaturan keuangan jika diberikan uang oleh suaminya. Biasanya jika pasien merasa uangnya tidak cukup, pasien tidak masak pasien beli di warteg yang murah agar cukup. Jika dana kartu Jakarta pintar (KJP) cair biasanya pasien memasak.

i. Kegiatan di luar rumah

Pasien mengatakan akhir-akhir ini suami pasien jarang memberikan uang belanja yang sesuai, hanya 30rb atau 40 rb. Pasien mengatakan selama ini menggunakan KJP, ketika bantuan KJP cair barulah pasien belanja atau memasak.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Mekanisme Koping

Pasien mengatakan jika ada masalah pasien tidak pernah cerita dan hanya dipendam saja. Pasien juga biasanya hanya menangis. Suami pasien juga mengatakan bahwa istrinya pendiam dan jarang sekali bercerita (kepribadian *introvert*)

Masalah Keperawatan : Mekanisme Koping Individu Tidak Efektif

11. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pasien mengatakan tidak terlalu dekat dengan lingkungan rumahnya karena jahat. Pasien putus sekolah waktu kelas 2 SMA. Pasien mengatakan sekarang pasien menjadi tukang parkir di depan pengadilan bersama anak sulungnya. Pasien mengatakan tidak memiliki rumah, pasien dan keluarga ngontrak dan pernah di usir juga. Pasien juga merasa kekurangan, terkadang makan bertiga dengan anaknya, pasien menggunakan KJP oleh karena itu dapat membayar uang kontrakan.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik dan Isolasi Sosial

12. Pengetahuan

Pasien mengatakan dirinya sudah sehat. Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak stress seperti teman-teman yang lain yang ada disini. Pasien mengatakan belum pernah mendapatkan pengobatan seperti ini.

Masalah Keperawatan : Defisiensi Pengetahuan

13. Aspek Medik

a. Diagnosa medik

F20.0 Skizofrenia Paranoid

b. Terapi medik

Trihexyphenydyl	1 x 2 mg	(pagi) per oral
Elizac	1 x 20 mg	(pagi) per oral
Serequel XR	2 x 300 mg	(pagi, malam) per oral
Merlopam	1 x 0,5 mg	(malam) per oral

Tabel 3.1 Analisa Data

Tanggal/Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
<p>Selasa, 21 Januari 2020</p> <p>10.45 WIB</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat paling hanya dzikir saja • Pasien mengatakan jarang bercerita, jika ada masalah pasien diam saja (kepribadian <i>introvert</i>) • Pasien mengatakan saat ini pasien malas ngobrol karena tidak nyambung • Pasien mengatakan sedih jika teringat dengan anaknya • Pasien mengatakan tidak terlalu dekat dengan lingkungan rumahnya karena jahat • Pasien mengatakan pasien hanya dekat dengan kakak sulungnya • Pasien mengatakan merasa tidak nyaman jika bercerita dengan 	<p>Isolasi Sosial</p>

Tanggal/Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
	<p>orang lain</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak banyak diam • Pasien tampak sedih • Pasien menangis ketika bercerita • Pasien duduk menyendiri sambil melihat kearah jendela dengan tatapan kosong • Pasien menghindari kontak mata, Kontak mata pasien kurang dari 3 detik • Pasien berbicara dengan nada lambat dan volume suara pelan dan terkadang tidak terdengar • Pasien tidak dapat memulai pembicaraan 	
<p>Selasa, 21 Januari 2020</p> <p>10.45 WIB</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan suka seluruh bagian tubuhnya karena memang sudah pemberiannya seperti ini 	<p>Harga Diri Rendah Kronik</p>

Tanggal/Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan malu jika harus menggunakan alat bantu dengar • Pasien mengatakan tidak ada yang sayang dan percaya padanya • Pasien mengatakan belum puas sebagai ibu karena belum bahagiain anaknya, seperti tidak ada rumah (masih ngontrak) <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak tidak bersemangat • Suara pasien pelan • Pasien tampak memalingkan wajah ketika diajak perawat berbicara 	
<p>Selasa, 21 Januari 2020</p> <p>10.45 WIB</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan jika ada masalah pasien tidak pernah cerita hanya memendam saja • Suami pasien mengatakan istrinya 	<p>Mekanisme Koping Individu Tidak Efektif</p>

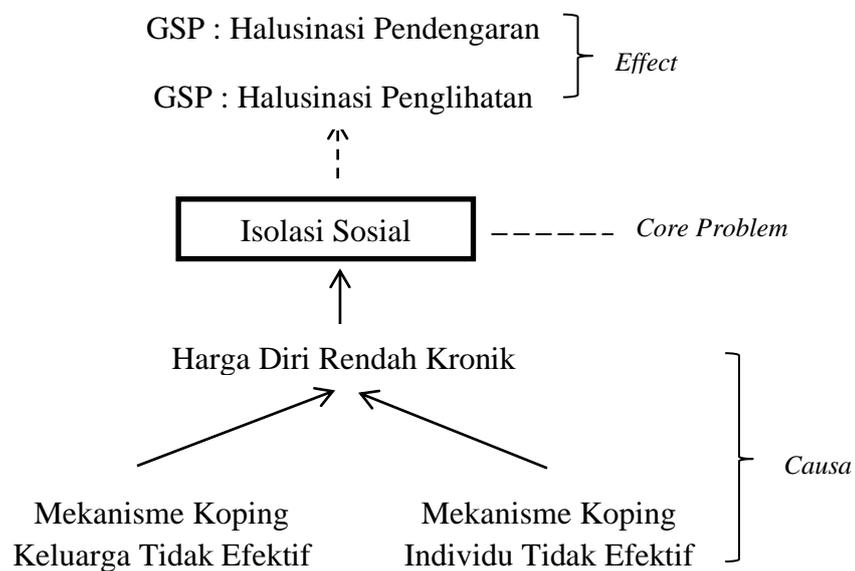
Tanggal/Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
	<p>pendiam dan tidak pernah bercerita padanya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketika di tanya mengapa tidak bercerita, pasien hanya menjawab enakan tidur saja malas cerita atau mungkin menangis, saya orangnya sabar <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak diam • Pasien tampak sedih • Ketika menceritakan kepada perawat pasien menangis 	
<p>Selasa, 21 Januari 2020</p> <p>10.45 WIB</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan jarang cerita karena merasa tidak ada yang percaya padanya • Pasien mengatakan jika ada apa-apa pasien tidak tahu seperti masalah waktu pembagian hasil <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada saat kunjungan, suami pasien dan pasien tampak sedikit 	<p>Mekanisme Koping Keluarga Tidak Efektif</p>

Tanggal/Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
	berbicara. Tidak ada cerita	
Selasa, 21 Januari 2020 10.45 WIB	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sebelum pingsan pasien melihat bayang hitam seperti awan, hewan • Pasien mengatakan bayangan hitam pernah muncul pada malam hari setelah dikagetkan hilang • Pasien mengatakan terakhir melihat pada saat sebelum pingsan Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak tidak ada tanda-tanda halusinasi 	Halusinasi Penglihatan
Selasa, 21 Januari 2020 10.45 WIB	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan pada saat melihat bayangan hitam awan hewan tersebut pasien juga mendengar suara mengajak pasien pergi • Pasien mengatakan 	Halusinasi Pendengaran

Tanggal/Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
	<p>suara tersebut pernah muncul juga waktu malam dan ketika dikagetkan hilang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan mendengar suara tersebut sebelum pingsan <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak tidak ada tanda-tanda halusinasi 	
<p>Selasa, 21 Januari 2020 10.45 WIB</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan ingin pulang • Pasien mengatakan tidak mau menghabiskan makan • Pasien mengatakan sudah tidak mual • Pasien mengatakan sudah mau makan dan tidak ada keluhan <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah 110/53 mmHg, Nadi 62x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu 36,6⁰C, • Tinggi badan 155 cm, 	<p>Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh</p>

Tanggal/Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
	berat badan 38 kg, Index Mass Tubuh 15,81 (<i>Underweight</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak pucat • Konjungtiva anemis • Pasien tampak tidak menghabiskan makanannya 	

Diagram 3.2 Pohon Masalah Pada Ny. Y



B. Diagnosa Keperawatan

1. Isolasi Sosial
2. Harga Diri Rendah Kronik
3. Mekanisme Koping Individu Tidak Efektif
4. Mekanisme Koping Keluarga Tidak Efektif
5. GSP : Halusinasi Pendengaran

6. GSP : Halusinasi Penglihatan
7. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh

C. Rencana Tindakan Keperawatan

1. Tujuan Umum

Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain

2. SP 1 Isolasi Sosial

Tujuan : Setelah dilakukan 2 kali interaksi pasien mampu mengatasi isolasi sosial dengan berinteraksi dengan 1 orang.

Kriteria evaluasi :

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan pasien mampu menjabat tangan perawat, menjawab salam perawat, ada kontak mata, mau berkenalan, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan perasaannya.
- b. Pasien dapat menyadari penyebab isolasi sosial dari diri sendiri, orang lain maupun lingkungan
- c. Pasien dapat menyebutkan keuntungan dari berinteraksi dengan orang lain,
- d. Pasien dapat menyebutkan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
- e. Pasien dapat berinteraksi dengan 1 orang (menyebutkan nama, usia, alamat hobi).

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, jelaskan penyebab isolasi sosial, jelaskan keuntungan dari berinteraksi dengan orang lain, jelaskan kerugian jika tidak berinteraksi dengan orang lain, latih cara berkenalan dengan satu orang (nama, usia, alamat, hobi).

3. SP 2 Isolasi Sosial

Tujuan : Setelah dilakukan 1 kali interaksi pasien mampu mengatasi isolasi sosial dengan minum obat dengan cara benar.

Kriteria evaluasi :

- a. Pasien dapat menjelaskan manfaat minum obat dan kerugian jika tidak minum obat
- b. Pasien mampu menjelaskan 5 benar minum obat (benar nama, obat, dosis, cara, jadwal)
- c. Pasien mampu menjelaskan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi ke dokter.

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, evaluasi kegiatan harian pasien dan beri kesempatan pasien untuk mempraktekan cara berkenalan dengan satu orang, jelaskan tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, jelaskan 5 benar minum obat (nama, obat, dosis, cara dan jadwal), diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi kedokter.

4. SP 3 Isolasi Sosial

Tujuan : Setelah dilakukan 1 kali interaksi pasien mampu berinteraksi dengan 2 orang serta bertanya dan menjawab.

Kriteria evaluasi :

- a. Pasien mampu berkenalan dengan 2 orang
- b. Pasien mampu bertanya dengan jelas, singkat dan sesuai
- c. Pasien mampu menjawab dengan jelas, singkat dan sesuai

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, evaluasi kegiatan harian pasien, evaluasi cara berkenalan dengan satu orang, evaluasi pengetahuan pasien tentang manfaat dan akibat jika tidak minum obat, 5 cara benar minum obat dan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi ke dokter, jelaskan cara berkenalan dengan 2 orang, jelaskan cara benar untuk bertanya dan menjawab kepada orang lain.

5. SP 4 Isolasi Sosial

Tujuan : Setelah dilakukan 1 kali interaksi pasien mampu berinteraksi dengan 3 orang serta melakukan kegiatan bersama.

Kriteria evaluasi :

- a. Pasien mampu berkenalan dengan 3 orang

- b. Pasien mampu melakukan kegiatan bersama-sama dengan orang sekitar

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, evaluasi kegiatan harian pasien, evaluasi cara berkenalan dengan satu orang, gevaluasi pengetahuan pasien tentang manfaat dan akibat jika tidak minum obat, 5 cara benar minum obat dan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi ke dokter, evaluasi cara cara benar untuk bertanya dan menjawab kepada orang lain, jelaskan cara berkenalan dengan 3 orang dan melakukan kerja sama atau kegiatan bersama-sama dengan temannya.

6. Tindakan pada Keluarga

a. SP 1 Keluarga

Tujuan : Setelah 1 kali pertemuan keluarga mampu mengembangkan kemampuan pasien untuk berhubungan dengan orang lain.

Kriteria evaluasi :

- 1) Keluarga mampu menjelaskan tentang pengertian dari isolasi sosial dan tanda gejalanya
- 2) Keluarga mampu menjelaskan akibat dari isolasi sosial

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah diskusikan pentingnya peran keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku isolasi sosial, diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku isolasi sosial, jelaskan pada keluarga tentang isolasi sosial beserta tanda dan gejalanya, penyebab dan akibat isolasi sosial,

b. SP 2 Keluarga

Tujuan : Setelah 1 kali pertemuan keluarga dapat merawat pasien dengan isolasi sosial

Kriteria evaluasi :

- 1) Keluarga pasien mampu menjelaskan cara merawat pasien dengan isolasi sosial

2) Keluarga pasien mampu mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan isolasi sosial

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah jelaskan cara merawat pasien dengan isolasi sosial, latih keluarga cara merawat pasien dengan isolasi sosial dan beri motivasi keluarga agar membantu pasien untuk bersosialisasi.

7. Ikuti pasien dalam TAK sosialisasi. TAK sosialisasi terbagi menjadi 7 sesi, diantaranya adalah :

a. Sesi 1

TAK sesi 1 bertujuan agar pasien mampu memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal dan hobi.

b. Sesi 2

TAK sesi 2 bertujuan agar pasien mampu berkenalan dengan anggota kelompok : memperkenalkan identitas diri seperti nama lengkap, nama panggilan, asal dan hobi serta dapat menanyakan identitas anggota kelompok lainnya seperti nama lengkap, nama panggilan, asal dan hobi.

c. Sesi 3

TAK sesi 3 bertujuan agar pasien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok lainnya. Pasien mampu bertanya dengan jelas, ringkas, relevan dan spontan serta pasien mampu menjawab dengan jelas, ringkas, relevan dan spontan.

d. Sesi 4

TAK sesi 4 bertujuan agar pasien mampu menyampaikan topik pembicaraan tertentu dengan anggota kelompok, memilih yang ingin dibicarakan dan memberikan pendapat tentang topik yang dipilih.

e. Sesi 5

TAK sesi 5 bertujuan agar pasien mampu menyampaikan masalah pribadi kepada orang lain, memilih satu masalah untuk dibicarakan dan memberi pendapat tentang masalah pribadi yang dipilih.

f. Sesi 6

TAK sesi 6 bertujuan agar pasien mampu bekerja sama dalam permainan sosialisasi dengan bertanya dan meminta sesuai dengan kebutuhan pada orang lain serta menjawab dan memberi pada orang lain sesuai dengan permintaan.

g. Sesi 7

TAK sesi 7 bertujuan agar pasien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan kelompok yang telah dilakukan.

D. Implementasi dan Evaluasi

1. Selasa, 21 Januari 2020 Pukul 11.30 WIB (SP 1 Pertemuan 1)

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat paling hanya dzikir saja
- b. Pasien mengatakan jarang bercerita, jika ada masalah pasien diam saja
- c. Pasien mengatakan saat ini pasien malas ngobrol karena tidak nyambung
- d. Pasien mengatakan sedih jika teringat dengan anaknya
- e. Pasien mengatakan tidak terlalu dekat dengan lingkungan rumahnya karena jahat
- f. Pasien mengatakan pasien hanya dekat dengan kakak sulungnya
- g. Pasien mengatakan tidak nyaman jika bercerita dengan orang lain

Data Objektif :

- a. Pasien tampak banyak diam
- b. Pasien tampak sedih
- c. Pasien menangis ketika menceritakan
- d. Pasien duduk menyendiri sambil melihat kearah jendela dengan tatapan kosong
- e. Pasien tampak menghindari kontak mata, Kontak mata pasien kurang dari 3 detik

- f. Pasien berbicara dengan nada lambat dan volume suara pelan
- g. Pasien tidak dapat memulai pembicaraan

Tindakan Keperawatan :

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial
- c. Menjelaskan keuntungan berinteraksi dengan orang lain dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
- d. Melatih berinteraksi dengan orang lain
- e. Memerikan pujian untuk setiap kemajuan yang dilakukan
- f. Memasukan kedalam jadwal kegiatan

Rencana Tindak Lanjut :

- a. Latih cara benar minum obat
- b. Latih cara berinteraksi dengan 2 orang dan menjawab serta bertanya kepada orang lain
- c. Latih cara berinteraksi dengan 3 orang dan dapat melakukan kerjasama

Evaluasi

Subjektif :

- a. Pasien mengatakan ‘Selamat Pagi’
- b. Pasien mengatakan ingin pulang karena ingat anaknya
- c. Pasien mengatakan malas ngobrol dengan yang lain soalnya gak nyambung dan tidak ada yang mengerti
- d. Pasien mengatakan namanya Yuli umurnya 36 tahun
- e. Pasien mengatakan tidak mau berkenalan dengan orang lain, dengan suster aja kenalannya

Objektif :

- a. Pasien tampak mau berjabat tangan dengan perawat
- b. Pasien hanya menganggukan kepala ketika perawat memperkenalkan diri dan mengajarkan cara berkenalan
- c. Pasien hanya menggelengkan kepala ketika ditanya apa yang sudah dilakukan

- d. Pasien memiliki volume suara yang kecil
- e. Pasien tampak sedih
- f. Kontak mata kurang dari 3 detik

Analisa :

- a. Isolasi Sosial
- b. Kemampuan pasien yang bertambah adalah pasien dapat berkenalan dengan perawat
- c. Tanda dan gejala isolasi sosial masih ada

Planning :

- a. Pasien : Anjurkan pasien untuk berinteraksi dengan temannya
- b. Perawat : Ulangi SP 1 pertemuan ke 2

2. Rabu, 22 Januari 2020 pukul 10.30 (SP 1 Pertemuan ke 2)

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan ‘Selamat Pagi’
- b. Pasien mengatakan ingin pulang ingat anaknya
- c. Pasien mengatakan malas ngobrol dengan yang lain soalnya gak nyambung dan merasa tidak ada yang mengerti
- d. Pasien mengatakan namanya Yuli umurnya 36 tahun
- e. Pasien mengatakan tidak mau berkenalan dengan orang lain, suster aja

Data Objektif :

- a. Pasien tampak mau berjabat tangan dengan perawat
- b. Pasien hanya menganggukan kepala ketika perawat memperkenalkan diri dan mengajarkan cara berkenalan
- c. Pasien hanya menggelengkan kepala ketika ditanya apa yang sudah dilakukan
- d. Pasien memiliki volume suara yang kecil
- e. Pasien tampak sedih
- f. Kontak mata pasien kurang dari 3 detik

Tindakan Keperawatan :

- a. Membina hubungan saling percaya

- b. Mengevaluasi keuntungan berinteraksi dengan orang lain dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
- c. Mengevaluasi dan latih cara berkenalan dengan 1 orang
- d. Memberikan pujian untuk setiap kemajuan
- e. Memasukan kedalam jadwal kegiatan

Rencana Tindak Lanjut :

- a. Latih cara benar minum obat
- b. Latih cara berinteraksi dengan 2 orang dan menjawab serta bertanya
- c. Latih cara berinteraksi dengan 3 orang dan melakukan kerjasama

Evaluasi

Subjektif :

- a. Pasien mengatakan selamat pagi
- b. Pasien mengatakan perasaannya hari ini biasa saja
- c. Pasien mengatakan bisa cerita dan tidak bisa cerita kalau tidak ngobrol
- d. Pasien mengatakan sudah berteman dengan Nn. M
- e. Pasien mengatakan nama saya Y, hobi saya ngaji, alamat ancol selatan
- f. Pasien mengatakan ingin cepat pulang
- g. Pasien mengatakan belum tau tentang obat apa yang di minum

Objektif :

- a. Pasien tampak mau menjabat tangan perawat
- b. Pasien mampu menjabat tangan Nn. M sambil berkenalan
- c. Pasien tampak sedih
- d. Pasien tampak tidak bersemangat
- e. Kontak mata pasien 3 detik tetapi jika mengalihkan pandangan sangat lama

Analisa :

- a. Isolasi Sosial

- b. Kemampuan pasien meningkat dari pertemuan pertama yaitu sudah bersedia berkenalan dengan temannya
- c. Tanda dan gejala isolasi sosial masih ada

Planning :

Pasien : Anjurkan pasien untuk berinteraksi dengan temannya

Perawat : Lanjutkan latihan cara benar minum obat

3. Kamis, 23 Januari 2020 pukul 10.30 WIB (SP 2 Pertemuan 1)

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan selamat pagi
- b. Pasien mengatakan perasaannya hari ini biasa saja
- c. Pasien mengatakan bisa cerita dan tidak bisa cerita kalau tidak mengobrol
- d. Pasien mengatakan sudah berteman dengan Nn. M
- e. Pasien mengatakan nama saya Y, hobi saya ngaji, alamat ancol selatan
- f. Pasien mengatakan ingin cepat pulang
- g. Pasien mengatakan belum tau tentang obat apa yang di minum

Data Objektif :

- a. Pasien tampak mau menjabat tangan perawat
- b. Pasien mampu menjabat tangan Nn. M sambil berkenalan
- c. Pasien tampak sedih
- d. Kontak mata pasien 3 detik, tetapi ketika mengalihkan pandangan sangat lama

Tindakan Keperawatan :

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengevaluasi SP 1
- c. Menjelaskan 5 cara benar minum obat
- d. Menjelaskan efek samping jika tidak minum obat atau memberhentikan tanpa konsultasi ke dokter
- e. Menjelaskan bahwa obat tidak boleh diberikan oleh siapapun

Rencana Tindak Lanjut :

- a. Latih cara berinteraksi dengan 2 orang dan menjawab serta bertanya
- b. Latih cara berinteraksi dengan 3 orang dan mampu melakukan kegiatan dengan bekerja sama

Evaluasi

Subjektif :

- a. Pasien mengatakan selamat pagi suster
- b. Pasien mengatakan baik
- c. Pasien mengatakan semalam mimpi anaknya dan suaminya nikah dengan orang lain
- d. Pasien mengatakan sudah berteman dengan bu Y, M, dan N
- e. Pasien mengatakan menyebutkan nama, umur, hobi dan alamat
- f. Pasien mengatakan tidak tahu ada obat apa saja
- g. Pasien mengatakan paham tentang 5 benar minum obat ; nama, obat, dosis, cara dan jadwal
- h. Pasien mengatakan iya besok bertemu lagi dengan suster dan waktunya terserah susternya
- i. Pasien mengatakan senang saat berbicara dengan perawat karna suara perawatnya kencang dan mengerti perrasaanya

Objektif :

- a. Pasien tampak sedih ketika bercerita tentang mimpinya semalam
- b. Pasien tampak masih menyendiri
- c. Pasien sudah dapat tersenyum
- d. Pasien sudah dapat mempertahankan kontak mata 3 detik dengan tidak terlalu lama ketika mengalihkan pandangan
- e. Pasien tampak mampu menyebutkan 5 cara benar minum obat dan obatnya tetapi pasien masih tampak bingung

Analisa :

- a. Isolasi Sosial

- b. Kemampuan pasien bertambah mengetahui cara benar minum obat tetapi masih terbata-bata
- c. Tanda dan gejala isolasi sosial masih ada

Planning :

Pasien : Lanjutkan minum obat sesuai dengan jadwal yang telah di tentukan. Pagi pukul 06.00 WIB dan sore pukul 18.000 WIB

Perawat : Ulangi SP 2 Pertemuan ke 2

4. Jum'at, 24 Januari 2020 pukul 11.25 (SP 2 Pertemuan ke 2)

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan selamat pagi suster
- b. Pasien mengatakan baik
- c. Pasien mengatakan semalam mimpi anaknya dan suaminya nikah dengan orang lain
- d. Pasien mengatakan sudah berteman dengan bu Y, M, dan Novi
- e. Pasien mengatakan menyebutkan nama, umur, hobi dan alamat
- f. Pasien mengatakan tidak tahu ada obat apa saja
- g. Pasien mengatakan paham tentang 5 benar minum obat ; nama, obat, dosis, cara dan jadwal
- h. Pasien mengatakan iya besok bertemu lagi dengan suster dan waktunya terserah susternya
- i. Pasien mengatakan senang saat berbicara dengan perawat karna suara perawatnya kencang dan mengerti perasaannya

Data Objektif :

- a. Pasien tampak sedih ketika bercerita tentang mimpinya semalam
- b. Pasien tampak masih menyendiri
- c. Pasien sudah dapat tersenyum
- d. Pasien sudah dapat mempertahankan kontak mata 3 detik dan tidak terlalu lama saat mengalihkan pandangan
- e. Pasien tampak mampu menyebutkan 5 cara benar minum obat dan obatnya tetapi pasien masih tampak bingung

Tindakan Keperawatan :

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengevaluasi SP 1 dan SP II pertemuan 1
- c. Menjelaskan cara benar minum obat
- d. Menjelaskan efek samping jika tidak minum obat dan berhenti tanpa konsultasi ke dokter
- e. Menjelaskan bahwa obat tidak boleh diberikan kepada siapapun
- f. Memberikan pujian untuk setiap kemajuan
- g. Memasukan kedalam jadwal kegiatan

Rencana Tindak Lanjut :

- a. Latih berkenalan dengan 2 orang dan menjawab serta bertanya
- b. Latih berkenalan dengan 3 orang dan melakukan kerja sama

Evaluasi

Subjektif :

- a. Pasien mengatakan selamat siang
- b. Pasien mengatakan baik, semalam tidurnya tenang
- c. Pasien mengatakan sudah ngobrol dengan bu yuli, bu lela, roha, dan novi, bisa cerita dan tidak bercerita jika tidak ngobrol
- d. Pasien mengatakan sebutkan nama, umur, hobi dan alamat
- e. Pasien mengatakan ada 5 benar, yang pasien ingat nama, obat, dosis, cara, dan jadwal
- f. Pasien mengatakan obatnya THP warnanya kuning, Zac warna putih hijau, Xr putih dan Melopam putih
- g. Pasien mengatakan obatnya pagi 2 yang kuning sama putih hijau dan sore 2 putih putih kecil sama gede.
- h. Pasien mengatakan senang sudah mengetahui obatnya

Objektif :

- a. Pasien tampak datar
- b. Pasien tampak sedikit gelisah
- c. Pasien masih tampak terbata-bata ketika menyebutkan 5 benar minum obat dan obatnya

d. Kontak mata pasien 5 detik

Analisa :

- a. Isolasi Sosial
- b. Kemampuan pasien meningkat untuk 5 benar minum obat
- c. Tanda dan gejala isolasi sosial masih ada

Planning :

Pasien : Lanjutkan minum obat sesuai jadwal yang di jadwalkan. Pagi pukul 06.00 dan sore 18.00.

Perawat : Lanjutkan latihan cara berkenalan dengan 2 orang dan menjawab serta bertanya

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Skizofrenia

Pada kasus Ny. Y, Ny. Y di diagnosa F20.0 dimana ini termasuk ke dalam skizofrenia paranoid. Menurut Rohan & dkk (2016) skizofrenia paranoid ditandai dengan klien tampak menakutkan karena sikap mereka yang sering tampak marah atau waspada. Hal ini disebabkan mereka mendengar suara-suara atau halusinasi audiotorik yang mengancam keselamatan diri atau keluarga. Tetapi pada skizofrenia paranoid ini tidak terdapat pembicaraan yang kacau, perilaku kacau atau katatonik, atau afek datar atau tidak sesuai (Sadock & Sadock, 2010).

Berdasarkan hasil pengkajian oleh perawat Ny. Y mengatakan pernah mengalami halusinasi pendengaran dan halusinasi penglihatan sebelum pingsan dan akhirnya dibawa kerumah sakit. Tapi saat ini Ny. Y tidak mendengar suara mengajak pergi ataupun melihat bayangan hitam lagi. Suara dan bayangan tersebut hanya datang pada sesaat sebelum dibawa ke rumah sakit. Saat ini data yang ditemukan Ny. Y tidak mau berinteraksi dengan orang lain, afek datar, Ny. Y tidak ada kontak mata, takut atau khawatir dengan anaknya dirumah. Melihat data-data tersebut perawat mengambil kesimpulan bahwa diagnosa medik skizofrenia paranoid tidak sesuai dengan data klinis pasien saat ini dikarenakan pasien Ny. Y ini sudah mendapatkan terapi obat sebelum perawat melakukan pengkajian dari tanggal 17 Januari samapi dengan 20 Januari 2020. Sehingga ketika perawat melakukan pengkajian, pasien lebih cenderung kepada skizofrenia tipe residual dimana tipe residual tidak terdapatnya waham, halusinasi, bicara kacau, perilaku kacau dan di tipe ini terdapat gejala negatif yang merupakan gangguan secara kontinyu (Sadock & Sadock, 2010).

Selama perawatan di ruang Berry pasien ini hanya menunjukkan tanda gejala negatif skizofenia dimana afek datar, kemiskinan dalam bicara, tidak ada hubungan sosial kepada teman yang lain, tampak sedih, tampak menangis. Sedangkan tipe paranoid lebih cenderung kepada gejala positif. Hal ini mungkin efek dari proses perawatan yang sudah dijalani oleh pasien karena pasien ini awalnya sempat dirawat di ruang fisik dan jiwa sebelum akhirnya dibawa ke ruang khusus jiwa saja.

Menurut Stuart (2016) obat antipsikotik terbagi menjadi 2 ada obat atipikal dan obat tipikal. Dimana obat atipikal berfungsi untuk mengatasi tanda gejala positif dan negatif serta obat tipikal hanya dapat mengatasi tanda gejala positif. Pasien Ny. Y diberikan obat Trihexyphenidyl, Elizac, Serequel XR, dan Merlopan. Obat elizac ini mengandung *fluoxetine* dimana obat ini berfungsi untuk meningkatkan aktivitas serotonin di otak. Obat ini termasuk golongan atipikal. Efek samping dari obat ini adalah sakit kepala, mual, diare, kecemasan dan tremor. Obat elizac ini pada pasien Ny. Y menghilangkan rasa sedih dan perasaan sendirinya.

Obat serequel XR ini mengandung *quetiapine* dimana obat ini berfungsi untuk menyeimbangkan zat alami tertentu di otak. Obat ini juga berfungsi untuk menghilangkan gejala negatif yakni halusinasi dan dapat meningkatkan konsentrasi. Efek samping dari obat ini adanya kekakuan otot, gerakan otot yang tidak dapat di atasi, mulut kering. Pada pasien Ny. Y obat serequel XR ini berfungsi untuk meningkatkan konsentrasi.

Obat merlopan atau lorazepam berfungsi untuk mengatasi kecemasan. Obat ini efeknya menenangkan karena meningkatkan efek kimia alami tubuh (GABA). Efek sampingnya adalah hiperaktif, mengantuk, pusing, kelelahan, hingga mengalami kelemahan otot. Pada pasien Ny. Y obat merlopan ini berfungsi untuk memberikan ketenangan dan rasa ngantuk, jadi pasien Ny. Y tidur nyenyak jika sudah minum obat ini.

Berdasarkan obat-obatan yang di konsumsi oleh Ny. Y diatas, Ny. Y di berikan obat Trihexyphenidyl untuk menetralkan efek samping dari ke tiga obat yang telah dipaparkan diatas. Cara kerja obat Trihexyphenidyl adalah sebagai antiklonergik yang bekerja untuk mengatasi gangguan gerakan atau efek piramidal yang ditimbulkan (Tumanggor, 2018). Pada pasien Ny. Y obat trihexyphenidyl ini menghilangkan kecemasan yang berlebihan, pusing, mual, kekakuan otot, dan mulut kering.

B. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara mengkaji dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi yakni ada faktor biologis/genetik, sosial budaya, dan psikologis.

Faktor predisposisi yang di alami Ny. Y yaitu faktor psikologis dan sosol budaya: ekonomi. Faktor psikologi yang di alami Ny. Y adalah ketidakefektifan koping keluarga. Dimana pola asuh yang dilakukan oleh orang tuanya adalah pola asuh otoriter. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Pebrianti & dkk pada tahun 2009 sebagian besar orang tua dari penderita skizofrenia menerapkan pola asuh otoriter dengan hasil 29 orang (69%). Pola asuh orang tua pada masa awal kehidupan anak sangatlah berperan dalam munculnya gangguan jiwa pada masa berikutnya. Keluarga merupakan lingkungan kecil yang menentukan kepribadian dan kesehatan mental anak. Pengalaman mental seorang anak merupakan salah satu aspek psikis yang turut berpengaruh dalam kesehatan mental di masa berikutnya.

Kepribadian tertutup (*intovert*) yang dialami Ny. Y ditandai dengan tidak pernah cerita dan hanya diam saja juga menjadi faktor psikologis Ny. Y. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Yanuar, 2019) di temukan bahwa sebesar 86,67% atau 26 pasien dengan tipe kepribadian introvert mengalami gangguan jiwa. Besarnya jumlah tersebut menegaskan bahwa mayoritas pasien memiliki tipe kepribadian introvert. Tipe kepribadian introvert lebih tertuju kepada tenaga/potensi yang mendasarinya, orang

dengan tipe kepribadian introvert bersifat intuitif dan berkecenderungan menghayal, merenung dan merencanakan serta ragu-ragu dalam mencapai keputusan akhir.

Faktor presipitasi sebelum masuk ke RS adalah faktor stress sosialkultural/sosial budaya: faktor ekonomi. Dimana Ny. Y menceritakan bahwa Ny. Y hanya tinggal di rumah kontrakan dengan sumber penghasilan suami sebagai *driver* ojek online dan akhir-akhir ini hanya memberikan sedikit uang belanja kepada Ny. Y dan Ny. Y sebagai tukang parkir serta biasanya untuk membayar kontrakan jika dana KJP (bantuan pemerintah kota DKI Jakarta) turun. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Dharmayanti & dkk pada tahun 2018 terdapat hubungan yang bermakna antara kondisi status sosial ekonomi masyarakat rendah dengan kondisi kesehatan mental emosional.

Menurut hasil pengkajian perawat, Ny. Y menunjukkan gejala isolasi sosial dimana pasien hanya diam, pasien tampak sedih, pasien tidak mau berinteraksi dengan yang lain, afeknya tumpul, selama interaksi pasien hanya menunduk sekali-kali hanya melirik perawat, kontak mata kurang dari 3 detik dan suara sangat pelan sampai tidak terdengar. Hal ini sangat jelas bahwa pasien ini mengalami isolasi sosial.

Faktor pendukung pada pasien dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu pasien mau di ajak bertemu dan cukup kooperatif jika kondisi sekitar tidak terlalu banyak orang.

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada keperawatan jiwa adalah diagnosa tunggal berbeda dengan diagnosa pada umumnya yang terdapat PES. Pada diagnosa keperawatan jiwa terdapat core problem beberapa hal perlu diperhatikan dalam memutuskan bahwa masalah itu menjadi *core problem*. *Core problem* atau masalah utama merupakan prioritas masalah

pasien dari beberapa masalah yang dimiliki oleh pasien. Umumnya masalah utama berkaitan erat dengan alasan masuk atau keluhan utama. Untuk memutuskan suatu keluhan menjadi masalah utama dengan melihat apakah masalah tersebut aktual dan memiliki data-data yang mendukung dan pasien membutuhkan untuk segera ditangani pada keluhan tersebut (Prabowo, 2014).

Gejala yang paling sering muncul pada Ny. Y adalah pasien tampak menyendiri, pasien hanya diam, pasien tidak mau berinteraksi dengan yang lain, pasien berbicara dengan suara pelan, pasien tampak sedih. Oleh karena gejala tersebut yang sering muncul maka perawat memutuskan isolasi sosial merupakan core problemnya. Diikuti dengan halusinasi sebagai *efeknya* serta harga diri rendah kronik, mekanisme koping keluarga dan individu sebagai *causanya*.

Seorang perawat tetap harus menjalankan perannya yang spesifik. Tidak terfokus hanya kepada satu masalah saja. Dalam kasus ditemukan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat yang ditandai dengan pasien tidak nafsu makan, pasien hanya makan ½ porsi, BB = 38 kg, TB 155 cm dengan IMT = 15, 81 (*underweight*).

Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosa adalah terdapatnya referensi buku yang mempermudah perawat dalam merumuskan diagnosa. Faktor penghambat dalam merumuskan diagnosa adalah kurangnya data yang menunjang pada saat pengkajian pertama dikarenakan pasien masih tertutup, untuk mengatasi hal tersebut perawat melakukan interaksi yang singkat tapi sering untuk membina hubungan saling percaya dan data dapat dikumpulkan.

D. Perencanaan

Rencana keperawatan disusun berdasarkan prinsip SMART. *Spesific* pada kasus memiliki tujuan umum yaitu pasien dapat bersosialisasi secara bertahap. *Measurable* pada kasus adalah pasien mampu membina hubungan saling percaya, menyadari penyebab isolasi sosial, menyebutkan keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain, berkenalan dengan orang lain, mengetahui cara mengatasi isolasi sosial dengan minum obat. *Achievable* pada kasus adalah sesuai dengan kondisi pasien, pasien dengan gangguan pendengaran maka perawat akan berbicara lebih keras dan menggunakan kalimat yang simpel. Lalu karena kondisi pasien seperti itu maka pelaksanaan strategi pelaksanaan 1 direncanakan 2 kali interaksi. *Rasionable* pada kasus adalah perawat tidak menargetkan pertemuan pertama harus bisa semua tujuan yang ingin dicapai. Perawat melakukan secara bertahap. *Time* pada kasus adalah perawat selalu merencanakan berapa kali akan melakukan SP kepada pasien tersebut.

Perencanaan pada kasus menggunakan strategi pelaksanaan SP 1 sampai dengan SP 4 Isolasi sosial, SP 1 dan 2 kepada keluarga serta TAK. Dengan rincian sebagai berikut: SP 1 direncanakan sebanyak 2 kali interaksi dengan pertimbangan pasien belum menunjukkan sikap terbuka kepada perawat waktu awal saat pengkajian. SP 2 direncanakan sebanyak 1 kali interaksi dengan pertimbangan pada pengkajian pasien mampu mengingat kejadian dan karena pendidikan pasien SMP, perawat hanya menargetkan untuk tahu berapa obat yang diminum, warnanya dan minimal 2 nama obat serta 5 cara benar minum obat serta kemampuan pasien juga dapat mudah mengingat, jadi perawat memutuskan untuk 1 kali interaksi.

SP 3 direncanakan sebanyak 1 kali interaksi dengan pertimbangan pada saat akhir evaluasi sudah dapat berkenalan dengan temannya. SP 4 direncanakan sebanyak 1 kali interaksi dengan pertimbangan pasien sudah mampu berinteraksi dan mempunyai teman, lalu perawat memutuskan cukup 1 kali saja.SP 1 keluarga direncanakan sebanyak 1 kali pertemuan

dengan pertimbangan keluarga dapat mampu mencerna apa yang di katakan oleh perawat pada saat pengkajian awal. SP 2 keluarga direncanakan sebanyak 1 kali pertemuan dengan pertimbangan keluarga memiliki kemampuan untuk merawat pasien.

Faktor pendukung dalam merencanakan rencana keperawatan adalah tersedianya buku referensi yang dapat membantu perawat dalam menyesuaikan rencana keperawatan yang tepat untuk pasien.

Faktor penghambat dalam merencanakan rencana keperawatan adalah dalam memutuskan berapa kali akan dilakukan interaksi dikarenakan keadaan pasien suka berubah-ubah.

E. Implementasi

Dalam melakukan implementasi kepada pasien dengan isolasi sosial harus menerapkan strategi komunikasi yang baik seperti harus membina hubungan saling percaya, perawat bersikap terbuka, perawat bersikap pendengar yang aktif.

Strategi Pelaksanaan (SP) 1 direncanakan sebanyak 2 kali dan diimplementasikan sebanyak 2 kali. Hal ini sudah sesuai dengan apa yang direncanakan oleh perawat. SP 2 direncanakan sebanyak 1 kali, namun pada kenyataan diimplementasikan sebanyak 2 kali hal ini dikarenakan pada saat pertemuan pertama belum sesuai dengan kriteria yang diharapkan. Pasien pada saat dilakukan implementasi pertemuan pertama juga tidak terlalu fokus, jadi pada saat evaluasi subjektif pasien masih harus diingatkan awalnya contoh 5 benar minum obat perawat harus memberikan stimulus kalimat depannya baru pasien dapat melanjutkan. SP 3 dan SP 4 direncanakan sebanyak 1 kali tetapi belum diimplementasikan dikarenakan keterbatasan waktu untuk melakukan SP tersebut. SP 1 dan 2 keluarga tidak dilakukan karena pasien masih dirawat di RS dan keluarga hanya berkunjung 1 kali saja saat sedang melakukan pengkajian awal. TAK dapat dilakukan dengan kriteria pasien harus pasien yang menarik

diri, kontak sosial kurang, kooperatif, bersedia mengikuti acara atau kegiatan, tidak menderita cacat fisik, dan pasien yang sudah dapat berkenalan dengan satu orang, akan tetapi pada pasien tidak dilaksanakan TAK dikarenakan pasien belum menyelesaikan terapi individu.

Faktor pendukung dalam melakukan SP pada pasien adalah sudah terbinanya hubungan saling percaya, pasien cukup kooperatif walaupun kontak mata masih menghindari perawat. Faktor penghambat yang perawat temukan adalah perhatian pasien mudah teralihkan dan suasana hati pasien masih terus sedih jadi informasi yang diberikan kepada pasien susah untuk sampai kepada pasien oleh karena itu perawat memutuskan untuk mengulang SP 2 yang seharusnya direncanakan sekali karena melihat kondisi pasien saat bercerita pada saat SP 1.

F. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses akhir dari seluruh tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat. Evaluasi keperawatan menggunakan pendekatan SOAP yang terdiri dari subjektif, objektif, analisa dan *planning*. Hal ini memudahkan perawat dalam mengevaluasi hasil tindakan yang sudah diberikan kepada pasien.

Evaluasi yang dilakukan pada pasien adalah evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Dimana evaluasi formatif dilakukan perawat saat setelah melakukan tindakan strategi pelaksanaan SP 1 dan SP 2. Pada saat selesai tindakan SP 1 sebanyak 2 kali kriteria hasil sudah tercapai, klien mampu berkenalan dengan temannya, klien mengetahui keuntungan jika berinteraksi dengan orang lain dan kerugian jika tidak berinteraksi dengan temannya. Pada saat evaluasi SP 2 pertemuan pertama pasien belum memenuhi kriteria hasil, lalu perawat memutuskan untuk mengulang SP 2 dan setelah pertemuan kedua pasien sudah memenuhi kriteria hasil dimana pasien sudah mampu melakukan interaksi dengan temannya, pasien sudah mampu menyebutkan 5 benar minum obat, pasien sudah mampu

menyebutkan nama obat dan warna serta menyebutkan kapan saja diminumnya.

Evaluasi sumatif dilakukan pada saat akhir pertemuan dengan hasil kemampuan pasien yang bertambah adalah pasien dapat menjelaskan penyebab pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain, menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain, menyebutkan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, memperagakan cara berkenalan dengan orang lain dan perawat serta mampu menyebutkan 5 cara benar minum obat dan obatnya serta warna obatnya.

Terdapat 5 tanda gejala yang berkurang selama 4 hari dilakukan asuhan keperawatan adalah pasien sudah dapat berkenalan dengan orang lain dan melakukan interaksi dengan bercerita dengan teman sekamarnya yaitu Ibu Y. Pasien sudah mau terbuka dengan perawat dengan menceritakan apa yang terjadi ketika malam waktu tidak ada perawat, pasien mampu tersenyum tipis, pasien mempertahankan kontak mata selama 5 detik, dan pasien mampu makan 1 porsi.

Karena keterbatasan waktu maka asuhan keperawatan pada Ny. Y di lanjutkan oleh perawat ruang berry RSKD Duren Sawit sampai dengan pasien tersebut pulang kembali ke keluarganya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien Ny. Y berusia 36 tahun dengan diagnosa medis F.20.0 skizofrenia paranoid tetapi pada saat dilakukan pengkajian Ny. Y lebih menunjukkan gejala skizofrenia tipe residual dengan gejala negatif isolasi sosial. Faktor predisposisi terjadinya isolasi sosial pada Ny. Y adalah koping keluarga tidak efektif dengan pola asuh yang otoriter, kepribadian introvert, dan ekonomi yang rendah. Faktor presipitasi pada Ny. Y adalah faktor ekonomi yang rendah dimana pasien dan suami tidak mampu memenuhi kebutuhan keluarga.

Diagnosa keperawatan yang muncul adalah isolasi sosial. Isolasi sosial adalah perasaan sendiri yang dialami oleh seseorang dan dianggap timbul karena suatu kejadian negatif. Gangguan isolasi sosial dapat terjadi karena individu merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien isolasi sosial adalah mekanisme koping keluarga yang tidak efektif, mekanisme koping individu yang tidak efektif, harga diri rendah kronik sebagai *causa*, isolasi sosial sebagai *core problem* dan halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan sebagai *effect* serta ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh merupakan diagnosa tambahan. Perencanaan keperawatan pada Ny. Y SP 1 sebanyak 2 kali interaksi, SP 2 sebanyak 1 kali, SP 3 sebanyak 1 kali dan SP 4 sebanyak 1 kali dan SP 1, 2 keluarga sebanyak 1 kali pertemuan. Pelaksanaan keperawatan SP 1 dan SP 2 dilakukan sebanyak 2 kali dan SP 3, 4 beserta SP 1 dan 2 keluarga tidak terlaksana karena keterbatasan waktu.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan adalah pasien dapat menjelaskan penyebab pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain, menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain, menyebutkan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, memperagakan cara berkenalan dengan orang lain dan perawat serta mampu menyebutkan 5 cara benar minum obat dan obatnya serta warna obatnya disertai tanda gejala yang berkurang adalah pasien sudah dapat berkenalan dengan orang lain dan melakukan interaksi dengan bercerita dengan teman sekamarnya yaitu Ibu Y. Pasien sudah mau terbuka dengan perawat dengan menceritakan apa yang terjadi ketika malam waktu tidak ada perawat, pasien mampu tersenyum tipis, pasien mempertahankan kontak mata selama 5 detik, dan pasien mampu makan 1 porsi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka penulis memberikan saran baik kepada lahan praktek dan institusi pendidikan:

1. Bagi Lahan Praktek

Untuk lahan praktek diharapkan jika dapat meningkatkan interaksi kepada pasien sehingga asuhan keperawatan dapat terlaksana dengan baik dan sesuai dengan keluhan pasien serta dapat berkolaborasi dengan tenaga medis lainnya terkait dengan perawatan pasien yang sesuai.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk institusi pendidikan diharapkan dapat memberikan waktu lebih banyak untuk mahasiswa belajar di lahan praktek agar mahasiswa dapat meningkatkan dan juga mendalami ilmu keperawatan jiwa serta diharapkan untuk menambah literatur yang terbaru terkait keperawatan jiwa yang sesuai dengan kemajuan ilmu pada saat ini.

Daftar Pustaka

- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Badan Pusat Statistik. (2018, 07 16). *Persentase penduduk miskin Maret 2018 turun menjadi 9,82 persen*. Dipetik 02 20, 2020, dari Badan Pusat Statistik: <https://www.bps.go.id/pressrelease/2018/07/16/1483/persentase-penduduk-miskin-maret-2018-turun-menjadi-9-82-persen.html>
- Baputty, S., Hitam, S., & Sethi, S. (2008). *Mental Health Nursing*. New York: Oxford University Press.
- Cahyati, P. (2018). Hubungan Status Ekonomi Keluarga Dengan Frekuensi Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta. *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta*, 1 - 15. Retrieved from: <http://digilib.unisayogya.ac.id/4400/>
- Dharmayanti, I., Tjandarini, D. H., Hidayangsih, P. S., & Nainggolan, O. (2018). Pengaruh Kondisi Kesehatan Lingkungan dan Sosial Ekonomi Terhadap Kesehatan Mental Di Indonesia. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 67-74. Retrieved from: <https://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/jek/article/view/149>
- Hawari, D. (2014). *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: FKUI.
- Ibrahim, P. D. (2011). *Skizofrenia*. Jakarta: Jelajah Nusa.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y., Putri, Y. S., Daulima, N. H., Wardani, I. Y., Susanti, H., et al. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Nurhalimah. (2018). *Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa*. Jakarta: AIPViKI.
- Nurul, D. (2010). *Peran Stres Terhadap Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Pawirowijono, A., & Keliat, B. A. (2014). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Pebrianti, S., Wijayanti, R., & Munjiati. (2009). Hubungan Tipe Pola Asuh Keluarga Dengan Kejadian Skizofrenia Di Ruang Sakura RSUD Banyumas. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 32 - 40. Retrieved from: <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/220>
- Prabowo, E. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- RISKESDAS. (2018). *Laporan Nasional RISKESDAS 2018*. Dipetik February 17, 2020, dari Kemenkes RI: http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- Rohan, H. H., Hartini, N., Sriwahyuni, E., Rokhmad, K., & Ambarini, T. K. (2016). *Mengapa Terjadi Skizofrenia, Pencegahan dan Pengenalan Terapi gen*. Yogyakarta: Deepublish.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2010). *Kaplan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta : EGC.
- Sit, M. (2017). *Psikologi Perkembangan Anak Usia Dini*. Depok: Kencana.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10th Ed.* Canada: Evolve.
- _____. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Singapore: Elsevier.
- Susanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: TIM.
- Sutejo. (2017). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- _____. (2019). *Keperawatan Jiwa "Konsep dan praktik Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Jiwa dan Psikososial"*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tumanggor, R. D. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Klien Skizofrenia dengan Pendekatan NANDA, NOC, NIC dan ISDA*. Jakarta: Salemba Medika.
- WHO. (2019, October 4). *WHO Schizophrenia*. Dipetik February 17, 2020, dari World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yanuar, R. (2019). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Gangguan Jiwa Di Desa Paringan Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo. *Fakultas Keperawatan Univesitas Airlangga Kampus C*, 1-14.
- Yosep, H. I., & Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* . Bandung: PT Refika Adiatama.
- Yudhantara, D. S., & Istiqomah, R. (2018). *Sinopsis Skizofrenia Untuk Mahasiswa Kedokteran*. Jakarta: UB Press.
- Yusuf, A., PK, R. F., Nihayati, H. E., & Tristiana, R. D. (2019). *Kesehatan Jiwa: Pendekatan Holistik Dalam Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Mitra Wacana Media.

LAMPIRAN

LAMPIRAN I**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Strategi Pelaksanaan 1 Diagnosa Isolasi Sosial

Pertemuan ke- 1

Nama Pasien : Ny. Y
Hari/Tanggal/Bulan/Tahun : Selasa, 21 Januari 2020
Ruang : Berry

A. Kondisi Pasien**1. Data Subjektif :**

- a. Pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat paling hanya dzikir saja
- b. Pasien mengatakan jarang bercerita, jika ada masalah pasien diam saja
- c. Pasien mengatakan saat ini pasien malas ngobrol karena tidak nyambung
- d. Pasien mengatakan sedih jika teringat dengan anaknya
- e. Pasien mengatakan tidak terlalu dekat dengan lingkungan rumahnya karena jahat
- f. Pasien mengatakan pasien hanya dekat dengan dengan kakak sulungnya

2. Data Objektif :

- a. Pasien tampak sedih
- b. Pasien tampak banyak diam
- c. Pasien menangis ketika menceritakan
- d. Pasien duduk menyendiri sambil melihat kearah jendela dengan tatapan kosong
- e. Kontak mata pasien kurang dari 3 detik
- f. Pasien berbicara dengan nada lambat dan volume suara pelan
- g. Pasien tidak dapat memulai pembicaraan

- h. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman jika bercerita dengan orang lain

B. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial

C. Tindakan Keperawatan :

1. Bina hubungan saling percaya
2. Identifikasi penyebab isolasi sosial
3. Jelaskan keuntungan berinteraksi dengan orang lain dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
4. Latih berinteraksi dengan orang lain
5. Berikan pujian untuk setiap kemajuan yang dilakukan
6. Masukkan kedalam jadwal kegiatan

D. Komunikasi

1. Tahap Pre-Interaksi: Siapkan LP, SP, Askep pasien dan diri perawat
2. Tahap Orientasi :
 - a. Salam Terapeutik : “Selamat Pagi Bu. Ibu Y apakah masih ingat dengan suster? Baik suster Marwa ya, Bu”
 - b. Evaluasi : “Ibu Y bagaimana perasaannya hari ini bu? Apa yang sedang ibu pikirkan? Semalam apakah tidur ibu nyenyak?”
 - c. Validasi : “Coba suster marwa mau tau, ibu sudah melakukan kegiatan apa saja?”
 - d. Kontrak :
 - 1) Topik dan tujuan : “Ibu Y jadi hari ini kita akan berbincang-bincang ya bu tentang apa yang ibu rasakan ya bu. Tujuannya agar ibu merasa lebih lega, tenang, dan tidak sedih lagi.”
 - 2) Waktu : “Ibu waktunya mau berapa lamaa bu?”
 - 3) Tempat : “Ibu mau ngobrol dimana? Disini atau kita cari tempat lain?”

3. Tahap Kerja

a. Pengkajian

“Apa yang Ibu rasakan saat ini? Apa yang Ibu rasakan ketika berinteraksi atau ngobrol dengan orang lain? Ibu biasanya senang mengobrol dengan siapa? Apakah Ibu punya teman dekat? Apakah Ibu ada teman yang tidak Ibu sukai? Apa yang menyebabkan Ibu tidak ingin berinteraksi dengan orang lain? Apakah Ibu punya keluarga yang dekat dengan Ibu?”

b. Penjelasan

“Ibu mengatakan Ibu malas mengobrol, merasa tidak nyambung dan merasa sedih. Dari semua yang Ibu rasakan Ibu mengalami isolasi sosial. Isolasi sosial adalah ketika seseorang menarik diri dari lingkungan dan tidak ingin berinteraksi dengan siapapun. Ibu bilang katanya malas berinteraksi karena merasa tidak nyambung ya dan malas saja. Nah sekarang suster mau tanya, Ibu tau gak keuntungan dari berinteraksi dengan orang lain? Oke baik suster jelasin ya.. Jadi keuntungan berinteraksi dengan orang lain itu diantaranya adalah dapat berbagi cerita, tidak merasa sedih, bisa bertukar pendapat. Kalau kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain Ibu tau gak bu? Baik suster ajarkan lagi ya... Jadi kerugiannya adalah Ibu akan merasa sedih, kesepian, dan tidak ada teman untuk berbagi cerita. Bagaimana bu? Baguskan kalau kita punya teman dan mau berinteraksi dengan orang lain? Nah selanjutnya suster mau jelasin bagaimana si cara kenalan dengan orang lain dengan benar. Pertama, kita sapa dulu orangnya hai.. Lalu Ibu bisa jabat tangannya dan mengatakan seperti hai nama saya suster marwa saya berusia 20 tahun, hobi saya mendengarkan lagu, saya tinggal di Bekasi, kalau kamu siapa? Nah seperti itu bu caranya.”

c. Demonstrasi

“Sekarang suster contohin ya gimana cara berkenalannya.”

d. Re-demonstrasi

“Nah coba sekarang Ibu yang kenalan dengan temannya.”

4. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : “Sekarang suster mau tanya, Ibu bagaimana perasaannya setelah berbincang-bincang dengan suster?”
- b. Evaluasi Objektif : “Coba sekarang suster mau tau tadi kita sudah bahas apa saja? Ibu bisa contohin lagi ke suster?”
- c. Rencana Tindak Lanjut : “Nah Ibu kan sudah berlatih nih tentang berkenalan dengan satu orang teman Ibu. Maka kegiatan berkenalan ini kita masukkan ya kedalam jadwal harian Ibu, Ibu mau di jam berapa aja kenalan sama temannya?”
- d. Rencana Yang Akan Datang : “Baik Ibu, besok kita berbincang-bincang lagi ya.. Masih sama, masih dengan bagaimana cara berkenalan dan berinteraksi dengan temannya ya Bu. Ibu mau dimana? Jam berapa? Baik kalau seperti itu, selamat pagi bu. Sampai jumpa besok bu.”

LAMPIRAN II**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Strategi Pelaksanaan 1 Diagnosa Isolasi Sosial

Pertemuan ke- 2

Nama Pasien : Ny. Y
Hari/Tanggal/Bulan/Tahun : Rabu, 22 Januari 2020
Ruang : Berry

A. Kondisi Pasien

1. Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan 'Selamat Pagi'
- b. Pasien mengatakan ingin pulang ingat anaknya
- c. Pasien mengatakan malas ngobrol dengan yang lain soalnya gak nyambung dan merasa tidak ada yang mengerti
- d. Pasien mengatakan namanya Y umurnya 36 tahun
- e. Pasien mengatakan tidak mau berkenalan dengan orang lain, suster aja

2. Data Objektif :

- a. Pasien tampak mau berjabat tangan dengan perawat
- b. Pasien hanya menganggukan kepala ketika perawat memperkenalkan diri dan mengajarkan cara berkenalan
- c. Pasien hanya menggelengkan kepala ketidak ditanya apa yang sudah dilakukan
- d. Pasien memiliki volume suara yang kecil
- e. Pasien tampak sedih
- f. Kontak mata pasien kurang dari 3 detik

B. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial**C. Tindakan Keperawatan :**

1. Bina hubungan saling percaya
2. Evaluasi keuntungan berinteraksi dengan orang lain dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
3. Evaluasi dan latih cara berkenalan dengan 1 orang
4. Berikan pujian untuk setiap kemajuan
5. Masukkan kedalam jadwal kegiatan

D. Komunikasi

1. Tahap Pre-Interaksi: Siapkan LP, SP, Askep pasien dan diri perawat
2. Tahap Orientasi :
 - a. Salam Terapeutik : “Selamat Pagi Ibu, masih ingat dengan suster tidak? Betul Suster Marwa ya bu.”
 - b. Evaluasi : “Ibu bagaimana perasaannya hari ini? Semalam tidurnya nyenyak tidak Bu? Ibu sudah berkenalan atau ngobrol dengan siapa saja Bu?”
 - c. Validasi : “Coba Ibu Y, suster mau tau. Kemarin keuntungan punya teman itu apa? Kalau kerugian punya teman apaa? Ibu masih ingat tidak cara berkenalan seperti apa?”
 - d. Kontrak :
 - 1) Topik dan tujuan : “Jadi sesuai dengan kontrak kita kemarin ya Bu, hari ini suster mau kita belajar berkenalan dan ngobrol dengan orang lain. Kemarin kan Ibu maunya sama suster aja, sekarang kita ke temannya ya Bu. Tujuannya agar Ibu tidak merasa sepi dan sedih lagi.”
 - 2) Waktu : “Ibu maunya berapa lama nih?”
 - 4) Tempat : “Ibu ingin tempatnya dimana?”
3. Tahap Kerja
 - a. Pengkajian

“Apa yang Ibu rasakan saat ini? Apa yang Ibu rasakan ketika berinteraksi atau ngobrol dengan orang lain? Ibu sudah ngobrol dengan siapa saja? Apakah ibu sudah punya teman dekat?”

b. Penjelasan

“Nah kemarin kan suster sudah menjelaskan tentang keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain dan juga suster sudah mengajari Ibu bagaimana cara berkenalan. Nah tapi hari ini suster mau ajarin Ibu lagi bagaimana cara berkenalan. Jadi, cara berkenalan yang benar itu adalah dengan pertama itu mengucapkan salam, jabat tangan dan sebutkan nama, umur, hobi, dan alamat. Seperti halo nama saya suster Marwa, umur saya 20 tahun, hobi saya membaca dan saya tinggal di Bekasi.”

c. Demonstrasi

“Nah sekarang saya contohkan ya, seperti ini bu.”

d. Re-demonstrasi

“Sekarang coba Ibu lakukan sesuai dengan yang sudah Suster ajarkan kepada Ibu. Ibu maunya sama siapa? Hebat ya Ibu”

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi Subjektif: “Ibu bagaimana perasaannya setelah berbincang-bincang dengan suster dan mempunyai teman? Senang tidak?”

b. Evaluasi Objektif : “Jadi, hari ini kita sudah berbincang tentang apa saja? Coba suster mau liat caranya seperti apa?”

c. Rencana Tindak Lanjut : “Nah, Ibu kan sudah berlatih, berarti kita masukin ke jadwal harian ya Bu. Kemarin kan Ibu juga sudah masukin ya Bu, jadi diikutin ya. Nih jadi Ibu mau jam berapa aja nih ngobrol sama temannya?”

d. Rencana Yang Akan Datang : “Baik Ibu, sudah ya pertemuan kali ini. Besok kita bertemu lagi untuk membahas tentang obat. Ibu tau gak obatnya apa saja? Baik biar Ibu tau dan paham besok kita bahas tentang obat ya Bu. Apakah Ibu bersedia? Mau jam berapa Ibu? Dimana? Oke baik. Sampai jumpa besok ya Bu, selamat pagi.

LAMPIRAN III**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Strategi Pelaksanaan 2 Diagnosa Isolasi Sosial

Pertemuan ke- 1

Nama Pasien : Ny. Y
Hari/Tanggal/Bulan/Tahun : Kamis, 23 Januari 2020
Ruang : Berry

A. Kondisi Pasien

1. Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan selamat pagi
- b. Pasien mengatakan perasaannya hari ini biasa saja
- c. Pasien mengatakan bisa cerita dan tidak bisa cerita kalau tidak ngobrol
- d. Pasien mengatakan sudah berteman dengan Nn. M
- e. Pasien mengatakan nama saya Y, hobi saya ngaji, alamat ancil selatan
- f. Pasien mengatakan ingin cepat pulang
- g. Pasien mengatakan belum tau tentang obat apa yang di minum

2. Data Objektif :

- a. Pasien tampak mau menjabat tangan perawat
- b. Pasien mampu menjabat tangan Nn. M sambil berkenalan
- c. Pasien tampak sedih
- d. Pasien tampak tidak bersemangat
- e. Kontak mata pasien 3 detik tapi ketika mengalihkan pandangan lama

B. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial

C. Tindakan Keperawatan :

1. Bina hubungan saling percaya
2. Evaluasi SP 1
3. Jelaskan 5 cara benar minum obat
4. Jelaskan efek samping jika tidak minum obat atau memberhentikan tanpa konsultasi ke dokter
5. Jelaskan bahwa obat tidak boleh diberikan oleh siapapun

D. Komunikasi

1. Tahap Pre-Interaksi: Siapkan LP, SP, Askep pasien dan diri perawat
2. Tahap Orientasi :
 - a. Salam Terapeutik : “Selamat Pagi, Bu. Masih ingat dengan saya? Iya betul suster Marwa ya Bu.”
 - b. Evaluasi : “Ibu bagaimana perasaannya hari ini Bu? Apakah semalam tidurnya nyenyak? Ibu sudah berkenalan dengan siapa saja Bu?”
 - c. Validasi : “Ibu sudah melakukan apa saja kemarin? Ibu suster mau tau boleh tidak bagaimana cara berkenalannya?”
 - d. Kontrak :
 - 1) Topik dan tujuan : “Sesuai dengan kontrak kita kemarin ya, Bu. Hari ini kita akan belajar mengenai obat agar ibu tau obat apa saja yang ibu konsumsi dan fungsinya untuk apa saja.”
 - 2) Waktu : “Ibu waktunya mau berapa lama?”
 - 3) Tempat : “Ibu mau tempatnya dimana Bu?”
3. Tahap Kerja :
 - a. Pengkajian
“Apa yang Ibu rasakan hari ini Bu? Bagaimana rasanya saat berinteraksi dengan orang lain? Ibu biasanya ngobrol dengan siapa? Ibu tau gak ibu dapat obat apa saja? Lalu kapan saja minumnya Bu?”

b. Penjelasan

“Baik sekarang suster mau kasih tau kalau Ibu dapat 4 Obat yaitu Elizac, Serequel XR, Merlopam, dan Thrihexyphenidyl. Elizac ini warnanya hijau putih, serequel XR ini warnanya putih, Merlopam warna putih kecil dan THP atau trihexyphenidyl ini warnanya kuning bu. Sebelum kita tau fungsinya apa saja, saya mau kasih tau dulu bahwa ada 5 cara benar minum obat. Yang pertama adalah benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, dan waktu pemberian. Sekarang suster ingin pertama di mulai dari elizac dengan menggunakan 5 cara benar minum obat, benar nama benar ya ibu ini tulisanny ibu Y berarti ini obat ibu Y, lalu benar obat benar ya bu elizac warnanya hijau putih fungsinya untuk agar ibu mau beraktivitas ya bu, lalu benar dosis satu kali minum minumnya 1 buah obat ini ya bu, lalu benar cara pemberian yaitu dari mulut ya bu dan waktunya di pagi hari. Nah obat Ibu yang kedua yaitu serequel XR, obatnya ibu Y, nama obatnya betul serequel XR warnanya putih dan fungsinya untuk agar ibu tidak merasa sedih lagi, ibu ini diminum 1 tablet ini saja ya sekali minum, minumnya melewati mulut, dan minumnya pagi dan sore ya Bu. Lalu obat Ibu yang ke 3 adalah merlopam, benar nama, benar obat merlopam warnanya putih dan fungsinya agar ibu tenang, sekali minum 1 tablet saja ya bu, minumnya lewat mulut dan diminum pada malam hari. Terakhir obat ibu adalah trihexyphenidyl warnanya kuning fungsinya untuk menetralkan semua efek samping ke-3 obat ibu diatas jadi obat elizac serequel XR dan merlopam mempunyai efek samping buat ibu mual pusing tidak tenang nah dengan obat THP ini Ibu akan merasa lebih tenang bu dan tidak pusing dan juga merilekskan otot-otot ibu yang tegang bu, lalu minumnya 1 kali itu 1 tablet saja ya bu, lewat mulut, dan minumnya pagi dan sore. Nah bagaimana Ibu apakah sudah paham? Nah obat-obat ini tidak boleh tidak diminum ya Bu, obat ini harus diminum sesuai dengan aturannya karena jika ibu

tidak minum ibu akan sedih lagi dan cemas lagi. Obat ini juga tidak boleh diberikan kepada siapapun, tadi kan tulisannya nama ibu ya nah obat ini gak boleh ya bu di minum atau dibagikan kepada siapapun. Bagaimana apakah ibu paham bu? Baik jika sudah paham maka saya akan lanjutkan lagi ya bu....”

c. Demonstrasi

“Baik, agar lebih jelas dan tidak bayang-bayang saya akan mencoba untuk mendemonstrasikan ya bu bagaimana 5 cara minum obat, obat apa saja dan fungsinya bagaimana”

d. Re-demonstrasi

“Coba sekarang ibu saya mau ibu ulang yang sudah saya contohkan. Dimulai dari obat ibu apa saja dan 5 cara benar minum obatnya. Wah hebat ya Ibu”

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi Subjektif : “Ibu bagaimana perasaannya setelah kita ngobrol banyak nih tentang obat dan cara benar minum obatnya?”

b. Evaluasi Objektif : “Coba suster mau tau tadi kita udah berbicara tentang apa saja? Obat yang ibu dapat apa saja? Lalu cara benar minum obatnya seperti apa?”

c. Rencana Tindak Lanjut : “Baik ibu, karena ibu sudah sedikit tau maka kita masukkan ya Bu kedalam jadwal harian ibu.”

d. Rencana Yang Akan Datang : “Baik Ibuu, kita sudah selesai nih Bu, hariini. Nah besok saya akan bertemu lagi dengan Ibu akan membahas hal yang sama tentang obat juga agar ibu lebih paham. Waktunya mau jam berapa bu? Tempatnya dimana? Oke baik selamat pagi ya bu. Suster tinggal dulu”

LAMPIRAN IV**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Strategi Pelaksanaan 2 Diagnosa Isolasi Sosial

Pertemuan ke- 2

Nama Pasien : Ny. Y
 Hari/Tanggal/Bulan/Tahun : Jum'at, 24 Januari 2020
 Ruang : Berry

A. Kondisi Pasien

1. Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan selamat pagi suster
- b. Pasien mengatakan baik
- c. Pasien mengatakan semalam mimpi anaknya dan suaminya nikah dengan orang lain
- d. Pasien mengatakan sudah berteman dengan bu Y, M, dan N
- e. Pasien mengatakan menyebutkan nama, umur, hobi dan alamat
- f. Pasien mengatakan tidak tahu ada obat apa saja
- g. Pasien mengatakan paham tentang 5 benar minum obat ; nama, obat, dosis, cara dan jadwal
- h. Pasien mengatakan iya besok bertemu lagi dengan suster dan waktunya terserah susternya
- i. Pasien mengatakan senang saat berbicara dengan perawat karna suara perawatnya kencang dan mengerti perasaannya

2. Data Objektif :

- a. Pasien tampak sedih ketika bercerita tentang mimpinya semalam
- b. Pasien tampak masih menyendiri
- c. Pasien sudah dapat tersenyum
- d. Pasien sudah dapat mempertahankan kontak mata pasien 3 detik dan jika mengalihkan pandangan pasien tidak lama
- e. Pasien tampak mampu menyebutkan 5 cara benar minum obat dan obatnya tetapi pasien masih tampak bingung

B. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial

C. Tindakan Keperawatan :

1. Bina hubungan saling percaya
2. Evaluasi SP 1 dan SP II pertemuan 1
3. Jelaskan 5 cara benar minum obat
4. Jelaskan efek samping jika tidak minum obat dan berhenti tanpa konsultasi ke dokter
5. Jelaskan bahwa obat tidak boleh diberikan kepada siapapun
6. Berikan pujian untuk setiap kemajuan
7. Masukkan kedalam jadwal kegiatan

D. Komunikasi

1. Tahap Pre-Interaksi: Siapkan LP, SP, Askep pasien dan diri perawat
2. Tahap Orientasi :
 - a. Salam Terapeutik : “Selamat Siang Bu, Ibu masih ingat dengan suster siapa? Baik betul ya dengan suster Marwa.”
 - b. Evaluasi : “Ibu bagaimana perasaannya hari ini? Apakah ibu tidurnya cukup? Ibu sudah berkenalan dengan siapa saja? Ibu masih ingat tidak kemarin obatnya apa saja?”
 - c. Validasi : “Coba suster mau tau gimana cara benar minum obatnya? Lalu obatnya apa aja?”
 - d. Kontrak :
 - 1) Topik dan tujuan : “Nah hari ini kita akan berbincang-bincang lagi mengenai obat lagi ya bu. Agar ibu lebih paham dan tau apa saja obat yang harus ibu minum ya bu”
 - 2) Waktu : “Nah untuk waktunya ibu mau berapa lama?”
 - 3) Tempat : “Tempatnya mau dimana ibu?”
3. Tahap Kerja
 - a. Pengkajian
“Apa yang Ibu rasakan hari ini Bu? Bagaiman rasanya saat berinteraksi dengan orang lain bu? Ibu biasanya ngobrol dengan

siapa saja bu? Ibu kemarin obatnya apa saja? Cara minum obatnya seperti apa bu?

b. Penjelasan

“Baik karena ibu masih lupa lupa nih... sekarang suster mau kasih tau lagi ya kalau Ibu dapat 4 Obat yaitu Elizac, Serequel XR, Merlopam, dan Thrihexyphenidyl. Elizac ini warnanya hijau putih, serequel XR ini warnanya putih, Merlopam warna putih kecil dan THP atau trihexyphenidyl ini warnanya kuning bu. Nah tadi ibu benar ya bu ada 5 cara benar minum obat. Yang pertama adalah benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, dan waktu pemberian. Sekarang suster ingin menjelaskan lagi seperti kemarin ya Bu agar ibu lebih paham lagi. Jadi yang pertama di mulai dari elizac, benar nama benar ya ibu ini tulisanny ibu Y berarti ini obat ibu Y, lalu benar obat benar ya bu elizac warnanya hijau putih fungsinya untuk agar ibu mau beraktivitas ya bu, lalu benar dosis satu kali minum minumnya 1 buah obat ini ya bu, lalu benar cara pemberian yaitu dari mulut ya bu dan waktunya di pagi hari. Nah obat Ibu yang kedua yaitu serequel XR, obatnya ibu Y, nama obatnya betul serequel XR warnanya putih dan fungsinya untuk agar ibu tidak merasa sedih lagi, ibu ini diminum 1 tablet ini saja ya sekali minum, minumnya melewati mulut, dan minumnya pagi dan sore ya Bu. Lalu obat Ibu yang ke 3 adalah merlopam, benar nama, benar obat merlopam warnanya putih dan fungsinya agar ibu tenang, sekali minum 1 tablet saja ya bu, minumnya lewat mulut dan diminum pada malam hari. Terakhir obat ibu adalah trihexyphenidyl warnanya kuning fungsinya untuk menetralkan semua efek samping ke-3 obat ibu diatas jadi obat elizac serequel XR dan merlopam mempunyai efek samping buat ibu mual pusing tidak tenang nah dengan obat THP ini Ibu akan merasa lebih tenang bu dan tidak pusing juga merilekskan otot-otot ibu yang kaku, lalu minumnya 1 kali itu 1 tablet saja ya bu, lewat mulut, dan minumnya pagi dan sore. Ibu suster gak bosan untuk mengingatkan

bahwa harus diminum ya. Tidak boleh jika tidak diminum, obat ini juga harus diminum sesuai dengan aturannya karena jika ibu tidak minum ibu akan sedih lagi dan cemas lagi. Obat ini juga tidak boleh diberikan kepada siapapun, tadi kan tulisannya nama ibu ya nah obat ini gak boleh ya bu di minum atau dibagikan kepada siapapun. Obat ini juga tidak boleh ibu berentikan tanpa konsultasi dengan dokter ya bu karena akan bahaya bu. Bagaimana apakah ibu paham bu? Baik jika sudah paham maka saya akan lanjutkan lagi ya bu....”

c. Demonstrasi

“Sekarang suster akan memperagakan lagi bagaimana 5 cara benar minum obat tersebut. Seperti ini ya bu”

d. Re-demonstrasi

“Coba sekarang ibu ulangi lagi. Wah hebat ya bu”

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi Subjektif : “Ibu bagaimana perasaannya Bu setelah tau obat-nya dan berbincang dengan suster?”

b. Evaluasi Objektif : “Ibu boleh suster dengar lagi bagaimana cara benar minum obatnya? Obatnya apa saja? Dan kapan saja di minumannya bu?”

c. Rencana Tindak Lanjut : “Ibu karena ibu sudah tau, maka minum obat ini dimasukkan kedalam jadwal harian ibu ya bu. Untuk pagi ibu minum obat THP, elizac, dan serequel XR lalu untuk sore ibu minum THP, serequel XR, dan Merlopam.”

d. Rencana Yang Akan Datang : “Karena pertemuan kita hari ini sudah selesai maka saya akan akhiri ya bu, ibu juga sudah punya banyak teman disini sudah bisa berinteraksi dan sudah tau juga tentang obat ya bu, nanti untuk pertemuan besok akan dilanjutkan oleh perawat ruangan sini ya bu. Jika ibu butuh apa atau teman cerita, perawat ruangan siap mendengarkan cerita ibu. Sekarang suster pamit dulu ya bu. Selamat siang bu.”