

TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ISOLASI
SOSIAL DI RUANG RAWAT CENDRAWASIH RUMAH
SAKIT JIWA PROF HB. SA'ANIN PADANG**



SUCI INDRIANI

NIM: 223110313

**PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN PADANG
POLTEKKES KEMENKES PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
2025**











DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Suci Indriani
Nim : 223110313
Tempat/Tanggal Lahir : Padang/10 September 2003
Status Perkawinan : Belum Kawin
Agama : Islam
Orang Tua : Ayah : Syafril.Is
Ibu : Reni Ronita
Alamat : Jl.Bandes Limau Manis RT.01/RW.04 Kelurahan
Limau Manis Kecamatan Pauh Kota Padang
Provinsi Sumatera Barat

Riwayat Pendidikan

No.	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	TK	TK Pertiwi VI	2009-2010
2.	SD	SD N 01 Limau Manis	2010-2016
3.	SMP	SMP N 23 Padang	2016-2019
4.	SMA	SMA N 15 Padang	2019-2022
5.	D-III KEPERAWATAN	Kemenkes Poltekkes Padang	2022-2025









**KEMENKES POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, Juni 2025

Suci Indriani

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Isolasi Sosial Di Ruang Rawat
Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Sa'anin Padang**

Isi: xii + 103 Halaman + 2 Gambar + 12 Lampiran

ABSTRAK

Isolasi sosial merupakan kondisi di mana individu merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, serta mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan interpersonal yang bermakna. Tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengeksplorasi dan memahami secara mendalam pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah isolasi sosial yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2024 hingga Juni 2025. Desain yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah deskriptif berbentuk studi kasus dengan menggunakan format asuhan keperawatan jiwa. Dari total populasi sebanyak 5 orang, diperoleh 2 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Selanjutnya, pemilihan sampel menggunakan teknik *simple random sampling* dengan metode undian berupa spinner, sehingga diperoleh 1 sampel utama dan cadangan apabila terjadi kendala. Data dianalisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori serta hasil penelitian sebelumnya.

Berdasarkan hasil pengkajian, ditemukan bahwa klien cenderung menyendiri, menunjukkan perilaku diam, sering menghindar dengan alasan ingin tidur, tidak memiliki teman, serta merasa kesepian dan bosan. Kontak mata tidak ada, klien terlihat lemas, berbicara pelan volume rendah, memberikan jawaban singkat dan menunjukkan kurangnya perhatian terhadap kebersihan diri. Setelah dilakukan intervensi keperawatan melalui strategi pelaksanaan yang sesuai, klien menunjukkan kemampuan untuk membina hubungan saling percaya, terlihat dari ekspresi wajah, kontak mata klien dan respons yang positif serta tanggapan yang sesuai selama proses komunikasi.

Berdasarkan temuan penelitian, dapat disimpulkan bahwa terdapat peningkatan kemampuan klien dengan diagnosa isolasi sosial setelah diberikan intervensi keperawatan dibandingkan sebelum dilakukan intervensi. Disarankan komunikasi terapeutik yang efektif turut berperan dalam meningkatkan kooperatifitas klien selama proses perawatan berlangsung.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan jiwa, isolasi sosial

Daftar Pustaka : 38 (2016-2024)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Isolasi Sosial di Ruang rawat Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Sa’adin Padang Tahun 2025”**. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.

Penulisan Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Renidayati, S.Kp.M.Kep,Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang dan pembimbing utama dan Ibu Ns. Wira Heppy Nidia, S.Kep.M.KM selaku pembimbing pendamping yang telah menyediakan waktu, tenaga serta pikiran dalam membantu peneliti menyelesaikan Tugas Akhir, serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Pada kesempatan ini peneliti juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu dr. Aklima, MPH selaku Direktur Utama RSJ Prof.HB.Sa’adin Padang yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di RSJ Prof.HB.Sa’adin Padang
2. Bapak Tasman, S.Kp. M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
3. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep,M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang
4. Ibu Indri Ramadini, S.Kep,M.Kep selaku Pembimbing Akademik Program Studi D-III Keperawatan Padang yang telah memberikan dukungan selama masa perkuliahan
5. Bapak dan ibu dosen beserta staf yang telah membimbing serta membantu peneliti selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
6. Teristimewa peneliti persembahkan sepenuhnya kepada kedua orang tua dan kakak yang sangat berarti dalam hidup peneliti. Atas doa dan dukungan

merekalah yang membuat segalanya menjadi mungkin, sehingga peneliti sampai di tahap ini dengan dipenuhi cinta dan kasih sayang serta semangat yang mereka berikan kepada peneliti.

7. Sahabat deluck dan teman-teman peneliti yang telah banyak membantu dan memberikan semangat kepada peneliti dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.

Peneliti menyadari Tugas Akhir ini masih terdapat kekurangan, oleh sebab itu peneliti mengharakan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari segala pihak untuk kesempurnaan Tugas Akhir ini. Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan.

Padang, 3 Juni 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
ABSTRAK	xi
KATA PENGANTAR	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Ruang Lingkup	7
E. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Konsep Dasar Isolasi Sosial	10
1. Defenisi Isolasi Sosial	10
2. Etiologi Isolasi Sosial	10
3. Rentang Respon Isolasi Sosial	15
4. Tanda dan Gejala Isolasi Sosial	16
5. Patofisiologi Isolasi Sosial	17
6. Klasifikasi Isolasi Sosial	17
7. Mekanisme Koping	17
8. Penatalaksanaan	18
B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Isolasi sosial	21
1. Pengkajian Keperawatan	21
2. Pohon Masalah	29
3. Diagnosa Keperawatan	30
4. Intervensi Keperawatan	30
5. Implementasi Keperawatan	54
6. Evaluasi Keperawatan	55
7. Dokumentasi Keperawatan	55
BAB III METODE PENELITIAN	57
A. Jenis dan Desain Penelitian	57
B. Tempat dan Waktu Penelitian	57
C. Populasi dan Sampel	57
D. Instrumen Pengumpulan Data	59
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	59

F. Prosedur Penelitian	61
G. Analisis Data	62
BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN	63
A. Deskripsi kasus	63
1. Pengkajian keperawatan	63
2. Diagnosa keperawatan	69
3. Intervensi keperawatan	71
4. Implementasi keperawatan	79
5. Evaluasi keperawatan	82
B. Pembahasan	86
1. Pengkajian keperawatan	86
2. Diagnosa keperawatan	89
3. Intervensi keperawatan	91
4. Implementasi keperawatan	93
5. Evaluasi keperawatan	96
BAB V PENUTUP	100
A. Kesimpulan	100
B. Saran	102
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Isolasi Sosial	15
Gambar 2.2 Pohon Masalah Isolasi Sosial	29

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Ganchart Kegiatan
- Lampiran 2 Surat Pengantar Izin Survey Data dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 3 Surat Izin Pengambilan Data di RSJ.Prof.HB.Sa'anin Padang
- Lampiran 4 Surat Pengantar Izin Penelitian dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data dan izin penelitian dari Bidang
Keperawatan RSJ.Prof.HB.Sa'anin Padang
- Lampiran 6 Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 7 Surat Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 8 Surat Selesai Penelitian di RSJ Prof.HB.Sa'anin Padang
- Lampiran 9 Lembar Konsultasi Tugas Akhir Pembimbing I
- Lampiran 10 Lembar Konsultasi Tugas akhir Pembimbing II
- Lampiran 11 Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)
- Lampiran 12 Lembar Asuhan Keperawatan Jiwa

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan gambaran karakteristik positif dengan keharmonisan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kematangan kepribadian seseorang. Sedangkan gangguan jiwa merupakan pola perilaku yang secara klinis terjadi pada individu yang dikaitkan dengan distress atau disabilitas atau disertai dengan peningkatan resiko yang berarti untuk kematian, penyakit, harapan ketidakmampuan, atau hilangnya kebebasan¹. Gangguan jiwa merupakan penyakit dengan jumlah yang terus menerus meningkat dan merupakan masalah kesehatan yang serius, termasuk penyakit kronis yang mempengaruhi proses berpikir penderitanya, salah satu gangguan mental yang paling umum adalah skizofrenia.

Skizofrenia merupakan sekumpulan reaksi psikotik yang dapat mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk proses berpikir, berkomunikasi, menerima, menafsirkan realitas, merasakan dan hilangnya respon emosional serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, delusi, halusinasi, perilaku aneh dan berbagai area fungsi individu lainnya². Skizofrenia terjadi akibat adanya pengalaman yang menyebabkan trauma di masa lalu dan juga faktor genetik atau keturunan. Pengalaman traumatis yang dialami oleh klien juga dapat mengakibatkan kesehatan mental terganggu seperti stres dan depresi³.

Data dari WHO pada tahun 2022 memaparkan data bahwa terdapat sekitar 970 Juta orang di dunia yang hidup bersama dengan penderita gangguan jiwa. Berdasarkan jenis kelamin, didapatkan data bahwa 52,4% merupakan perempuan dan 47,6% diantaranya merupakan laki laki. Prevalensi penderita skizofrenia di dunia mencapai 24 juta jiwa atau 2,5% dari total populasi di dunia yang mengalami gangguan jiwa, hal ini menjadi perhatian utama bagi penyedia layanan kesehatan mental di setiap negara⁴. Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2022 melaporkan angka skizofrenia di Indonesia mencapai 495.000 orang.

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 melaporkan angka prevalensi Skizofrenia di Indonesia yaitu 315.621 orang. Dari 38 provinsi yang ada di Indonesia, Sumatera Barat menduduki peringkat ke-9 dengan jumlah penderita gangguan jiwa sebanyak 50.608 jiwa⁵. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2021 kasus kunjungan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa adalah perempuan sebanyak 50.577 orang dengan perbandingan laki-laki lebih banyak sebanyak 31.353 laki-laki jiwa dan perempuan sebanyak 19.224 jiwa⁶.

Umumnya pasien dengan skizofrenia akan cenderung menarik diri dari lingkungan dan tidak bersemangat dalam menjalankan aktivitas ataupun kegiatan sehari-hari. Hal ini dikarenakan pasien dengan skizofrenia kehilangan jati dirinya dan mengalami kegagalan peran dan fungsi dalam berinteraksi dengan orang-orang di lingkungannya. Kegagalan tersebut menyebabkan pasien sulit dalam membangun dan memelihara hubungan sosial dengan masyarakat. Salah satu masalah keperawatan jiwa yang sering ditemukan pada klien dengan skizofrenia adalah isolasi sosial³.

Isolasi sosial merupakan pengalaman menyendiri dari lingkungan, seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain, sebagai suatu kejadian yang kurang baik atau situasi yang mengancam. Klien yang mengalami isolasi sosial lebih berkeinginan menunjukkan perilaku seperti menghindar saat berinteraksi dengan orang lain, lebih suka menyendiri di lingkungannya agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berinteraksi dengan orang lain tidak terulang kembali. Isolasi sosial merupakan masalah keperawatan yang dapat disebabkan oleh harga diri yang rendah dan ditandai dengan perasaan negatif terhadap diri sendiri, kehilangan rasa percaya diri, perasaan gagal dalam memenuhi keinginan, perasaan malu terhadap diri sendiri, perasaan bersalah terhadap diri sendiri, gangguan dalam hubungan sosial, kurang percaya diri dan juga perilaku menyakiti diri sendiri⁷.

Klien dengan masalah Isolasi Sosial dapat dilihat saat klien menarik diri dari lingkungan, klien tidak memiliki teman dekat, sibuk dengan pikiran sendiri,

tampak murung dan tidak bersemangat, tidak ada kontak mata saat ada lawan bicara, selalu berdiam diri di kamar dan bahkan memiliki afek yang membosankan.³

Penyebab terjadinya isolasi sosial dapat berasal dari beberapa faktor, yaitu faktor biologi, psikologi, dan sosiokultural. Faktor biologis berkaitan dengan genetika yang memengaruhi respons sosial yang maladaptif. Penelitian menunjukkan bahwa neurotransmitter berperan dalam perkembangan gangguan ini, namun diperlukan penelitian lebih lanjut. Faktor psikologi yang mempengaruhi isolasi sosial meliputi kondisi fisik seperti status gizi, kesehatan fisik, faktor disabilitas atau kesempurnaan fisik sangat berpengaruh pada penilaian seseorang terhadap stressor predisposisi dan presipitasi. Sementara itu faktor sosiokultural yang berkaitan dengan hubungan yang tidak produktif dengan orang lain, seperti anggota keluarga, yang dapat menyebabkan terjadinya isolasi⁷.

Dampak yang ditimbulkan dari isolasi sosial dapat berupa klien mudah tersinggung, perilaku klien yang tak terduga, orang lain tampak seperti objek tertentu bahkan bisa melukai diri sendiri dan orang lain, halusinasi dan penurunan perawatan diri. Dalam hal ini perawat Psikiatri memiliki peran penting dalam meningkatkan kepercayaan diri klien dan mengajarkan interaksi sosial. Jika tidak ditangani, isolasi sosial dapat menyebabkan halusinasi, perilaku agresif, dan penurunan perawatan diri⁸

Isolasi sosial yang tidak diatasi akan berdampak buruk pada klien yang menyebabkan klien mengalami halusinasi dan meningkatkan resiko perilaku agresif seperti kekerasan, klien akan asik dengan pikiran sendiri, mengingat aktivitas masa lalu yang tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien dengan masalah gangguan jiwa akan menurunkan minat atau bahkan tidak peduli dengan kebersihan dan penampilan dirinya sendiri, yang mengakibatkan penurunan perawatan diri. Dalam mengatasi isolasi sosial, perawat memiliki peran utama dalam memberi asuhan keperawatan pada klien dengan masalah isolasi sosial melalui intervensi terhadap stigma eksternal dan internal dan meningkatkan

harga diri yang buruk melalui rehabilitasi di rumah sakit sesuai strategi implementasi yaitu dengan membantu pasien mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, jelaskan kelebihan dan kekurangannya yang ada dalam dirinya. Asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial dapat dilakukan oleh perawat jiwa dengan pendekatan hubungan interpersonal.⁹

Selain itu upaya keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan isolasi sosial adalah terapi kognitif yang bertujuan untuk mengubah pola pikir negatif pasien yang diakibatkan oleh kegagalan, kekecewaan, dan ketidakberdayaan agar pasien bisa menjadi produktif dan lebih baik. Pasien dengan isolasi sosial sering kali memiliki pikiran negatif terhadap diri sendiri dan lingkungannya, yang berdampak pada perilaku maladaptif.⁷

Hasil penelitian Renidayati, menunjukkan bahwa pasien dengan skizofrenia dengan masalah isolasi sosial mengalami kesulitan dalam fungsi sosial, keterampilan interpersonal yang buruk, dan mengalami defisit fungsi kognitif. Hal ini menyebabkan klien menarik diri, tidak mau bersosialisasi, dan menghindari interaksi dengan orang lain, sehingga kualitas hidup mereka memburuk.¹⁰

Berdasarkan hasil penelitian Listiqamah et.al, didapatkan bahwa dukungan sosial berdampak positif pada pasien dengan isolasi sosial, menunjukkan bahwa dukungan sosial berdampak positif pada pasien, membuat mereka merasa dihargai dan dibutuhkan dalam masyarakat tempat mereka tinggal, komunikasi juga merupakan faktor penting yang memengaruhi kemampuan pasien dalam bersosialisasi.¹¹

Penelitian lain yang dilakukan Prihutomo (2017), yang telah melakukan 4 strategi pelaksanaan pada klien dengan isolasi sosial didapatkan hasil pasien dapat membangun hubungan saling percaya dengan perawat, menyebutkan penyebab isolasi sosial, dan memahami manfaat berinteraksi dengan orang lain serta kerugian jika tidak berinteraksi dengan orang lain dan diajari berkenalan

secara bertahap. Namun, pasien mungkin masih merasa malu untuk berbicara dalam kegiatan kelompok.¹²

Berdasarkan data pada Rumah Sakit Jiwa terbesar di Sumatera Barat yaitu RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang diperoleh data dari rawat inap dengan gangguan jiwa pada tahun 2021 sebanyak 7.170, pada tahun 2022 sebanyak 7.204 orang, dan semakin meningkat pada tahun 2023 yaitu sebanyak 7.315 orang.

Survey awal yang dilakukan pada tanggal 5 Desember 2024, didapatkan data pada Laporan Tahunan RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2024 dengan diagnosis keperawatan utama yang ada pada instalasi rawat inap yaitu Halusinasi 5.842 orang, Perilaku Kekerasan 463 orang, Resiko Perilaku Kekerasan 213 orang, Isolasi Sosial 32 orang, Harga Diri Rendah 157 orang, Resiko Bunuh Diri 191 orang, Waham 78 orang, dan Defisit Perawatan Diri 846 orang.

Berdasarkan laporan tahun 2024 dari lima ruangan yaitu Ruangan Flamboyan, Ruangan Mawar, Ruangan Nuri, Ruangan Teratai, dan Ruangan Cendrawasih RSJ. Prof.HB. Sa'anin Padang yang diizinkan oleh kepala bidang keperawatan sebagai tempat penelitian untuk tugas akhir, didapatkan data ruang rawat inap Flamboyan sebanyak 3 orang, ruang Mawar 5 orang, ruang Nuri 5 orang, ruang Teratai 7 orang, dan ruang Cendrawasih paling banyak yaitu 12 orang.

Survey awal yang dilakukan peneliti di Ruang rawat inap Cendrawasih RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang pada tanggal 5 Desember 2024, didapatkan jumlah pasien dengan isolasi sosial yang naik turun selama 3 bulan terakhir yaitu pada bulan September 6 orang, bulan Oktober 4 orang dan bulan November 8 orang, hasil wawancara dengan kepala ruangan mengatakan ada data yang belum dientrikan ke dalam Laporan Tahunan.

Hasil observasi pada salah satu pasien isolasi sosial di ruang Cendrawasih ditemukan pasien diam saja saat diajak bicara, tampak menyendiri, kontak mata kurang, tidak mau berinteraksi dengan pasien lain, pasien tampak murung dan sedih. Hasil wawancara dengan salah satu keluarga pasien yang mengunjungi

anaknya dengan isolasi sosial, keluarga mengatakan sebelum di rawat pasien mengurung diri di kamar dan tidak mau berinteraksi dengan keluarga ataupun orang lain, dan saat ditinggalkan sendiri pasien menangis tanpa sebab, keluarga mengatakan sebelumnya pasien putus cinta dan sering ditolak karena mengatakan dirinya jelek, saat pasien di rawat keluarga datang berkunjung namun pasien masih tidak mau diajak bicara, tapi mau menerima makanan yang dibawa keluarganya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu perawat ruang rawat inap cendrawasih RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang, perawat mengatakan bahwa asuhan keperawatan pada pasien Isolasi Sosial sudah dilakukan dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) pada klien dan keluarga, dan mengajarkan terapi aktivitas kelompok yang cocok untuk pasien dengan gangguan hubungan sosial yaitu terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS). TAKS merupakan upaya yang dilakukan untuk memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah klien dengan masalah hubungan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosialisasi secara bertahap dengan anggota kelompok.

Berdasarkan uraian fenomena diatas maka peneliti telah melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Sa'anin Padang tahun 2025”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Sa'anin Padang tahun 2025?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Sa'anin Padang tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

Berdasarkan dari tujuan umum dapat dibuat tujuan khusus sebagai berikut.

- a. Mampu mendeskripsikan konsep dasar Isolasi Sosial dalam keperawatan jiwa.
- b. Mampu mendeskripsikan pengkajian keperawatan pada pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang.
- c. Mampu mendeskripsikan masalah keperawatan pada pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang.
- d. Mampu mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang.
- e. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang.
- f. Mampu mendeskripsikan hasil evaluasi keperawatan pada pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang.
- g. Mampu mendeskripsikan hasil dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang.

D. Ruang Lingkup

1. Apa yang dimaksud dengan isolasi sosial, apa saja tanda-tanda yang muncul, dan bagaimana membedakannya dari kondisi lain.
2. Siapa saja yang beresiko mengalami isolasi sosial, apakah ada faktor demografis, sosial, atau psikologis tertentu yang meningkatkan risiko isolasi sosial pada seseorang.
3. Kapan terjadinya isolasi sosial, apakah isolasi sosial terjadi pada usia tertentu, atau pada situasi tertentu (misalnya, setelah kehilangan pekerjaan, setelah pindah ke lingkungan baru).
4. Di mana lokasi atau konteks sosial tempat isolasi sosial terjadi, apakah isolasi sosial terjadi di rumah, di tempat kerja, di sekolah, atau di lingkungan sosial yang lebih luas.

5. Mengapa bisa terjadi isolasi sosial, apakah isolasi sosial disebabkan oleh masalah kesehatan mental, pengalaman traumatis, kurangnya keterampilan sosial, atau faktor lingkungan.
6. Bagaimana isolasi sosial berkembang dan bagaimana individu meresponnya, bagaimana seseorang mulai menarik diri dari lingkungan sosial, bagaimana isolasi sosial mempengaruhi kesehatan mental dan fisik, dan bagaimana intervensi sosial dapat membantu individu mengatasi isolasi sosial.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Penulis

Dapat meningkatkan wawasan ilmu pengetahuan dan kemampuan penulis dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang.

2. Bagi Pasien

Mendapatkan pelayanan keperawatan jiwa yang lebih sistematis, empatik, dan sesuai dengan kebutuhan psikososial pasien dan membantu proses pemulihan melalui intervensi keperawatan yang terarah dan berbasis pendekatan terapeutik

3. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Dapat memberikan kontribusi pikiran atau rekomendasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan profesionalitas khususnya dalam memberikan Asuhan Keperawatan bagi pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang.

4. Bagi institusi Pendidikan

Dapat menjadi sumber informasi dan kontribusi pemikiran yang bermanfaat bagi mahasiswa dalam pengembangan ilmu keperawatan jiwa secara umum, serta khususnya dalam penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Dapat digunakan sebagai acuan awal serta sumber data dasar dalam menggambarkan penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Isolasi Sosial

1. Pengertian Isolasi Sosial

Setiap individu memiliki potensi untuk berperan dalam interaksi sosial pada berbagai tingkatan hubungan. Pemenuhan kebutuhan individu tidak dapat terlepas dari keterhubungan dengan lingkungan sosialnya. Oleh karena itu, kemampuan menjalin hubungan interpersonal menjadi hal yang penting untuk dikembangkan. Namun, hal ini menjadi suatu tantangan bagi individu yang mengalami gangguan isolasi sosial.¹³

Isolasi sosial merupakan kondisi di mana individu mengalami penurunan kemampuan, atau bahkan ketidakmampuan total, dalam menjalin interaksi dengan orang-orang di sekitarnya. Individu yang mengalami kondisi ini dapat merasakan penolakan, kesepian, dan ketidakmampuan untuk membangun hubungan interpersonal yang bermakna. Gangguan dalam interaksi sosial mencerminkan kecenderungan untuk menghindari komunikasi dengan orang lain, sebagai akibat dari hilangnya kedekatan emosional dan terbatasnya kesempatan untuk saling berbagi perasaan maupun pikiran. Isolasi sosial juga dikenal sebagai salah satu gejala negatif pada skizofrenia, yang sering muncul sebagai respons terhadap pengalaman hubungan sosial sebelumnya yang tidak menyenangkan, sehingga individu cenderung menarik diri guna menghindari kejadian serupa di masa depan.¹⁴

2. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

Hal yang dapat memicu terjadinya isolasi sosial yaitu:

1) Faktor Biologis

Aspek biologis yang diperhatikan meliputi adanya faktor keturunan, di mana terdapat riwayat anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa. Selain itu, risiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, serta penggunaan zat adiktif juga termasuk faktor

biologis. Kondisi patologis pada otak juga dapat ditemukan, yang bisa diketahui melalui hasil pemeriksaan struktur otak dengan CT Scan dan MRI untuk menilai gangguan pada struktur dan fungsi otak¹³.

2) Faktor Psikologis

Individu yang mengalami isolasi sosial sering kali menghadapi kegagalan berulang dalam memenuhi harapan atau keinginannya, yang menyebabkan terganggunya konsep diri. Hal ini akhirnya berdampak pada kesulitan dalam membangun hubungan sosial dengan orang lain. Mekanisme koping yang dipakai oleh pasien dengan isolasi sosial biasanya maladaptif, seperti represi, supresi, sublimasi, dan proyeksi. Perilaku isolasi sosial muncul karena adanya rasa bersalah atau menyalahkan lingkungan, sehingga pasien merasa tidak layak untuk berada dalam lingkungan sosialnya¹³.

Kurangnya keterampilan komunikasi verbal pada pasien dengan isolasi sosial sering kali disebabkan oleh pola asuh keluarga yang tidak memberikan kesempatan bagi pasien untuk mengungkapkan perasaan dan pendapatnya. Kepribadian introvert merupakan tipe kepribadian yang umum dijumpai pada pasien dengan masalah isolasi sosial, ditandai dengan kecenderungan untuk menutup diri dari lingkungan sekitar. Selain itu, pembelajaran moral yang tidak memadai dari keluarga juga menjadi faktor yang menyebabkan pasien kesulitan menyesuaikan perilakunya dalam masyarakat, akibat merasa tersisih atau diasingkan oleh lingkungan¹³.

3) Faktor Sosial Budaya

Pengasingan diri dari lingkungan sosial menjadi faktor pendukung terjadinya gangguan hubungan interpersonal atau isolasi sosial. Hal ini juga bisa disebabkan oleh norma-norma yang keliru yang dianut oleh suatu keluarga, misalnya anggota keluarga yang tidak produktif diasingkan dari lingkungan sosialnya. Norma yang tidak mendukung interaksi sosial, atau tidak menghargai anggota masyarakat yang

dianggap tidak produktif seperti lansia, penyandang disabilitas, dan penderita penyakit kronik juga menjadi faktor predisposisi terjadinya isolasi sosial¹⁵.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus baik internal maupun eksternal yang mengancam individu akibat adanya ketegangan peran, konflik peran, atau ketidakjelasan peran. Beberapa faktor penyebab gangguan isolasi sosial meliputi:

1) Stressor Sosiokultural

Stres dapat muncul akibat menurunnya stabilitas dalam unit keluarga, seperti perceraian, perpisahan dari orang terdekat, kehilangan pasangan pada usia lanjut, kesepian karena jarak jauh, serta penempatan di rumah sakit atau penjara. Kondisi-kondisi ini dapat memicu isolasi sosial¹⁶.

2) Stressor Psikologi

Ansietas berat yang berlangsung lama, disertai keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya, juga menjadi faktor pemicu. Tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau kegagalan orang lain dalam memenuhi kebutuhan ketergantungan dapat menimbulkan ansietas tinggi¹⁶.

3) Stressor Intelektual

Kurangnya pemahaman terhadap diri sendiri dan ketidakmampuan untuk berbagi pikiran serta perasaan yang mengganggu proses pengembangan hubungan sosial. Individu yang mengalami kegagalan cenderung merasa kesepian dan kesulitan menghadapi kehidupan. Mereka juga akan sulit berkomunikasi dengan orang lain. Ketidakmampuan membangun kepercayaan pada orang lain dapat memicu persepsi yang salah dan akhirnya menyebabkan gangguan hubungan sosial, atau isolasi sosial¹³.

4) Stressor Fisik

Stresor fisik yang dapat menyebabkan individu menarik diri antara lain penyakit kronis dan keguguran¹⁵.

c. Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stresor yang dialami seseorang sangatlah penting. Kehilangan beruntun atau kehilangan yang sangat berarti dapat menyebabkan masalah dalam membentuk hubungan intim di masa depan. Rasa sakit yang dialami akibat kehilangan tersebut bisa sangat mendalam ketika individu menghindari keterlibatan dalam hubungan baru, dan risiko ini akan semakin berat. Respon ini lebih mungkin terjadi apabila seseorang kesulitan dalam memenuhi tugas perkembangan yang berhubungan dengan aspek hubungan.

Penilaian stresor sendiri dapat berada pada rentang dari adaptif hingga maladaptif. Pada pasien dengan skizofrenia, penilaian stresor yang adaptif harus terus diperkuat dalam asuhan keperawatan agar kemampuan tersebut menjadi kebiasaan dalam diri pasien. Sebaliknya, apabila penilaian stresor bersifat maladaptif, hal ini menjadi dasar penggunaan terapi keperawatan untuk melatih keterampilan yang terganggu. Penilaian stresor pada pasien dengan isolasi sosial meliputi aspek kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial¹⁵.

1) Respon Kognitif

Respon ini mencakup pencatatan kejadian stres dan reaksi emosional, fisiologis, serta perilaku atau sosial yang timbul. Kemampuan penilaian kognitif dipengaruhi oleh persepsi individu, sikap terbuka terhadap perubahan, kontrol diri terhadap pengaruh lingkungan, dan kemampuan menilai suatu masalah. Pada pasien dengan isolasi sosial, kemampuan kognitif biasanya terbatas dan lebih fokus pada masalah daripada mencari alternatif pemecahan¹⁵.

2) Respon Afektif

Respon afektif terkait dengan ekspresi emosi, suasana hati, dan sikap individu. Respon ini dipengaruhi oleh ketidakmampuan jangka

panjang dalam menghadapi situasi berbahaya, yang kemudian memengaruhi kecenderungan respon terhadap ancaman terhadap harga diri. Pasien dengan isolasi sosial biasanya menunjukkan perasaan putus asa, sedih, kecewa, merasa tidak berharga, dan tidak diperhatikan¹⁵.

3) Respon Fisiologis

Ini merupakan respon sistem tubuh terhadap stresor yang menyebabkan perubahan dalam sistem neuroendokrin dan hormonal. Respon fisiologis adalah bagian dari mekanisme neurobiologis yang bertujuan mempersiapkan pasien menghadapi bahaya. Perubahan yang terjadi berfungsi untuk mengantisipasi stimulus yang mengancam¹⁵.

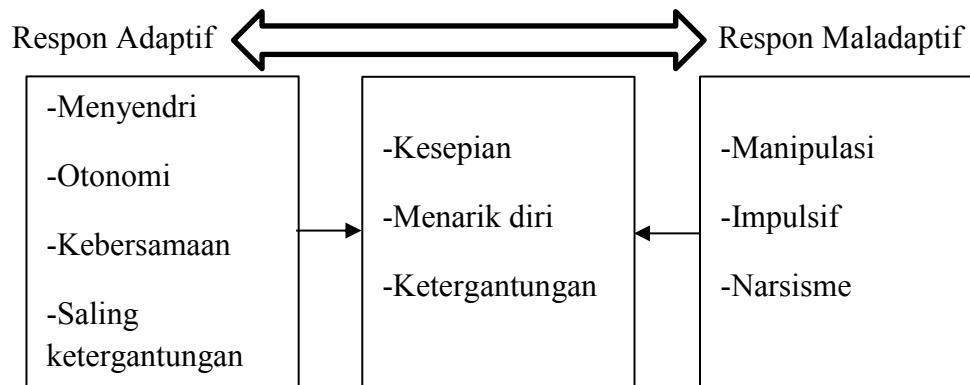
4) Respon Perilaku

Merupakan manifestasi dari respon emosional dan fisiologis. Pada pasien dengan isolasi sosial, terdapat tiga pola perilaku maladaptif yang sering ditemukan, yaitu kecenderungan melamun, enggan berinteraksi dengan pasien lain atau mengemukakan pendapat, serta mudah menyerah dan ragu-ragu dalam mengambil keputusan atau bertindak¹⁵.

5) Respon Sosial

Respon sosial merupakan hasil kombinasi dari respon kognitif, afektif, fisiologis, dan perilaku yang mempengaruhi hubungan sosial dan interaksi pasien. Pasien dengan isolasi sosial cenderung menunjukkan sikap menghindar sebagai cara menghadapi stresor yang dialaminya¹⁵.

3. Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Isolasi Sosial (sumber: ¹⁷)

Keterangan gambar:

a. Respon Adaptif

Respons adaptif merujuk pada perilaku atau sikap individu yang masih berada dalam batas yang diterima oleh norma sosial dan budaya yang berlaku secara umum. Dengan kata lain, individu yang merespons secara adaptif masih dianggap bertindak dalam koridor kewajaran dalam menghadapi masalah. Bentuk-bentuk respons adaptif antara lain:

- 1) Menyendiri, yakni suatu bentuk kebutuhan individu untuk merenungkan peristiwa atau situasi yang terjadi dalam lingkungan sosialnya.
- 2) Otonomi, yaitu kemampuan individu untuk menyampaikan ide, gagasan, dan emosi secara mandiri dalam suatu hubungan sosial.
- 3) Kebersamaan, yaitu kemampuan individu dalam menjalin hubungan interpersonal yang saling mendukung dan membutuhkan..
- 4) Saling ketergantungan (Interdependen), yaitu bentuk hubungan timbal balik antara individu dengan orang lain dalam memenuhi kebutuhan emosional dan sosial¹⁷.

b. Respon Maladaptif

Respons maladaptif merupakan bentuk perilaku yang menyimpang dari norma sosial dan kebiasaan hidup yang berlaku dalam masyarakat

tertentu. Beberapa bentuk respons yang dikategorikan sebagai maladaptif meliputi:

- 1) Manipulasi, yaitu kondisi di mana individu lebih fokus pada kepentingan dirinya sendiri dan mengabaikan orang lain
- 2) Impulsif, suatu bentuk perilaku sosial yang ditandai dengan ketidakterdugaan, tidak dapat dipercaya, serta ketidakmampuan individu untuk menilai situasi secara objektif.
- 3) Narsisme, yaitu kondisi psikologis di mana individu memiliki harga diri yang rapuh dan cenderung mudah tersinggung atau marah¹⁷.

4. Tanda dan Gejala

a. Data Subjektif (wawancara)

Tanda dan gejala isolasi sosial yang terungkap melalui wawancara dengan klien antara lain

- 1) Klien menyatakan keinginan untuk sendiri
- 2) Klien menceritakan perasaan tidak amannya jika berada di tempat umum
- 3) Klien merasa berbeda dengan orang lain disekitarnya
- 4) Klien mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki tujuan yang jelas

b. Data Objektif (observasi)

Tanda dan gejala isolasi sosial berdasarkan hasil observasi di antaranya:

- 1) Klien menunjukkan perilaku menarik diri
- 2) Klien tidak berminat dan menolak untuk berinteraksi dengan orang lain maupun lingkungan sekitar.
- 3) Klien tampak membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari akibat keterbatasan kondisi fisik atau mental.
- 4) Memiliki afek datar
- 5) Memiliki afek sedih, tidak bergairah dan lesu
- 6) Klien terlihat ternggelam dengan pikirannya sendiri
- 7) Adanya riwayat penolakan
- 8) Asyik dengan dunianya sendiri

- 9) Tidak mampu memenuhi harapan orang lain
- 10) Tidak bergairah dan lesu.¹⁸

5. Patofisiologi

Salah satu gangguan dalam menjalin hubungan sosial adalah perilaku menarik diri atau isolasi sosial, yang umumnya berakar dari perasaan rendah diri atau tidak berharga. Kondisi ini sering dialami oleh individu yang memiliki riwayat hidup penuh tekanan, kegagalan, konflik, dan kecemasan. Perasaan tidak berharga tersebut menghambat kemampuan klien untuk membentuk relasi interpersonal yang sehat. Akibatnya, klien cenderung mengalami regresi, kehilangan minat dalam berbagai aktivitas, serta kurang memperhatikan kebersihan dan penampilan pribadi. Klien bisa saja terjebak dalam kenangan masa lalu dan menunjukkan perilaku primitif, seperti pembicaraan autistik dan tindakan yang tidak sesuai dengan realitas, yang dapat berkembang menjadi gejala halusinatif¹³.

6. Klasifikasi Isolasi Sosial

a. Menarik Diri

Individu mengalami kesulitan dalam membangun hubungan interpersonal.

b. Ketergantungan

Kondisi di mana individu sangat bergantung kepada orang lain, sehingga gagal mengembangkan rasa percaya diri secara mandiri.

c. Manipulasi

Individu lebih memusatkan perhatian pada tujuan pribadinya tanpa mempertimbangkan keberadaan atau perasaan orang lain, dan sering kali memperlakukan orang lain hanya sebagai sarana untuk mencapai tujuannya.

7. Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang maladaptif dalam konteks isolasi sosial sering digunakan sebagai cara individu untuk mengelola kecemasan yang timbul

dari rasa kesepian atau ancaman sosial. Namun, strategi ini tidak sehat dan sering berdampak negatif, karena membuat orang-orang di sekitar menjauh. Akibatnya, individu tersebut terperangkap dalam dilema antara keinginan untuk dekat dengan orang lain dan ketakutan terhadap hubungan itu sendiri. Individu manipulatif cenderung memperlakukan orang lain sebagai objek. Mekanisme pertahanan psikologis yang digunakan bertujuan untuk melindungi dari rasa sakit emosional akibat kehilangan orang yang dianggap penting. Beberapa bentuk mekanisme pertahanan tersebut antara lain¹⁵:

a. Proyeksi

Merupakan kecenderungan individu untuk menempatkan tanggung jawab atas perilaku menarik dirinya kepada pihak eksternal.

b. Pemisahan

Ditandai dengan ketidakmampuan individu untuk mengintegrasikan sisi positif dan negatif dari dirinya sendiri maupun dari orang lain.

c. Identifikasi proyektif

Suatu bentuk pertahanan kompleks di mana individu tanpa sadar memproyeksikan bagian dari dirinya kepada orang lain, yang biasanya tidak menyadari bahwa mereka sedang menjadi objek proyeksi tersebut¹⁵.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan keperawatan terhadap pasien dengan masalah isolasi sosial melibatkan beberapa strategi. Fokus utama adalah membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Salah satu langkah awalnya adalah membantu pasien mengenali penyebab isolasi sosial yang dialaminya serta mengidentifikasi orang-orang terdekat yang dapat menjadi sistem dukungan. Selain itu, pasien juga dibimbing untuk memahami manfaat dari bersosialisasi dan risiko yang muncul apabila terus menghindari interaksi sosial. Terapi ini dilakukan secara bertahap, mulai dari interaksi dengan perawat hingga pasien lain dan keluarga.

Komunikasi terapeutik menjadi hal yang sangat penting dalam strategi ini. Komunikasi ini merupakan proses interaksi interpersonal yang dilakukan dengan fokus pada kebutuhan pasien, untuk mendukung pertukaran informasi yang efektif antara perawat dan pasien¹³.

Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan kepada klien dengan isolasi sosial antara lain:

a. Electro Convulsive Therapi (ECT)

ECT adalah prosedur medis yang menggunakan arus listrik yang dialirkan melalui dua elektroda di pelipis kiri dan kanan kepala. Arus ini menimbulkan kejang tipe grand mal selama 25–30 detik yang bertujuan untuk memberikan efek terapeutik. Reaksi listrik ini memicu perubahan fungsi dan biokimia otak.

b. Psikoterapi

Metode terapi ini memerlukan waktu yang cukup panjang dan menjadi bagian integral dari proses penyembuhan. Tujuannya menciptakan rasa aman, lingkungan yang suportif, menunjukkan empati, menerima pasien apa adanya, serta mendorong pasien untuk mengekspresikan emosinya secara verbal. Dalam prosesnya, perawat harus bersikap ramah, jujur, dan sopan.

c. Terapi Okupasi

Merupakan pendekatan terapeutik yang melibatkan aktivitas yang dipilih secara khusus untuk memperbaiki, memperkuat, serta meningkatkan rasa percaya diri pasien.

d. Terapi Farmakologi

1) *Clorpromazine* (CPZ)

Indikasi: Digunakan untuk pasien dengan gangguan psikotik berat yang ditandai dengan gangguan dalam penilaian realita, kesadaran diri, fungsi mental, serta kesulitan dalam menjalani aktivitas sehari-hari.

Efek samping: Menyebabkan gangguan pada sistem saraf otonom seperti tekanan darah rendah (hipotensi), efek antikolinergik atau

parasimpatis berupa mulut kering, kesulitan buang air kecil (miksi) dan buang air besar (defekasi), hidung tersumbat, penglihatan kabur, serta peningkatan tekanan dalam bola mata. Selain itu, dapat menimbulkan gangguan pada irama jantung. Juga berpotensi menyebabkan gangguan ekstrapiramidal seperti distonia akut, akatisia, gejala mirip parkinson (tremor, kelambanan gerak atau bradikinesia, dan kekakuan otot atau rigiditas).

2) *Haloperidol* (HLD)

Indikasi: Untuk menangani gangguan realitas dan fungsi kehidupan sehari-hari yang parah.

Efek samping: Menimbulkan rasa kantuk dan penurunan aktivitas motorik, serta berbagai gangguan pada sistem otonom seperti tekanan darah rendah (hipotensi), efek antikolinergik atau parasimpatik seperti mulut kering, kesulitan buang air kecil dan besar, hidung tersumbat, penglihatan menjadi kabur, peningkatan tekanan di dalam bola mata (tekanan intraokular), dan gangguan pada irama jantung.

3) *Trihexy Phenidyl* (THP)

Indikasi: Untuk semua jenis penyakit Parkinson, termasuk yang disebabkan oleh obat seperti fenotiazin.

Efek samping: Menimbulkan rasa kantuk (sedasi) dan penurunan kemampuan gerak serta reaksi psikologis (inhibisi psikomotor), serta gangguan pada sistem saraf otonom seperti tekanan darah tinggi (hipertensi), efek antikolinergik atau parasimpatis yang meliputi mulut kering, hidung tersumbat, penglihatan kabur, dan gangguan pada irama jantung¹³.

e. Terapi Non-farmakologi

1) Terapi Individu

Salah satu metode terapi individu yang dapat dilakukan oleh perawat untuk pasien yang mengalami isolasi sosial adalah dengan menerapkan strategi pelaksanaan (SP). Dalam penerapan strategi ini, hal terpenting yang harus dilakukan perawat adalah menggunakan teknik komunikasi terapeutik. Semakin efektif komunikasi yang

dilakukan perawat, maka kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien akan semakin meningkat, karena komunikasi yang baik mampu membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien¹⁹.

2) Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok sosialisasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dalam kelompok dengan tujuan membantu pasien yang mengalami isolasi sosial untuk berinteraksi dan bergaul dengan orang-orang di sekitarnya. Proses sosialisasi ini dapat dilaksanakan secara bertahap, mulai dari interaksi antar individu, kemudian dalam kelompok kecil, hingga pada tingkat kelompok yang lebih besar. Kegiatan ini melibatkan latihan-latihan sosialisasi yang dilakukan dalam kelompok dan direncanakan berlangsung selama 7 sesi dengan tujuan:

- a) Sesi 1: Pasien dapat memperkenalkan diri
- b) Sesi 2: Pasien dapat berkenalan dengan anggota kelompok
- c) Sesi 3: Pasien dapat bercakap-cakap dengan anggota kelompok
- d) Sesi 4: Pasien dapat menyampaikan topik percakapan.
- e) Sesi 5: Pasien dapat menyampaikan masalah pribadinya pada orang lain
- f) Sesi 6: Pasien dapat bekerja sama dalam permainan aktivitas kelompok
- g) Sesi 7: Pasien dapat mengemukakan pendapat tentang mamfaat kegiatan TAK yang telah dilakukan.²⁰

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Isolasi Sosial

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah fundamental dalam proses keperawatan yang menjadi landasan utama bagi tahapan selanjutnya. Proses ini mencakup pengumpulan informasi secara menyeluruh serta identifikasi kebutuhan atau permasalahan yang dialami oleh klien. Data yang dikumpulkan meliputi berbagai aspek, yaitu biologis, psikologis, sosial, dan

spiritual. Pada pasien yang mengalami isolasi sosial, biasanya ditemukan kesulitan dalam menjalin interaksi dan membangun hubungan sosial dengan orang lain. Oleh karena itu, pengkajian harus difokuskan untuk memahami kondisi tersebut secara komprehensif²¹. Adapun aspek-aspek yang menjadi bagian dari pengkajian ini meliputi:

a. Identitas Klien

Meliputi data dasar klien seperti nama lengkap, usia, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medis (MRS), tanggal pelaksanaan pengkajian, alamat, serta informasi relevan lainnya yang diperlukan untuk mengenali klien secara utuh.

b. Alasan Masuk

Alasan pasien dirawat atau masuk rumah sakit biasanya berkaitan dengan perilaku menarik diri dari lingkungan sosial, seperti menghindari interaksi dengan orang lain, mengalami komunikasi yang minim atau bahkan tidak ada sama sekali, menghabiskan waktu dengan berdiam diri di kamar, tidak melakukan aktivitas sehari-hari, serta perasaan kesepian yang mendalam. Pasien juga dapat menunjukkan gejala merasa tidak aman ketika bersama orang lain, rasa bosan yang berlarut-larut, kesulitan dalam berkonsentrasi, merasa tidak berharga, dan keraguan dalam kemampuan menjalani kehidupannya.

c. Faktor Predisposisi

Faktor-faktor yang dapat memicu kondisi isolasi sosial pada pasien meliputi riwayat gangguan jiwa di masa lalu serta respons terhadap pengobatan sebelumnya. Selain itu, pengalaman kehilangan atau perpisahan, penolakan oleh orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan berulang atau frustrasi, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur sosial juga dapat berkontribusi. Kejadian traumatis yang mendadak seperti operasi, kecelakaan, perceraian, putus sekolah, pemutusan hubungan kerja (PHK), serta pengalaman memalukan atau menyakitkan seperti menjadi korban kekerasan atau penahanan, turut menjadi faktor predisposisi. Kegagalan dalam pendidikan atau karier, serta perlakuan tidak adil dari orang lain atau

perasaan negatif yang bertahan lama terhadap diri sendiri juga dapat memperkuat kecenderungan isolasi sosial.

d. Stressor Presipitasi

Merupakan penjelasan mengenai kejadian atau peristiwa dalam kehidupan yang menimbulkan tekanan psikologis yang signifikan, seperti kehilangan atau perubahan besar, yang berdampak pada kemampuan individu dalam menjalin hubungan sosial dan memicu timbulnya kecemasan.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan ini berfokus pada evaluasi sistem tubuh dan fungsi organ secara menyeluruh. Dilakukan secara komprehensif mulai dari kepala hingga kaki (head to toe), mencakup pengukuran tanda vital, tinggi badan, berat badan, serta penilaian lebih lanjut terhadap sistem dan fungsi organ tubuh yang relevan dengan keluhan pasien.

f. Psikososial

1) Genogram

Genogram digunakan untuk mengidentifikasi apakah terdapat anggota keluarga lain yang memiliki riwayat gangguan jiwa atau masalah komunikasi serta gangguan dalam pengambilan keputusan dan pola asuh. Analisis genogram biasanya mencakup tiga generasi sebelumnya untuk mendapatkan gambaran lengkap mengenai riwayat keluarga.

2) Konsep Diri

a) Gambaran diri

Pada pasien yang mengalami isolasi sosial, sering ditemukan penolakan terhadap pengamatan atau sentuhan pada bagian tubuh yang mengalami perubahan atau ketidakmampuan menerima perubahan fisik yang terjadi maupun yang akan terjadi. Pasien juga cenderung menolak penjelasan terkait perubahan tersebut, memiliki persepsi negatif terhadap tubuhnya, fokus berlebihan pada bagian tubuh yang hilang atau rusak, serta sering mengungkapkan perasaan putus asa dan ketakutan.

b) Identitas diri

Pasien dengan isolasi sosial biasanya menunjukkan ketidakjelasan dalam pandangan terhadap diri sendiri, kesulitan dalam menetapkan keinginan, dan ketidakmampuan dalam mengambil keputusan secara mandiri.

c) Fungsi peran

Pada pasien yang mengalami isolasi sosial, fungsi peran dalam kehidupan sehari-hari dapat berubah atau bahkan berhenti sama sekali. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti penyakit yang dialami, proses penuaan, putus sekolah, kehilangan pekerjaan, atau perubahan-perubahan lain yang terjadi selama masa sakit dan perawatan.

d) Ideal diri

Pasien dengan isolasi sosial cenderung menunjukkan perasaan putus asa yang berkaitan dengan kondisi penyakitnya, serta sering mengungkapkan harapan atau keinginan yang terlalu tinggi dan sulit tercapai.

e) Harga diri

Sering kali pasien merasa malu terhadap dirinya sendiri, mengalami rasa bersalah, gangguan dalam menjalin hubungan sosial, serta cenderung merendahkan martabat diri. Mereka juga mungkin melakukan tindakan yang merugikan diri sendiri dan menunjukkan kurangnya rasa percaya diri.

f) Hubungan sosial

Pasien cenderung menunjukkan sikap apatis, tidak memiliki orang terdekat yang dapat diandalkan, dan seringkali mendapatkan perlakuan negatif atau cercaan dari lingkungan sekitarnya.

3) Spiritual

Meskipun pasien dengan isolasi sosial memiliki keyakinan agama, mereka jarang melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya. Hal ini karena kurangnya kesadaran akan manfaat spiritual dari kegiatan ibadah tersebut.

g. Status Mental

1) Penampilan

Pasien dengan isolasi sosial sering kali menunjukkan defisit dalam perawatan diri, yang tercermin pada penampilan yang tidak rapi. Misalnya, cara berpakaian yang tidak biasa, rambut yang kotor dan tidak disisir, gigi yang kuning dan kotor, serta kuku yang panjang dan hitam.

2) Pembicaraan

Pasien cenderung kesulitan untuk memulai percakapan dan hanya berbicara ketika diajukan pertanyaan. Pola bicara dapat diamati melalui beberapa aspek, yaitu frekuensi seperti kecepatan berbicara (apakah cepat atau lambat), volume suara (keras atau lembut), jumlah kata yang diucapkan (sedikit, cenderung diam, atau tertekan), serta karakteristik lain seperti kegugupan, penggunaan kata-kata yang terputus-putus, atau aksen yang tidak biasa. Pada pasien dengan isolasi sosial, pola bicara yang umum ditemukan adalah suara yang pelan, lambat, lembut, berbicara sangat sedikit atau bahkan hampir tidak berbicara sama sekali, serta terkadang menggunakan kata-kata yang bersifat simbolik atau metaforis.

3) Aktivitas motorik

Pasien dengan isolasi sosial umumnya menunjukkan penurunan aktivitas motorik. Mereka cenderung lesu, lebih banyak menghabiskan waktu dengan duduk menyendiri, berjalan dengan langkah lambat dan lemah. Penurunan aktivitas motorik ini kadang disertai dengan gejala hipokinesia (penurunan gerakan) dan katalepsi (kekakuan otot dan postur yang bertahan lama).

4) Afek dan emosi

Pasien dengan isolasi sosial biasanya menunjukkan afek yang datar, yaitu ekspresi wajah yang tidak berubah meskipun ada rangsangan yang menyenangkan atau menyedihkan. Selain itu, reaksi emosinya juga tumpul, di mana pasien hanya merespons apabila ada rangsangan emosional yang sangat kuat.

5) Interaksi selama wawancara

Dalam proses wawancara, pasien seringkali menghindari kontak mata dengan pewawancara, merasa bosan, dan cenderung tidak kooperatif. Mereka sulit untuk fokus dan spontan dalam menjawab pertanyaan. Ekspresi emosional yang muncul biasanya berupa kesedihan serta ungkapan penolakan atau perasaan kesepian terhadap orang lain.

6) Persepsi sensori

Pasien dengan isolasi sosial memiliki risiko mengalami gangguan persepsi sensori, seperti halusinasi.

7) Proses pikir

a) Arus pikir

Pada pasien, arus pikir dapat terganggu dengan munculnya blocking, yaitu terhentinya pembicaraan secara tiba-tiba tanpa sebab dari luar, namun kemudian dapat dilanjutkan kembali.

b) Bentuk pikir

Bentuk pikir yang ditemukan adalah otistik (autistik), yaitu pola pikir yang cenderung berupa fantasi atau lamunan yang digunakan untuk memuaskan keinginan yang sulit dicapai secara nyata.

c) Isi fikir

Isi pikir sering berfokus pada perasaan isolasi sosial, di mana pasien merasa terasing, terkucil, dan terpisah dari lingkungan atau masyarakat. Mereka merasakan penolakan, ketidaksukaan dari orang lain, serta ketidaknyamanan dalam berinteraksi sehingga lebih memilih menyendiri.

8) Tingkat kesadaran

Pada pasien isolasi sosial, tingkat kesadaran cenderung terganggu dengan gejala kebingungan, perilaku kacau yang tidak terarah, serta sikap apatis atau acuh tak acuh terhadap lingkungan.

9) Memori

Pasien mengalami gangguan memori yang ditandai dengan kesulitan mengingat kejadian sebelumnya, yang disebabkan oleh penurunan kemampuan konsentrasi.

10) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien kesulitan untuk berkonsentrasi, sering kali meminta pertanyaan diulang karena tidak menangkap maksud pertanyaan, dan mengalami kesulitan dalam menjelaskan kembali isi pembicaraan.

11) Daya tilik

Pasien cenderung menolak atau tidak menyadari kondisi penyakit yang dialami. Mereka tidak menyadari adanya perubahan fisik maupun emosional dan merasa tidak perlu mencari bantuan. Banyak pasien menyangkal kondisi kesehatannya dan enggan membicarakan penyakit yang sedang diderita.

h. Kebutuhan Persiapan Pulang

Dalam tahap persiapan pulang, perlu dilakukan penilaian menyeluruh terhadap kebutuhan dasar pasien, yang mencakup aspek berikut:

- 1) Pola makan : Sebagian besar pasien menunjukkan penurunan nafsu makan dan kurangnya asupan nutrisi secara umum.
- 2) Eliminasi (BAB/BAK): Fungsi eliminasi pasien umumnya berada dalam batas normal, tanpa keluhan yang signifikan.
- 3) Personal Hygiene/Mandi : Sebagian besar pasien menunjukkan penurunan kemampuan dan kemauan dalam melakukan perawatan diri, seperti mandi, menyikat gigi, memotong kuku, serta tampak tidak terawat secara fisik.
- 4) Berpakaian : Pasien cenderung tidak mengganti pakaian secara rutin dan sering mengenakan pakaian yang tidak sesuai atau tidak serasi.
- 5) Istirahat dan tidur : Pola istirahat pasien umumnya mengalami gangguan, baik dari segi kualitas maupun kuantitas tidur.
- 6) Kepatuhan penggunaan obat : Kepatuhan dalam mengonsumsi obat biasanya rendah, ditandai dengan penggunaan obat yang tidak teratur.
- 7) Pemeliharaan kesehatan : Penting untuk mengidentifikasi rencana pasien dan keluarga dalam hal perawatan lanjutan, termasuk apa yang akan dilakukan, bagaimana caranya, kapan dan kemana mereka

akan mengakses layanan, serta siapa saja sistem pendukung yang tersedia (keluarga, teman, institusi, atau fasilitas kesehatan).

- 8) Aktivitas di dalam rumah: Pasien umumnya tidak berpartisipasi dalam pekerjaan rumah tangga.
- 9) Aktivitas di luar rumah : Pasien cenderung menarik diri dari aktivitas sosial di luar rumah karena perasaan takut yang berlebihan.

i. Mekanisme Koping

Mekanisme koping pasien dalam menghadapi stres atau tekanan psikologis dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Koping Adaptif : Ditandai dengan perilaku menyendiri secara terkontrol, menjaga otonomi pribadi, hubungan mutualisme, serta ketergantungan yang sehat terhadap orang lain (interdependensi).
- 2) Koping Maladaptif : Meliputi respons yang tidak efektif, seperti respon lambat terhadap masalah, perilaku kompulsif seperti bekerja secara berlebihan, menghindari masalah secara terus-menerus, hingga tindakan melukai diri sendiri.
- 3) Masalah Psikososial dan Lingkungan : Pasien sering mengalami kesulitan dalam menjalin interaksi sosial yang sehat, yang dapat disebabkan oleh kurangnya dukungan sosial, masalah dalam aspek pendidikan, serta kendala dalam mengakses layanan kesehatan.
- 4) Fungsi Kognitif : Pasien mengalami gangguan dalam kemampuan berpikir, memahami, dan menyerap informasi, yang memengaruhi kemampuan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah²².

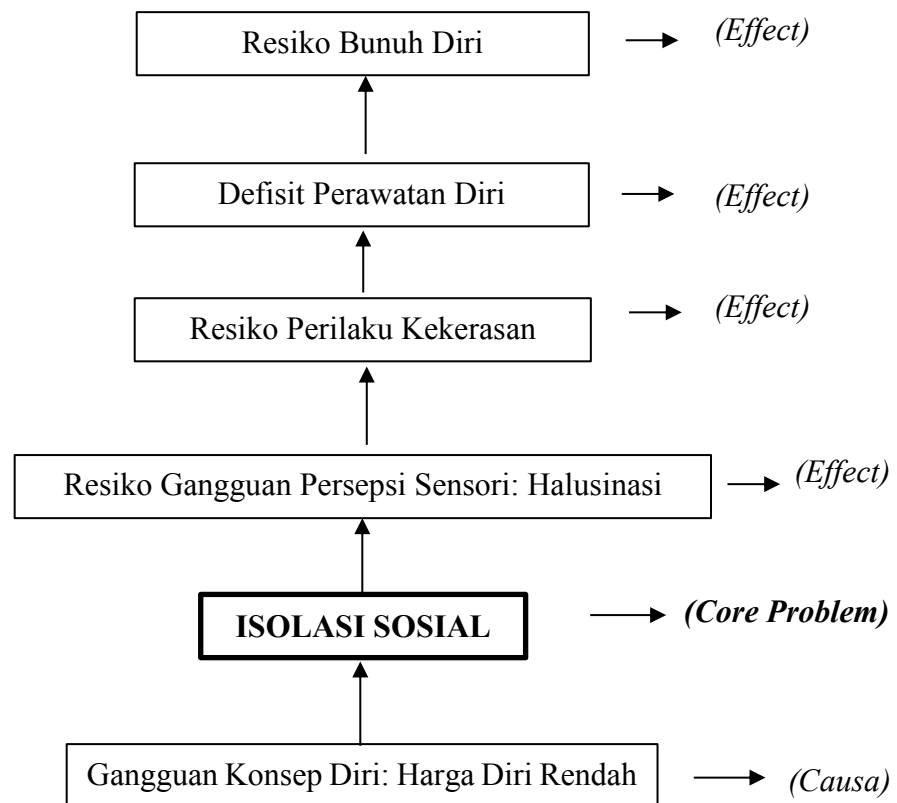
j. Aspek Medik

Tindakan medis yang mendukung asuhan keperawatan jiwa meliputi:

- 1) Terapi Elektrokonvulsif (Electro Convulsive Therapy / ECT): Digunakan pada kasus tertentu untuk mengatasi gangguan jiwa berat, terutama ketika terapi farmakologis kurang memberikan respons yang diharapkan.

- 2) Farmakoterapi : Pemberian obat-obatan psikotropika seperti *Chlorpromazine* (CPZ), *Haloperidol* (HLP), *Perphenazine*, *Trihexyphenidyl* (THP), Obat-obatan ini digunakan untuk mengontrol gejala psikotik dan gangguan suasana hati, serta mengurangi efek samping dari obat antipsikotik lainnya²³.

2. Pohon masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Isolasi Sosial (sumber : ¹⁷)

Keterangan gambar

Masalah Utama:

Causa : Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

Core Problem : Isolasi Sosial

Effect : Resiko Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Dalam vokasi D3 keperawatan, diagnosa yang mencakup adalah :

Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah, Isolasi Sosial, Resiko Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi, Resiko Perilaku Kekerasan dan Defisit Perawatan Diri.

3. Pembagian Diagnosa Keperawatan

- a. Isolasi Sosial
- b. Perubahan Persepsi Sensasi; Halusinasi
- c. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah
- d. Resiko Perilaku Kekerasan
- e. Defisit Perawatan Diri

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa yang mengalami isolasi sosial, halusinasi, dan harga diri rendah memerlukan pendekatan yang terstruktur dan berkesinambungan. Intervensi difokuskan pada peningkatan fungsi interpersonal, pengendalian gejala, serta pemulihan harga diri pasien. Pelibatan keluarga dalam proses keperawatan juga menjadi bagian integral untuk mendukung keberhasilan terapi²⁴.

a. Diagnosa keperawatan : Isolasi Sosial

1) Tujuan :

- a) Pasien diharapkan dapat menjalin hubungan saling percaya dengan tenaga kesehatan.
- b) Pasien mampu mengenali kondisi isolasi sosial yang sedang dialaminya.
- c) Pasien dapat mulai membangun interaksi secara bertahap dengan anggota keluarga maupun lingkungan sekitar.
- d) Pasien mampu terlibat dalam komunikasi saat melaksanakan aktivitas rumah tangga dan kegiatan sosial.

2) Tindakan :

- a) Menjalinkan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien.
- b) Membantu pasien dalam mengidentifikasi perilaku isolasi sosial yang dimilikinya.
- c) Melatih pasien untuk dapat berinteraksi dengan orang lain secara bertahap.

3) Strategi Pelaksanaan Tindakan pada Pasien :

a) Strategi Pelaksanaan 1:

- (1) Membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien sebagai dasar interaksi terapeutik.
- (2) Membantu pasien mengenali faktor-faktor penyebab munculnya masalah isolasi sosial.
- (3) Mengajak pasien untuk berdiskusi mengenai manfaat memiliki teman serta konsekuensi dari menghindari hubungan sosial.
- (4) Melatih pasien untuk berbicara secara bertahap, dimulai dengan satu orang atau perawat sebagai lawan bicara.
- (5) Menyusun dan memasukkan latihan interaksi sosial ke dalam jadwal kegiatan harian pasien.

b) Strategi pelaksanaan 2:

- (1) Melakukan validasi terhadap kemampuan pasien dalam memulai perkenalan dan memberikan apresiasi atas keberhasilannya.
- (2) Memberikan pelatihan kepada pasien mengenai cara berbicara saat melakukan aktivitas harian yang melibatkan dua hingga tiga orang.
- (3) Menanyakan perasaan pasien setelah melakukan interaksi dengan orang lain untuk mengevaluasi respons emosionalnya.
- (4) Menambahkan kegiatan yang telah dilatih ke dalam jadwal aktivitas harian pasien secara terstruktur.

c) Strategi Pelaksanaan 3:

- (1) Mengonfirmasi kemampuan pasien dalam memulai perkenalan dan berbicara selama menjalankan aktivitas harian, serta memberikan penguatan positif.
- (2) Melatih pasien berkomunikasi secara efektif ketika menjalani aktivitas harian kedua yang melibatkan interaksi dengan 4 hingga 5 orang.
- (3) Menyusun dan mengintegrasikan kegiatan ini ke dalam jadwal aktivitas harian pasien.

d) Strategi Pelaksanaan 4:

- (1) Mengonfirmasi dan memvalidasi kemampuan pasien dalam menjalin perkenalan serta berkomunikasi dengan 4 hingga 5 orang, disertai pemberian pujian atas keberhasilannya.
- (2) Menggali perasaan pasien setelah mengikuti aktivitas tersebut sebagai bagian dari evaluasi.
- (3) Melatih pasien dalam keterampilan perkenalan dan komunikasi saat berpartisipasi dalam aktivitas sosial berkelompok.
- (4) Mengintegrasikan kegiatan tersebut ke dalam jadwal harian pasien secara sistematis.

4) Strategi Pelaksanaan pada Keluarga

a) Strategi pelaksanaan 1:

- (1) Melakukan diskusi bersama keluarga terkait permasalahan yang mereka alami dalam proses merawat klien dengan isolasi sosial.
- (2) Memberikan penjelasan mengenai definisi, tanda dan gejala, serta proses terbentuknya isolasi sosial.
- (3) Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mengajukan pertanyaan seputar perawatan klien.
- (4) Memberikan edukasi mengenai cara yang tepat dalam merawat pasien dengan isolasi sosial.
- (5) Melatih pasien dalam menjalin perkenalan dan membangun interaksi awal dengan satu orang.
- (6) Membantu pasien dalam menjalankan aktivitas harian sebagai bentuk pendampingan fungsional.

b) Strategi pelaksanaan 2:

- (1) Melakukan
- (2) Memberikan penjelasan kepada keluarga mengenai jenis-jenis kegiatan yang dapat mendorong keterlibatan klien dalam berkomunikasi secara aktif dengan individu lain di lingkungan sekitarnya.

- (3) Melatih keluarga mengenai teknik dan pendekatan yang tepat dalam membimbing klien saat berkomunikasi, termasuk penggunaan komunikasi verbal yang mendukung dan sikap empatik saat berinteraksi.
- (4) Mengajukan kepada keluarga untuk secara aktif membantu klien dalam menjalankan aktivitas bercakap-cakap yang telah direncanakan sebelumnya dalam jadwal kegiatan harian,

c) Strategi pelaksanaan 3:

- (1) Melakukan evaluasi terhadap sejauh mana kemampuan keluarga dalam membimbing klien berinteraksi dan menjalin komunikasi dengan orang lain.
- (2) Melatih keluarga mengenai cara yang tepat dalam membimbing klien saat terlibat dalam kegiatan sosial tertentu, seperti kegiatan berbelanja.
- (3) Mengajukan keluarga untuk terus mendampingi klien dalam melaksanakan aktivitas sosial yang telah dijadwalkan.

d) Strategi pelaksanaan 4:

- (1) Melakukan evaluasi terhadap kemampuan keluarga dalam membimbing klien untuk membangun interaksi sosial dengan beberapa individu.
- (2) Memberikan pujian kepada keluarga atas usaha yang telah dilakukan dalam mendampingi proses pemulihan klien.
- (3) Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya tindak lanjut (*follow up*) ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila terjadi gejala kekambuhan, agar penanganan dapat segera dilakukan secara profesional.
- (4) Mengajukan agar keluarga secara konsisten mendampingi dan memotivasi klien dalam menjalankan aktivitas harian sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan.

b. Diagnosa keperawatan : Halusinasi

Strategi pelaksanaan pada pasien:

1) Tujuan :

- a) Membangun hubungan saling percaya antara pasien dan perawat.
- b) Mengenali halusinasi yang dialami serta mampu mengendalikan halusinasi melalui teknik menghardik.
- c) Mengelola halusinasi dengan kepatuhan dalam mengonsumsi obat sesuai dosis yang benar.
- d) Mengatasi halusinasi dengan cara berkomunikasi atau bercakap-cakap bersama orang lain.
- e) Mengendalikan halusinasi dengan melibatkan pasien dalam aktivitas sehari-hari secara teratur.

2) Tindakan :

- a) Membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien.
- b) Membantu pasien mengenali gangguan persepsi sensorik berupa halusinasi.
- c) Melatih pasien dalam mengendalikan halusinasi yang dialaminya.

3) Strategi Pelaksanaan Tindakan pada Pasien :

a) Strategi pelaksanaan 1:

- (1) Melakukan penilaian terhadap kesadaran pasien terkait halusinasi yang dialami, termasuk pengenalan isi halusinasi, frekuensi kemunculan, waktu terjadinya, situasi pemicu, perasaan pasien, respons yang ditunjukkan, serta upaya yang sudah dilakukan pasien dalam mengendalikan halusinasi tersebut.
- (2) Memberikan penjelasan mengenai teknik pengendalian halusinasi, khususnya melalui cara menghardik.
- (3) Memasukkan latihan menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian pasien.

b) Strategi pelaksanaan 2:

- (1) Melakukan evaluasi terhadap tanda dan gejala halusinasi, serta memvalidasi kemampuan pasien dalam mengenali halusinasi

yang dialami dan mengendalikan halusinasi melalui teknik menghardik, disertai dengan pemberian pujian sebagai bentuk penguatan.

- (2) Menilai pemahaman pasien mengenai manfaat pengendalian halusinasi menggunakan metode menghardik.
- (3) Melatih pasien dalam mengontrol halusinasi dengan meningkatkan kepatuhan minum obat sesuai prinsip enam benar, yaitu jenis obat, waktu pemberian, dosis, frekuensi, cara penggunaan, dan kontinuitas pemakaian obat.
- (4) Mengintegrasikan jadwal minum obat sesuai ketentuan ke dalam rutinitas kegiatan harian pasien.

c) Strategi pelaksanaan 3 :

- (1) Melakukan evaluasi terhadap gejala halusinasi yang dialami pasien.
- (2) Memvalidasi kemampuan pasien dalam mengendalikan halusinasi melalui cara menghardik dan kepatuhan minum obat, disertai pemberian pujian sebagai penguatan positif.
- (3) Mengevaluasi manfaat dari pengendalian halusinasi dengan metode menghardik dan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang telah ditetapkan.
- (4) Melatih pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara berkomunikasi atau bercakap-cakap saat halusinasi muncul.
- (5) Memasukkan latihan pengendalian halusinasi tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian pasien.

d) Strategi pelaksanaan 4:

- (1) Melakukan evaluasi terhadap gejala halusinasi yang dialami pasien.
- (2) Memvalidasi kemampuan pasien dalam mengendalikan halusinasi melalui tindakan menghardik, kepatuhan minum obat, serta berinteraksi dengan orang lain, disertai pemberian pujian sebagai penguatan positif.

- (3) Mengevaluasi manfaat pengendalian halusinasi dengan metode menghardik, kepatuhan minum obat sesuai jadwal, dan interaksi sosial dengan orang lain.
- (4) Melatih pasien untuk mengontrol halusinasi dengan menjalankan aktivitas sehari-hari.
- (5) Memasukkan latihan pengendalian halusinasi tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian pasien.

Strategi pelaksanaan pada keluarga

1) Tujuan :

- a) Keluarga dapat memahami permasalahan halusinasi serta kendala yang dialami selama proses perawatan pasien.
- b) Keluarga mampu menjelaskan definisi, ciri-ciri, gejala, serta mekanisme terjadinya halusinasi dengan bantuan media booklet.
- c) Keluarga memiliki kemampuan dalam memberikan perawatan yang tepat kepada pasien yang mengalami halusinasi.
- d) Keluarga dapat menciptakan kondisi lingkungan yang kondusif untuk membantu pengendalian halusinasi pasien.
- e) Keluarga mampu mengenali tanda-tanda serta gejala kekambuhan yang mengharuskan pasien segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan.

2) Tindakan Keperawatan :

- a) Melakukan diskusi dengan keluarga mengenai kendala yang dialami selama merawat pasien.
- b) Memberikan penjelasan mengenai definisi, tanda-tanda, gejala, dan proses terjadinya halusinasi dengan menggunakan media booklet sebagai bahan edukasi.
- c) Melatih keluarga dalam teknik-teknik perawatan yang tepat bagi pasien yang mengalami halusinasi.
- d) Memberikan bimbingan langsung kepada keluarga dalam melakukan perawatan terhadap pasien dengan halusinasi.

- e) Melatih keluarga untuk menciptakan suasana dan lingkungan yang mendukung pengendalian halusinasi pasien.
 - f) Melakukan diskusi dengan keluarga mengenai tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan tindakan rujukan segera ke fasilitas kesehatan.
 - g) Menganjurkan keluarga untuk melakukan tindak lanjut (*follow up*) secara berkala ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) Strategi Pelaksanaan pada Keluarga
- a) Strategi pelaksanaan 1:
 - (1) Mengadakan diskusi dengan keluarga mengenai kendala yang dialami selama merawat pasien.
 - (2) Menjelaskan definisi, tanda-tanda, gejala, serta proses terjadinya halusinasi dengan bantuan booklet sebagai bahan edukasi.
 - (3) Memberikan penjelasan dan pelatihan kepada keluarga tentang cara mengendalikan halusinasi, khususnya melalui teknik menghardik halusinasi.
 - (4) Menganjurkan keluarga untuk membantu pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan serta memberikan penghargaan atau pujian atas usaha yang dilakukan pasien.
 - b) Strategi pelaksanaan 2:
 - (1) Mengevaluasi kemampuan keluarga dalam melatih klien untuk berkenalan dan menjalin interaksi sosial, serta memberikan penguatan atau pujian atas upaya yang telah dilakukan.
 - (2) Menjelaskan jenis-jenis aktivitas yang berpotensi melibatkan pasien dalam komunikasi dengan individu lain.
 - (3) Melatih keluarga dalam memberikan bimbingan terkait teknik berbicara yang sesuai bagi klien.
 - (4) Menganjurkan keluarga untuk mendampingi dan membantu pasien dalam melaksanakan percakapan yang terstruktur sesuai jadwal kegiatan harian.

c) Strategi pelaksanaan 3:

- (1) Melakukan penilaian terhadap kemampuan keluarga dalam membimbing klien berinteraksi dengan individu lain.
- (2) Memberikan pelatihan kepada keluarga mengenai teknik membimbing klien dalam berkomunikasi saat menjalankan aktivitas sosial, seperti kegiatan berbelanja.
- (3) Mengajukan kepada keluarga untuk mendampingi dan memfasilitasi klien dalam menjalankan aktivitas sosial dan melakukan percakapan sesuai jadwal harian yang telah disusun.

d) Strategi pelaksanaan 4:

- (1) Melakukan evaluasi terhadap kapasitas keluarga dalam melatih klien untuk memulai perkenalan dan menjalin interaksi dengan beberapa individu.
- (2) Memberikan apresiasi berupa pujian atas keterlibatan dan usaha yang telah dilakukan keluarga dalam merawat klien.
- (3) Menyampaikan informasi mengenai tindak lanjut ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila ditemukan tanda-tanda kekambuhan.
- (4) Mengajukan agar keluarga terus memberikan dukungan kepada klien dalam melaksanakan aktivitas harian sesuai jadwal yang telah dirancang.

c. Diagnosa keperawatan : Harga Diri Rendah

Strategi pelaksanaan pada pasien²⁴

1) Tujuan :

- a) Membangun dan memelihara hubungan yang didasarkan pada saling percaya.
- b) Mengidentifikasi serta mengenali kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki oleh pasien.
- c) Menilai potensi kemampuan yang dapat dimanfaatkan oleh pasien.

- d) Menentukan atau memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki pasien.
- e) Melatih pasien untuk melaksanakan kegiatan yang telah dipilih sesuai dengan kapasitasnya.
- f) Merencanakan kegiatan lanjutan berdasarkan hasil pelatihan yang telah dilakukan.

2) Tindakan :

- a) Membangun hubungan yang saling percaya dengan pasien.
- b) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih ada pada pasien.
- c) Membantu pasien dalam menilai dan mengenali kemampuan yang dapat digunakan.
- d) Membimbing pasien dalam proses pemilihan atau penetapan kegiatan yang dapat dilakukan berdasarkan daftar kegiatan yang tersedia.

3) Strategi Pelaksanaan Tindakan pada Pasien :

a) Strategi pelaksanaan 1:

- (1) Mengidentifikasi pandangan atau penilaian pasien terhadap diri sendiri serta dampaknya terhadap hubungan interpersonal, termasuk harapan yang sudah dan belum tercapai, serta upaya yang telah dilakukan untuk memenuhi harapan yang belum terpenuhi.
- (2) Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam melakukan berbagai kegiatan serta aspek positif yang dimiliki, kemudian membuat daftar kegiatan tersebut.
- (3) Membantu pasien dalam menilai dan memilih kegiatan yang saat ini dapat dilakukan dari daftar yang telah dibuat.
- (4) Menyusun daftar kegiatan yang dapat dilaksanakan oleh pasien pada saat ini.
- (5) Membantu pasien untuk menentukan satu kegiatan yang akan dilatih terlebih dahulu.

- (6) Melatih pasien dalam melaksanakan kegiatan tersebut, termasuk penggunaan alat dan cara pelaksanaannya.
- (7) Memasukkan kegiatan yang telah dilatih ke dalam jadwal harian pasien dengan frekuensi latihan dua kali sehari.

b) Strategi Pelaksanaan 2:

- (1) Melakukan evaluasi terhadap tanda dan gejala harga diri rendah dengan memvalidasi kemampuan pasien dalam melaksanakan kegiatan pertama yang telah diberikan pelatihan, disertai dengan pemberian pujian sebagai bentuk apresiasi.
- (2) Menilai manfaat yang diperoleh pasien dari pelaksanaan kegiatan pertama tersebut.
- (3) Membantu pasien dalam memilih kegiatan kedua yang akan dilatih setelah evaluasi kegiatan pertama selesai.
- (4) Memberikan pelatihan pelaksanaan kegiatan kedua, termasuk penggunaan alat dan cara pelaksanaannya.
- (5) Menjadwalkan kegiatan pertama dan kedua untuk latihan rutin, masing-masing dengan frekuensi dua kali sehari.

c) Strategi pelaksanaan 3:

- (1) Melakukan evaluasi terhadap tanda dan gejala harga diri rendah dengan memvalidasi kemampuan pasien dalam melaksanakan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih, sekaligus memberikan pujian atas pencapaian tersebut.
- (2) Mengevaluasi manfaat yang diperoleh pasien dari pelaksanaan kegiatan pertama dan kedua.
- (3) Membantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan diberikan pelatihan berikutnya.
- (4) Memberikan pelatihan untuk pelaksanaan kegiatan ketiga, termasuk penggunaan alat dan teknik pelaksanaannya.
- (5) Menyusun jadwal latihan untuk ketiga kegiatan tersebut, dengan frekuensi masing-masing dua kali sehari.

d) Strategi pelaksanaan 4:

- (1) Melakukan evaluasi terhadap data yang berkaitan dengan kondisi harga diri rendah pasien.
- (2) Memvalidasi kemampuan pasien dalam melaksanakan kegiatan pertama, kedua, dan ketiga yang telah dilatih sebelumnya, disertai dengan pemberian pujian sebagai bentuk penghargaan atas pencapaian tersebut.
- (3) Mengevaluasi manfaat dari pelaksanaan kegiatan keempat yang akan diberikan pelatihan, kemudian melatih pasien dalam melaksanakan kegiatan tersebut, termasuk penggunaan alat dan cara pelaksanaannya.
- (4) Menjadwalkan latihan untuk keempat kegiatan tersebut, dengan frekuensi masing-masing dua kali dalam sehari.

Strategi pelaksanaan pada keluarga

1) Tujuan :

- a) Keluarga diharapkan mampu mengenali masalah yang berkaitan dengan harga diri rendah.
- b) Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat dalam proses perawatan terhadap masalah harga diri rendah.
- c) Keluarga dapat melakukan perawatan yang efektif untuk mengatasi harga diri rendah pada pasien.
- d) Keluarga mampu melakukan modifikasi lingkungan yang kondusif untuk mendukung peningkatan harga diri pasien.
- e) Keluarga mampu melakukan penilaian terhadap perkembangan dan perubahan kemampuan pasien secara berkelanjutan.
- f) Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara optimal untuk menunjang perawatan pasien.

2) Tindakan Keperawatan :

- a) Melakukan diskusi bersama keluarga mengenai masalah yang dialami dalam merawat pasien.

- b) Memberikan penjelasan kepada keluarga mengenai konsep harga diri rendah, meliputi pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya, serta dampak yang mungkin timbul apabila tidak segera ditangani.
- c) Membantu keluarga dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan pasien dengan masalah harga diri rendah.
- d) Melatih keluarga tentang teknik dan cara merawat pasien yang mengalami harga diri rendah.
- e) Memberikan bimbingan kepada keluarga dalam pelaksanaan perawatan harga diri rendah secara efektif.
- f) Melatih keluarga untuk menciptakan suasana dan lingkungan keluarga yang mendukung peningkatan harga diri pasien.
- g) Mendiskusikan bersama keluarga mengenai tanda dan gejala kekambuhan yang mungkin terjadi.
- h) Menjelaskan pentingnya rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan jika terdapat tanda-tanda kekambuhan.
- i) Menganjurkan keluarga untuk melakukan tindak lanjut (follow up) secara teratur ke fasilitas pelayanan kesehatan guna menjaga kondisi pasien.

3) Strategi Pelaksanaan pada Keluarga

a) Strategi pelaksanaan 1:

- (1) Melakukan diskusi dengan keluarga mengenai kendala dan perasaan yang dialami selama merawat pasien yang mengalami harga diri rendah.
- (2) Memberikan penjelasan secara rinci kepada keluarga tentang definisi, tanda-tanda, gejala, serta proses terjadinya harga diri rendah, termasuk dampak negatif yang mungkin timbul, dengan menggunakan media booklet sebagai alat bantu.
- (3) Menjelaskan teknik-teknik perawatan yang efektif untuk menangani harga diri rendah pada pasien.

- (4) Memberikan apresiasi dan pujian terhadap segala aspek positif yang dimiliki oleh pasien guna meningkatkan motivasi dan dukungan keluarga.
- (5) Melatih keluarga untuk memberikan tanggung jawab atas kegiatan-kegiatan yang dipilih oleh pasien sebagai bagian dari proses pemulihan.
- (6) Memberikan bimbingan dan bantuan yang diperlukan oleh pasien dalam pelaksanaan kegiatan tersebut.
- (7) Mendorong keluarga agar terus membantu pasien sesuai dengan jadwal yang telah disusun serta memberikan pujian atas kemajuan yang dicapai pasien.

b) Strategi pelaksanaan 2:

- (1) Melakukan evaluasi terhadap kemampuan keluarga dalam mengenali gejala-gejala harga diri rendah pada pasien.
- (2) Memvalidasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien menjalankan kegiatan yang telah dilatih sebelumnya.
- (3) Mengkaji dan memberikan apresiasi atas manfaat yang dirasakan keluarga selama proses perawatan pasien.
- (4) Bersama dengan keluarga, melatih pasien untuk melakukan kegiatan kedua yang telah dipilih oleh pasien sebagai bagian dari pemulihan.
- (5) Mendorong keluarga agar terus mendukung pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan serta memberikan pujian atas kemajuan yang dicapai.

c) Strategi pelaksanaan 3:

- (1) Melakukan evaluasi kemampuan keluarga dalam mengenali tanda dan gejala harga diri rendah pada pasien.
- (2) Mengevaluasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien saat melaksanakan kegiatan-kegiatan yang telah dilatih.
- (3) Mengkaji manfaat yang dirasakan oleh keluarga selama proses perawatan dan memberikan penghargaan atas usaha mereka.

- (4) Bersama keluarga, melatih pasien melakukan kegiatan ketiga yang telah dipilih sebagai bagian dari program rehabilitasi.
- (5) Menganjurkan keluarga untuk terus membantu pasien sesuai dengan jadwal dan memberikan pujian untuk mendukung motivasi pasien.

d) Strategi pelaksanaan 4:

- (1) Melakukan evaluasi terhadap kemampuan keluarga dalam mengenali gejala-gejala harga diri rendah pada pasien.
- (2) Memvalidasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien menjalankan kegiatan yang telah dilatih sebelumnya.
- (3) Mengevaluasi manfaat yang dirasakan keluarga selama proses perawatan serta memberikan apresiasi atas usaha yang telah dilakukan.
- (4) Bersama keluarga, melatih pasien dalam melakukan kegiatan keempat yang telah dipilih sebagai bagian dari intervensi.
- (5) Menganjurkan keluarga untuk terus mendukung pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan dan memberikan pujian sebagai bentuk motivasi.

d. Diagnosa keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

Strategi pelaksanaan pada pasien²⁴

1) Tujuan :

- a) Klien dapat membangun hubungan yang dilandasi kepercayaan.
- b) Klien dapat menceritakan alasan munculnya kemarahan.
- c) Klien dapat menggambarkan perasaannya ketika mengalami kemarahan atau saat melakukan perilaku kekerasan.
- d) Klien dapat menjelaskan tindakan kekerasan yang terjadi saat marah.
- e) Klien dapat menyebutkan strategi untuk mengendalikan amarah atau perilaku agresif.

- f) Klien dapat mempraktikkan aktivitas fisik sebagai sarana untuk meluapkan kemarahan.
- g) Klien dapat mengonsumsi obat dengan teratur sesuai anjuran.
- h) Klien dapat berlatih berbicara dengan cara yang baik tepat saat sedang marah.
- i) Klien dapat mempraktikkan kegiatan keagamaan sebagai upaya mengontrol kemarahan.

2) Tindakan :

- a) Membangun hubungan yang dilandasi kepercayaan bersama klien.
- b) Ajak klien berdiskusi mengenai faktor-faktor yang memicu kemarahan dan perilaku kekerasan, baik yang sedang terjadi maupun yang pernah dialami sebelumnya.
- c) Bahas bersama klien mengenai tanda-tanda yang muncul ketika perilaku kekerasan mulai timbul.
- d) Diskusikan dengan klien mengenai bentuk perilaku kekerasan yang biasa dilakukan saat ia marah.
- e) Ajak klien membahas dampak dari tindakan kekerasan yang telah dilakukannya.
- f) Latih klien dalam mengendalikan perilaku kekerasan dengan berbagai pendekatan:
 - (1) Pendekatan fisik: latihan pernapasan dalam, memukul bantal atau kasur sebagai pelepasan emosi.
 - (2) Ketaatan terhadap pengobatan: mengonsumsi obat secara teratur.
 - (3) Pendekatan sosial/verbal: berlatih berbicara dengan cara yang tepat, seperti menyampaikan permintaan, menolak, dan mengekspresikan perasaan.
 - (4) Pendekatan spiritual: melakukan ibadah atau doa sesuai dengan keyakinan klien.

3) Strategi Pelaksanaan Tindakan pada Pasien :

a) Strategi Pelaksanaan 1: Latihan Pernapasan Dalam dan Memukul Kasur/Bantal

- (1) Menggali penyebab serta mengenali tanda-tanda perilaku kekerasan yang muncul pada klien.
- (2) Menggali dampak atau konsekuensi dari perilaku kekerasan yang telah dilakukan klien.
- (3) Memberikan penjelasan mengenai cara-cara mengendalikan perilaku kekerasan, meliputi aspek fisik, farmakologis, komunikasi, dan spiritual.
- (4) Menjelaskan sekaligus melatih klien menggunakan pendekatan fisik seperti teknik pernapasan dalam dan memukul bantal sebagai bentuk penyaluran amarah.
- (5) Mengajukan pertanyaan kepada klien mengenai perasaannya setelah melakukan latihan tersebut.
- (6) Memasukkan latihan fisik (pernapasan dalam dan memukul bantal) ke dalam jadwal kegiatan harian klien.

b) Strategi Pelaksanaan 2: Latihan Kepatuhan dalam Mengonsumsi Obat

- (1) Menilai kembali tanda dan gejala perilaku kekerasan yang masih ada.
- (2) Mengonfirmasi kemampuan klien dalam melakukan teknik pernapasan dalam dan memukul kasur/bantal, menanyakan manfaat yang dirasakan, serta memberikan apresiasi.
- (3) Melatih klien dalam mengontrol perilaku kekerasan melalui kepatuhan minum obat, dengan penjelasan prinsip 6 benar (benar nama, jenis, dosis, waktu, cara, dan kesinambungan terapi), serta akibat bila tidak disiplin mengonsumsi obat.
- (4) Menanyakan perasaan klien setelah menjalani aktivitas tersebut.

- (5) Memasukkan aktivitas fisik dan minum obat ke dalam agenda kegiatan sehari-hari klien.

c) Strategi Pelaksanaan 3: Latihan Keterampilan Sosial/Verbal

- (1) Mengevaluasi kembali tanda dan gejala perilaku kekerasan yang muncul.
- (2) Memverifikasi kemampuan klien dalam melakukan latihan fisik dan kepatuhan minum obat, menanyakan manfaat yang dirasakan, lalu memberikan pujian.
- (3) Memberikan edukasi dan pelatihan kepada klien dalam mengontrol kemarahan secara verbal, mencakup tiga keterampilan komunikasi: menyampaikan perasaan, mengajukan permintaan, dan menolak dengan cara yang tepat.
- (4) Memberikan penghargaan atau pujian atas keberhasilan klien dalam melakukan latihan.
- (5) Menggali perasaan klien setelah melaksanakan aktivitas tersebut.
- (6) Menambahkan latihan fisik, minum obat, dan latihan keterampilan verbal dalam jadwal harian klien.

d) Strategi Pelaksanaan 4: Latihan Pendekatan Spiritual

- (1) Meninjau kembali gejala dan tanda-tanda perilaku kekerasan.
- (2) Memastikan kemampuan klien dalam menjalankan latihan fisik, minum obat dengan benar dan konsisten, serta komunikasi verbal yang baik, menanyakan manfaatnya, dan memberikan apresiasi.
- (3) Memberikan edukasi dan pelatihan tentang cara mengelola amarah melalui kegiatan spiritual, minimal dua bentuk kegiatan.

- (4) Memberikan pujian setelah klien berhasil melaksanakan aktivitas spiritual tersebut.
- (5) Menanyakan perasaan klien setelah menjalankan latihan.
- (6) Memasukkan ke dalam jadwal harian seluruh komponen latihan: fisik, pengobatan, komunikasi verbal, dan kegiatan spiritual.

4) Strategi Pelaksanaan Pada Keluarga

a) Tujuan :

- (1) Keluarga dapat memahami masalah yang berkaitan dengan risiko terjadinya perilaku kekerasan.
- (2) Keluarga memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan dalam memberikan perawatan kepada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
- (3) Keluarga mampu melakukan perawatan terhadap pasien yang berisiko melakukan kekerasan.
- (4) Keluarga mampu menyesuaikan lingkungan agar kondusif sehingga pasien dapat mengendalikan perilaku kekerasannya dan stresor yang memicunya dapat diminimalkan.
- (5) Keluarga mampu mengenali tanda dan gejala awal kekambuhan dan segera membawa pasien ke fasilitas layanan kesehatan.

b) Tindakan

- (1) Melibatkan keluarga dalam diskusi mengenai pengertian, ciri-ciri, serta mekanisme munculnya perilaku kekerasan maupun risikonya.
- (2) Memberikan edukasi kepada keluarga terkait definisi, tanda-tanda, dan proses timbulnya risiko atau perilaku kekerasan.
- (3) Melatih anggota keluarga dalam keterampilan merawat pasien dengan risiko kekerasan.

- (4) Memberikan pendampingan kepada keluarga saat merawat pasien yang berisiko melakukan kekerasan.
- (5) Melatih keluarga dalam menciptakan suasana rumah dan lingkungan yang mendukung pasien agar mampu mengelola emosinya.
- (6) Mengajak keluarga berdiskusi mengenai gejala kekambuhan yang perlu segera ditangani di fasilitas kesehatan.
- (7) Menganjurkan keluarga untuk melakukan kontrol atau tindak lanjut secara berkala ke layanan kesehatan.

c) Strategi Pelaksanaan Pada Keluarga

(1) Strategi Pelaksanaan 1: Perawatan Pasien dan Latihan Fisik Pertama

- (a) Ajak keluarga berdiskusi tentang tantangan yang mereka hadapi saat merawat pasien.
- (b) Berikan penjelasan mengenai definisi, gejala, dan proses munculnya perilaku kekerasan dengan bantuan media edukatif (misalnya booklet).
- (c) Jelaskan langkah-langkah merawat pasien dengan kecenderungan kekerasan.
- (d) Latih keluarga dalam memberikan intervensi fisik tahap 1 dan 2 pada pasien.
- (e) Anjurkan keluarga untuk mendampingi pasien menjalankan jadwal kegiatan serta berikan pujian atas dukungan yang diberikan.

(2) Strategi Pelaksanaan 2: Latihan Memberikan Obat

- (a) Tinjau kembali sejauh mana keluarga mampu mengenali gejala kekerasan pada pasien.
- (b) Validasi keterampilan keluarga dalam melakukan latihan fisik bersama pasien, dan beri pujian atas keterlibatan mereka.

- (c) Berikan edukasi mengenai prinsip 6 benar dalam pemberian obat (benar nama, jenis, dosis, waktu, cara, dan dokumentasi).
 - (d) Anjurkan keluarga untuk membantu pasien menjalankan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
- (3) Strategi Pelaksanaan 3: Latihan Pendekatan Sosial atau Verbal
- (a) Evaluasi kemampuan keluarga dalam mengenali tanda-tanda kekerasan pada pasien.
 - (b) Pastikan keluarga mampu memberikan perawatan fisik dan obat dengan benar, serta apresiasi keterlibatan mereka.
 - (c) Jelaskan dan latih cara pengendalian amarah melalui komunikasi sosial/verbal, seperti mengungkapkan perasaan, meminta, dan menolak dengan cara yang sesuai.
 - (d) Dorong keluarga untuk membantu pasien dalam menjalani aktivitas terjadwal serta berikan pujian atas dukungannya.
- (4) Strategi Pelaksanaan 4: Latihan Pendekatan Spiritual
- (a) Evaluasi kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi gejala kekerasan pada pasien.
 - (b) Validasi kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan fisik, pengobatan, serta latihan komunikasi sosial/verbal, kemudian berikan pujian.
 - (c) Jelaskan dan latih keluarga tentang cara pengelolaan kemarahan pasien melalui pendekatan spiritual (minimal dua bentuk kegiatan), sertakan penjelasan

mengenai pentingnya follow-up, deteksi gejala kekambuhan, dan hambatan yang mungkin dihadapi.

- (d) Berikan informasi tentang cara menangani pasien yang sudah menunjukkan perilaku merusak, termasuk pelatihan teknik pengekangan dan alur rujukan ke fasilitas kesehatan.
- (e) Dorong keluarga untuk terus mendampingi pasien dalam melaksanakan kegiatan secara rutin dan berikan apresiasi atas dukungan mereka.

e. Diagnosa keperawatan : Defisit Perawatan Diri

Strategi pelaksanaan pada pasien²⁴

1) Tujuan :

- a) Klien dapat membangun hubungan saling percaya dengan perawat.
- b) Klien menyadari adanya gangguan dalam kemampuan merawat diri sendiri.
- c) Klien mampu menjaga kebersihan pribadi secara mandiri.

2) Tindakan :

- a) Membangun hubungan yang didasari rasa saling percaya antara perawat dan klien.
- b) Membantu klien dalam mengenali perilaku kurangnya perawatan diri yang dialami.
- c) Melatih klien untuk menjaga kebersihan pribadi dengan benar.

3) Strategi Pelaksanaan Tindakan pada Pasien :

a) Strategi Pelaksanaan 1: Mandi

- (1) Jalin hubungan saling percaya dengan klien.
- (2) Bantu klien mengenali pentingnya menjaga kebersihan diri.
- (3) Latih klien mandi secara teratur untuk menjaga kebersihan tubuh.
- (4) Ajarkan juga keterampilan berpakaian jika dibutuhkan.
- (5) Jadwalkan kegiatan ini dalam rutinitas harian klien.

b) Strategi Pelaksanaan 2: Berhias

- (1) Tinjau kebersihan diri klien sebelumnya.
- (2) Konfirmasi kemampuan klien dalam mandi, dan berikan apresiasi.
- (3) Latih klien menjaga kebersihan melalui kegiatan berpakaian dan merawat penampilan.
- (4) Tambahkan dalam agenda harian untuk dilatih secara rutin.

c) Strategi Pelaksanaan 3: Makan dan Minum

- (1) Lakukan evaluasi kebersihan diri yang telah dilakukan sebelumnya.
- (2) Validasi kemampuan klien dalam berpakaian dan berhias, serta berikan pujian.
- (3) Latih klien menjaga kebersihan saat mengonsumsi makanan dan minuman.
- (4) Sertakan latihan ini dalam jadwal kegiatan harian.

d) Strategi 4: BAB dan BAK

- (1) Evaluasi kembali kebersihan diri klien sebelumnya.
- (2) Validasi keterampilan klien dalam menjaga kebersihan saat makan dan minum, dan berikan pujian.
- (3) Latih cara menjaga kebersihan dalam aktivitas buang air besar dan kecil dengan benar.
- (4) Jadikan bagian dari kegiatan harian yang dilatih secara konsisten.

4) Strategi Pelaksanaan Pada Keluarga

a) Tujuan

- (1) Keluarga dapat mengenali masalah kebersihan diri yang dialami oleh pasien.
- (2) Keluarga mampu memutuskan untuk memberikan perawatan pada pasien yang mengalami defisit kebersihan diri.

- (3) Keluarga memiliki kemampuan untuk merawat pasien dengan mendampingi dan mengajarkan kebersihan diri.
- (4) Keluarga dapat menciptakan lingkungan yang mendukung agar pasien mampu menjaga kebersihan diri.
- (5) Keluarga dapat mengenali tanda-tanda kekambuhan dan melakukan pencarian bantuan ke layanan kesehatan.

b) Tindakan

- (1) Melakukan diskusi bersama keluarga mengenai kendala dalam merawat pasien.
- (2) Memberikan penjelasan mengenai pengertian, tanda, gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri.
- (3) Melatih keluarga agar mampu merawat pasien dengan defisit kebersihan diri.
- (4) Membimbing keluarga dalam merawat pasien secara langsung.
- (5) Membahas bersama keluarga tentang gejala kekambuhan yang membutuhkan rujukan ke fasilitas layanan kesehatan.
- (6) Menganjurkan keluarga melakukan kontrol rutin ke fasilitas kesehatan.

c) Strategi Pelaksanaan Pada Keluarga

(1) Strategi Pelaksanaan 1:

- (a) Diskusikan dengan keluarga tentang tantangan dalam merawat pasien.
- (b) Jelaskan pengertian, ciri, dan proses defisit perawatan diri.
- (c) Beri kesempatan kepada keluarga untuk mengambil keputusan perawatan pasien.
- (d) Edukasi tentang cara merawat pasien yang mengalami gangguan perawatan diri.
- (e) Anjurkan keluarga untuk mendampingi pasien mengikuti jadwal dan berikan penghargaan atas peran mereka.

(2) Strategi Pelaksanaan 2

- (a) Tinjau sejauh mana keluarga mampu mengenali gejala defisit perawatan diri pada pasien.
- (b) Validasi keterampilan keluarga dalam melatih kebersihan diri pasien.
- (c) Anjurkan untuk mendampingi pasien menjalani latihan sesuai jadwal harian.

(3) Strategi Pelaksanaan 3

- (a) Evaluasi pemahaman keluarga tentang tanda-tanda defisit perawatan diri.
- (b) Jelaskan bagaimana cara melatih pasien dalam menjaga kebersihan pribadi.
- (c) Jelaskan pula cara mendampingi pasien saat melakukan kegiatan perawatan diri.
- (d) Anjurkan pendampingan sesuai jadwal, dan berikan pujian atas dukungan keluarga.

(4) Strategi Pelaksanaan 4

- (a) Tinjau sejauh mana keluarga memahami gejala defisit perawatan diri.
- (b) Validasi keterampilan keluarga dalam merawat dan melatih pasien.
- (c) Berikan penjelasan terkait tindak lanjut ke fasilitas kesehatan, tanda-tanda kekambuhan, dan prosedur rujukan.
- (d) Anjurkan keterlibatan aktif keluarga dalam mendampingi pasien sesuai jadwal, serta apresiasi peran mereka.

5. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan intervensi yang telah dirumuskan dalam rencana asuhan keperawatan jiwa. Tujuannya adalah untuk mencapai hasil yang diharapkan, yang sangat dipengaruhi oleh tingkat partisipasi

pasien dalam setiap tindakan. Dalam pelaksanaannya, perawat perlu melakukan validasi singkat sebelum tindakan diberikan, guna memastikan bahwa intervensi tersebut masih relevan dan dibutuhkan oleh pasien pada saat itu. Seluruh tindakan yang telah dilakukan, termasuk respons pasien, harus didokumentasikan secara sistematis untuk menjamin kontinuitas dan keamanan pelayanan²¹.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efektivitas tindakan keperawatan terhadap kondisi pasien. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua bentuk, Evaluasi formatif (Proses) Dilakukan setiap kali selesai melaksanakan suatu tindakan keperawatan untuk menilai respon langsung pasien dan Evaluasi sumatif (Hasil) Dilakukan dengan cara membandingkan antara respons pasien dengan tujuan khusus maupun umum yang telah dirumuskan sebelumnya.

Evaluasi dapat disusun dengan pendekatan SOAP, sebagai berikut:

- a. **S:** Respons subjektif pasien terhadap intervensi keperawatan. Contoh: perawat menanyakan, “Bagaimana perasaan Ibu setelah latihan pernapasan dalam? dan pasien menjawab.
- b. **O:** Respons objektif yang diamati dari perilaku pasien selama dan setelah tindakan dilakukan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.
- c. **A:** Analisis terhadap data subjektif dan objektif, untuk menentukan apakah masalah masih ada, muncul masalah baru, atau terdapat kontraindikasi.
- d. **P:** erencanaan tindak lanjut, baik yang akan dilakukan oleh pasien maupun oleh perawat, berdasarkan hasil evaluasi²¹.

7. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi merupakan bagian integral dari proses keperawatan dan harus dilakukan pada setiap tahap. Dalam konteks keperawatan jiwa, dokumentasi meliputi, dokumentasi pengkajian, dokumentasi diagnosis keperawatan,

dokumentasi rencana tindakan keperawatan, dokumentasi implementasi, dokumentasi evaluasi hasil keperawatan. Dokumentasi yang akurat dan sistematis menjadi landasan penting dalam menjamin mutu pelayanan dan sebagai bukti hukum dalam praktik keperawatan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Desain yang di gunakan dalam penelitian ini adalah Deskriptif, yaitu berupa Asuhan Keperawatan pada klien dengan bentuk rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus yang mencakup pengkajian, menegakkan diagnosa, merumuskan intervensi, melakukan implementasi sesuai intervensi serta evaluasi dari implementasi dari asuhan keperawatan.²⁵ Penelitian ini mendeskripsikan atau menggambarkan bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof. HB. Saanin Padang. Waktu penelitian dilakukan mulai dari bulan November tahun 2024 sampai bulan Juni tahun 2025. Waktu pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof HB. Sa'anin Padang dilakukan mulai dari tanggal 10 Februari sampai 18 Februari 2025, telah dilakukan interaksi selama 8 hari.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam konteks penelitian merupakan keseluruhan subjek yang memiliki karakteristik tertentu yang relevan dengan masalah penelitian, baik berupa individu, kelompok, benda, atau entitas lain yang menjadi sumber data. Populasi juga dapat diartikan sebagai kumpulan orang atau makhluk hidup yang menempati ruang tertentu dan memenuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan oleh peneliti²⁵.

Adapun populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien dengan diagnosis Skizofrenia yang mengalami isolasi sosial dan dirawat di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Pada saat penelitian bulan

Februari didapatkan data dari perawat ruangan ada 5 orang klien dengan skizofrenia yang didiagnosa mengalami Isolasi Sosial dari 28 orang klien di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ. Prof. HB. Saanin Padang, lalu peneliti melanjutkan screening langsung untuk mendapatkan 1 sample penelitian.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih secara sistematis dan dianggap dapat mewakili karakteristik populasi secara keseluruhan. Dalam penelitian ini, penarikan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan pertimbangan tertentu yang ditetapkan oleh peneliti melalui kriteria inklusi dan eksklusi.

Sampel dalam penelitian ini adalah satu orang klien dengan gangguan isolasi sosial yang dirawat di Ruang Cendrawasih RSJ Prof. HB. Saanin Padang. Pemilihan klien didasarkan pada kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi

- 1) Klien menyatakan kesediaan untuk menjadi partisipan dalam penelitian.
- 2) Klien dengan skizofrenia yang mengalami isolasi sosial
- 3) Klien mampu berkomunikasi verbal secara kooperatif.

2. Kriteria eksklusi

- 1) Klien dengan gangguan jiwa berat yang disertai disabilitas fisik yang dapat menghambat jalannya proses penelitian.
- 2) Klien yang tidak bersedia menjadi responden
- 3) Klien yang mengalami gangguan pendengaran atau tidak dapat berbicara.

Dari 5 orang klien yang mengalami isolasi sosial, dilakukan seleksi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, dan ditemukan 2 individu yang memenuhi kriteria tersebut. Selanjutnya, penentuan sampel dilakukan menggunakan teknik *simple random sampling*, yaitu dengan metode undian dengan cara lempar koin. Melalui proses ini, diperoleh satu orang sebagai sampel utama untuk penelitian dan satu orang lagi sebagai sampel cadangan

yang akan digunakan apabila terjadi kendala pada sampel utama selama proses penelitian berlangsung.

D. Instrumen Pengumpulan Data

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah format tahapan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Instrumen lain yang digunakan berupa format screening, format dokumentasi asuhan keperawatan dan alat pemeriksaan fisik atau TTV.

1. Format Pengkajian Keperawatan Jiwa, meliputi identitas klien, alasan perawatan, faktor predisposisi dan presipitasi, pemeriksaan fisik dan psikososial, genogram, status mental, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan, tingkat pengetahuan, aspek medis, serta pohon masalah.
2. Format Diagnosis keperawatan berisi data subjektif dan objektif yang digunakan untuk menetapkan diagnosis keperawatan yang relevan dengan kondisi pasien.
3. Format Rencana keperawatan memuat diagnosis keperawatan, tujuan asuhan, kriteria hasil yang ingin dicapai, serta intervensi keperawatan yang dirancang secara sistematis.
4. Format Implementasi keperawatan terdiri dari hari dan tanggal pelaksanaan, diagnosis keperawatan yang sedang diintervensi, tindakan keperawatan yang dilakukan, serta paraf dari pelaksana tindakan.
5. Format Evaluasi keperawatan terdiri dari hari dan tanggal evaluasi, diagnosis keperawatan yang dievaluasi, hasil evaluasi berdasarkan respons pasien, dan paraf perawat yang melakukan evaluasi.

E. Jenis dan Teknik pengumpulan data

1. Jenis Data

a. Data primer

Data primer merupakan informasi yang diperoleh secara langsung oleh peneliti dari subjek penelitian. Dalam penelitian ini, data primer

dikumpulkan melalui wawancara langsung dengan klien yang mengalami isolasi sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof. HB. Saanin Padang pada tahun 2025. Informasi yang diperoleh kemudian dicatat dalam format dokumentasi asuhan keperawatan jiwa, yang mencakup data pengkajian terkait kondisi isolasi sosial pada klien.

b. Data sekunder

adalah informasi yang tidak dikumpulkan secara langsung dari responden, tetapi diperoleh dari sumber lain yang relevan, seperti dokumentasi medis pasien dengan gangguan isolasi sosial yang dirawat di ruang Cendrawasih RSJ Prof. HB. Saanin Padang, serta data tambahan dari tenaga keperawatan dan anggota keluarga pasien.

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini mencakup wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan telaah dokumen penunjang. Data dikumpulkan dari berbagai sumber, yaitu klien, keluarga, petugas kesehatan, dan catatan medis.

Metode pengumpulan data meliputi²⁶:

a. Observasi

Teknik ini dilakukan dengan mengamati secara langsung perilaku dan kondisi responden untuk mengidentifikasi gejala atau perubahan yang relevan dengan masalah penelitian. Observasi digunakan khususnya untuk menilai aspek perilaku dan respons emosional yang tidak selalu dapat dijelaskan secara verbal oleh pasien.

b. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan secara lisan kepada responden. Wawancara dilakukan secara langsung (tatap muka) untuk memperoleh data subjektif dari pasien mengenai perasaan, pengalaman, dan persepsi terhadap kondisi yang dialami.

c. Pengukuran

Metode ini digunakan untuk mengumpulkan data objektif melalui alat ukur tertentu, seperti pengukuran tekanan darah dengan tensimeter atau berat badan dengan timbangan, sesuai dengan kebutuhan pengkajian fisik pasien.

d. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan dengan menelaah dan menyalin data yang telah tersedia dalam dokumen resmi, seperti rekam medis pasien, buku status, serta catatan lain yang relevan dengan kondisi pasien.

F. Prosedur Penelitian

Prosedur pelaksanaan penelitian dilakukan secara bertahap untuk memastikan legalitas dan kelancaran proses pengumpulan data. Tahapan prosedur penelitian meliputi:

1. Mengajukan permohonan izin penelitian kepada institusi asal peneliti, yaitu Kementerian Kesehatan Poltekkes Padang.
2. Meminta surat rekomendasi penelitian ke RSJ Prof. HB. Saanin Padang.
3. Mengajukan surat izin penelitian kepada Direktur RSJ Prof. HB. Saanin Padang.
4. Mengajukan izin lanjutan kepada Kepala Bidang Keperawatan RSJ Prof. HB. Saanin Padang.
5. Mengajukan permohonan izin ke Kepala Ruang Rawat Inap RSJ Prof. HB. Saanin Padang untuk mendapatkan akses data ruangan dan izin dalam pelaksanaan penelitian.
6. Meminta izin kepada Kepala Ruang Cendrawasih RSJ Prof. HB. Saanin Padang sebagai lokasi pelaksanaan penelitian.
7. Peneliti mencatat jumlah pasien yang didiagnosis mengalami isolasi sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof. HB. Saanin Padang, didapatkan data dari perawat ruangan jumlah pasien dengan isolasi sosial yaitu 5 orang, maka peneliti menetapkan populasi sebanyak 5 orang.
8. Selanjutnya ditentukan sample berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi dan didapatkan 2 orang sample yang memenuhi kriteria.

9. Pengambilan sample dilakukan dengan cara teknik *Simple Random Sampling* yaitu dengan lempar koin, dan didapatkan 1 sample utama dan 1 sample cadangan.
10. Mendekati klien terpilih dan memberikan penjelasan terkait tujuan dan prosedur penelitian.
11. Menyerahkan dan menjelaskan formulir *informed consent* kepada responden.
12. Setelah persetujuan tertulis diperoleh dari responden, peneliti menjadwalkan pelaksanaan proses asuhan keperawatan sesuai dengan kesepakatan waktu bersama klien yaitu 8 hari. Kemudian peneliti pamit kepada pasien dan perawat ruangan serta kepala ruangan karena telah selesai melakukan penelitian di Rumah sakit Jiwa Prof.HB.Saanin Padang.

G. Analisis Data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu menganalisis semua data yang ditemukan saat pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan, lalu dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat dirumuskan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien kemudian menyusun rencana keperawatan, melakukan implementasi keperawatan serta mengevaluasi hasil tindakan, kemudian asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada klien yang dijadikan sample penelitian dibandingkan apakah ada kesesuaian antara teori, hasil penelitian terdahulu dengan kondisi klien.

BAB IV

DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Kasus

Deskripsi kasus ini menyajikan ringkasan pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap klien dengan masalah isolasi sosial yang dilakukan di Ruang Rawat Cendrawasih, Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Pelaksanaan asuhan keperawatan berlangsung selama periode 10 hingga 18 Februari 2025.

Rangkaian asuhan keperawatan yang diberikan mencakup seluruh tahapan proses keperawatan, yaitu: pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, penyusunan rencana intervensi, pelaksanaan intervensi (implementasi), serta evaluasi terhadap respons klien. Seluruh proses dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan dengan fokus pada upaya meningkatkan kemampuan sosial klien serta mendorong keterlibatan aktif dalam interaksi sosial di lingkungan perawatan.

1. Pengkajian keperawatan

a. Identitas klien

Dari buku rekam medik didapatkan data klien bernama Tn.S berjenis kelamin laki-laki yang berumur 26 tahun dengan nomor rekam medik 052629, klien lahir pada tanggal 15 April 1998, klien beragama islam, pendidikan terakhir klien SMA, klien belum menikah. Klien tinggal di Tuik Koto Gunung Batang Kapas Pesisir Selatan, hasil pengkajian klien mengatakan dibawa ibunya untuk berobat ke Rumah Sakit di Kota Padang.

b. Alasan masuk

Klien masuk RSJ Prof. HB. Saanin Padang melalui IGD dan di pindahkan ke ruang rawat Cendrawasih RSJ Prof. HB. Saanin Padang pada tanggal 31 Januari 2025. Klien dibawa oleh ibunya untuk pertama kalinya dengan keluhan klien sakit sejak awal tahun 2024, penyebab awal karena merantau ke Pulau Jawa, dengan gejala awal klien banyak diam, menyendiri, merasa takut dengan lingkungan sekitar, melihat-lihat kearah tertentu, klien berobat ke RSUD BKM Pessel 3 minggu sebelum masuk RS, tidak mau

minum obat dirumah, klien putus obat 2 minggu ini, seminggu pasien gelisah dan seminggu setelah itu pasien tidak mau bicara dengan keluarga dirumah.

c. Keluhan Utama

Klien tidak keluar kamar, dikamar pasien kadang menangis, cenderung mengikuti kemauan sendiri, kadang marah jika dipaksa untuk bicara, pernah bertengkar dengan adiknya karena HPnya dipinjam dan rusak sehingga klien memukul adiknya dengan parang, berkata kasar dan kotor, meninju dinding rumah karena merasa orang dirumahnya berisik, mengatakan melihat bayangan hantu, dirumah klien jarang berjalan keluar, pernah jalan keluar tapi tidak tau arah pulang, klien merasa curiga dijahati dan dibicarakan orang lain, tidak ingat untuk makan dan mandi, tidur malam kurang banyak termenung, kontak mata tidak ada, klien terlihat seperti orang tidak punya semangat hidup. Klien tidak mempunyai riwayat Napza, pasung tidak ada, merokok 2 batang sehari bisa lebih, minum kopi sesekali.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 10 Februari 2025 Tn.S tampak menarik diri, menolak berinteraksi dengan alasan ingin tidur, serta tidak ada kontak mata saat diajak berbicara, sering menunduk, suara lambat dengan volume kecil, klien banyak diam dan bermenung, klien tidak mempunyai teman, klien memiliki afek yang membosankan, klien tampak tidak bertenaga, ekspresi klien datar, perilaku klien yang lebih banyak diam.

d. Faktor Predisposisi

1) Gangguan Jiwa dimasa lalu

Data yang didapatkan pada buku rekam medik klien sebelumnya berobat di RSUD BKM Pessel dan baru pertama kali dirawat di RSJ Prof.HB.Sa'anin Padang.

2) Pengobatan Sebelumnya

Data yang didapatkan pada buku rekam medik klien sebelumnya tidak mau minum obat dirumah dan putus obat sudah sejak 2 minggu sebelum di rawat, sehingga pengobatan sebelumnya pada klien tidak berhasil.

3) Trauma dan Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

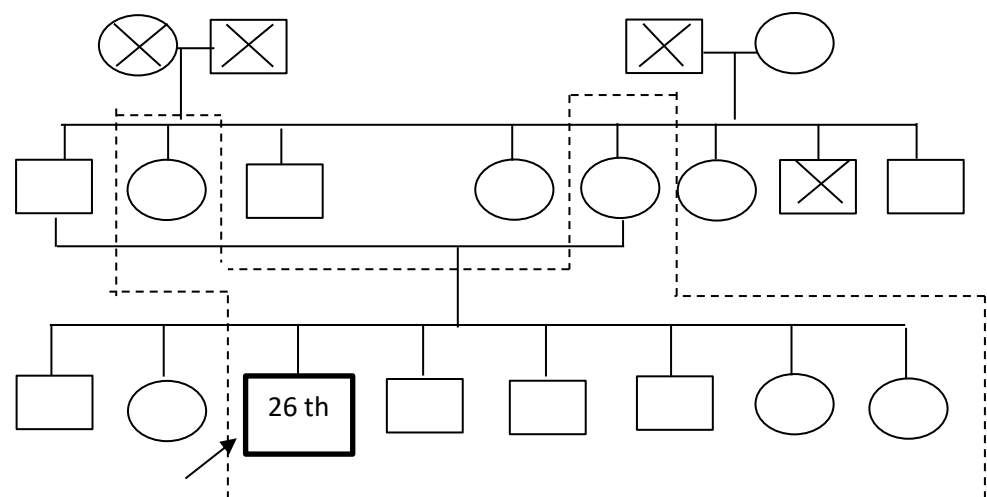
Pada hari ketiga saat berbincang dengan klien, klien mengaku stress dan bingung dengan hidupnya di rantau, sangat sulit untuk mendapatkan uang, terlebih keluarga di rantau tidak terlalu memperhatikannya. Klien mengatakan pernah mengalami masa lalu yang tidak menyenangkan, pernah ditolak seseorang dengan alasan wajahnya yang tidak tampan dan tidak punya uang.

e. Pemeriksaan fisik






Hasil pemeriksaan fisik pada klien Tn. S menunjukkan tanda-tanda vital dalam batas normal, dengan tekanan darah 120/100 mmHg, frekuensi nadi 80 kali/menit, frekuensi napas 18 kali/menit, dan suhu tubuh 36,7°C. Pengukuran antropometri menunjukkan tinggi badan klien adalah 157 cm dengan berat badan 45 kg dan IMT (Indeks Masa Tubuh) Tn.S yaitu 18.29 kg/m³, selanjutnya untuk keluhan fisik Tn.S mengatakan sering merasa letih dan sakit kepala.

f. Psikososial

1) Genogram



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Pasien
-  : Tinggal satu rumah
-  : Meninggal

Berdasarkan informasi dari buku rekam medis, klien Tn. S merupakan anak ketiga dari delapan bersaudara. Ia memiliki dua kakak (satu laki-laki dan satu perempuan) serta lima adik, yang terdiri dari tiga laki-laki dan dua perempuan. Klien saat ini tinggal bersama kedua orang tua dan salah satu adiknya yang masih bersekolah. Tidak ditemukan riwayat gangguan jiwa pada anggota keluarga lainnya selain klien.

2) Konsep Diri

Konsep diri mencakup lima komponen utama, yaitu citra tubuh, identitas diri, peran diri, ideal diri, dan harga diri. Pada aspek citra tubuh, klien menyatakan bahwa ia menyukai seluruh anggota tubuhnya karena masih lengkap dan berfungsi dengan baik. Identitas diri Tn.S merupakan seorang anak sekaligus kakak dan adik di keluarganya. Peran diri Tn.S mengatakan perannya sebagai anak belum bisa membahagiakan orang tuanya. Dalam hal ideal diri, klien menyampaikan keinginan untuk segera sembuh dari penyakitnya agar dapat kembali pulang ke rumah secepat mungkin dan bekerja lagi. Harga diri, Tn.S mengatakan ia merasa malu karena sakit yang dialaminya.

3) Hubungan Sosial

Hubungan sosial terdiri atas tiga aspek, yakni keberadaan orang terdekat, partisipasi dalam kelompok masyarakat, serta hambatan dalam menjalin hubungan sosial. Ketika ditanyakan mengenai orang

terdekat, Tn. S menyebutkan adik kedualah yang paling dekat dengannya. Dalam aspek partisipasi sosial, klien mengaku tidak terlibat dalam kegiatan masyarakat di lingkungannya. Terkait hambatan dalam bersosialisasi, klien mengalami kesulitan dalam menjalin interaksi sosial dengan orang lain, dari hasil pengkajian Tn.S tidak mempunyai teman di rumah sakit. Klien tampak sering menyendiri, sering tidur, tidak mau berbicara jika tidak ada stimulus yang kuat, kontak mata klien tidak ada, ekspresi wajah klien tidak berseri, datar dan dangkal, klien asik dengan pikirannya sendiri, klien tampak kurang energy atau tenaga.

4) Spiritual

Nilai dan keyakinan klien yang didapatkan pada rekam medik klien beragama islam, percaya kepada Allah SWT dan klien mengetahui bahwa penyakit yang dideritanya merupakan ujian dari Allah SWT. Dalam kegiatan ibadah, saat ditanya apakah klien melaksanakan sholat 5 waktu atau tidak pasien mengatakan tidak pernah.

g. Status mental

Penampilan Tn.S tampak kurang rapi dari segi pemakaian bedak yang tidak rata dan pemasangan baju yang terbalik, dan klien mengatakan tidak mandi kemarin sore, kuku panjang dan rambut rapi setelah dipotong perawat ruangan. Sedangkan dari segi pembicaraan, Tn.S saat dikaji cukup kooperatif, klien tampak sering menunduk, kontak mata tidak ada, klien tidak mampu memulai pembicaraan, klien banyak diam, klien berbicara lambat dengan volume kecil. Kemudian pada aktivitas motorik Tn.S tampak lesu tidak ada semangat, dan banyak diam. Alam perasaan, Tn.S tampak merasa sedih karena dibawa ke Rumah Sakit Jiwa. Untuk efek Tn.S mempunyai afek tumpul hanya mau bereaksi apabila diberi stimulus yang kuat. Sedangkan persepsi Tn.S mengatakan ia melihat bayangan hantu tidak berwujud memanggil namanya. Proses pikir, Tn.S pada saat berinteraksi klien sering diam dan terhenti sejenak lalu dilanjutkan

kembali apabila diberi pertanyaan ulang.. Isi pikir Tn.S memiliki perasaan curiga orang lain tidak suka pada dirinya. Tingkat kesadaran Tn.S tampak bingung, namun ia mengetahui dimana ia berada saat sekarang ini. Tn.S tidak memiliki masalah dalam ingatan jangka pendek maupun jangka panjang. Tingkat konsentrasi dan berhitung, Tn.S kurang konsentrasi dalam berinteraksi dan mudah teralihkan, klien tampak memantau jika ada orang lain yang mendengar selain perawat yang bertanya, klien akan kembali diam jika ada teman ruangan yang ikut duduk saat berbincang dengan perawat, tingkat berhitung dalam hitungan maju, klien tampak bisa tapi dalam berhitung mundur klien dari angka 18 melompati angka 17 dan langsung ke 16. Kemampuan penilaian, Tn.S mampu melakukan penilaian yang sederhana seperti cuci tangan dahulu sebelum makan. Daya Tilik, Tn.S menyadari karena penyakitnyalah ia di bawa ke Rumah Sakit Jiwa.

h. Kebutuhan persiapan pulang

Pada kebutuhan makan, klien makan 3 kali/hari dengan menghabiskan makanan yang disediakan. Klien makan dengan tenang dan tidak mengganggu teman-temannya, klien makan sambal bermenung. Setelah makan klien mampu meletakkan tempat makannya ditempat yang dianjurkan kemudian cuci tangan. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan. Pada kebutuhan BAB/BAK, klien mampu BAB/BAK secara mandiri ke kamar mandi yang ada diruangan. Pada kebutuhan mandi, klien mengatakan mandi 1x/hari secara mandiri tapi kadang pasien tidak mandi karna malas dan menggosok gigi secara mandiri. Pada kebutuhan berhias/berpakaian, klien kurang rapi karena memakai bedak tidak rata, bedak yang dipakai klien adalah bedak untuk sehabis potong rambut diruangan dan pemasangan baju klien sering terbalik. Pada kebutuhan istirahat dan tidur, klien sering tidur setelah kegiatan olahraga dan penyuluhan pagi, kemudian setelah makan siang klien kembali tidur dan hanya bangun untuk minum, ke kamar mandi dan di panggil oleh perawat ruangan. Klien mengatakan bahwa di malam hari ia sering tidur jam 21.00 wib atau bisa lewat dan bangun pagi jam 06.00

wib, klien bisa melihat jam yang ada diruangan. Pada pemeliharaan kesehatan saat ditanya klien mengatakan bahwa apabila ia diperbolehkan pulang ia akan minum obat secara teratur dan apabila obatnya habis ia akan pergi ke RS/ Puskesmas. Klien juga mengatakan bahwa saat ia pulang ia akan membantu orang tuanya dirumah.

i. Mekanisme koping

Klien menunjukkan mekanisme koping yang maladaptif, ditandai dengan kecenderungan untuk mengisolasi diri, lebih memilih tidur dari pada berinteraksi sosial, berbicara dengan lambat dan volume kecil, serta mengungkapkan bahwa ketika menghadapi masalah, klien cenderung memendamnya sendiri dan memilih untuk diam.

j. Persepsi

Klien mengatakan bahwa saat ia melamun dan menyendiri klien sering melihat bayangan putih mengajak bermain. Klien mengatakan apabila ia melihat bayang tersebut ia merasa gelisah dan cemas namun tidak dapat melakukan apa-apa. Klien mengatakan bahwa ia berhenti melihat bayangan itu apabila ada orang lain dan berada didekat banyak orang namun klien takut mengganggu dan ditolak oleh orang lain.

k. Aspek medik

Klien didiagnosa skizofrenia. Pada saat ini klien minum obat secara teratur karena diawasi oleh perawat ruangan. Terapi obat yang didapatkan klien yaitu Risperidon 2x2 mg sesudah makan 2x sehari, Lorazepam 1x0,5 mg diminum malam hari 1x sehari.

2. Diagnosa keperawatan

Beberapa masalah keperawatan yang dapat timbul pada klien dengan isolasi sosial meliputi:

- a. Halusinasi sebagai dampak (*Effect*)
- b. Isolasi Sosial sebagai masalah inti (*Core Problem*)

- c. Harga Diri Rendah sebagai penyebab (*Causa*)
- d. Resiko Perilaku Kekerasan (*Effect*)
- e. Deficit Perawatan Diri (*Effect*)

Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial pada klien ditandai dengan perilaku menarik diri, menolak berinteraksi dengan alasan ingin tidur, sertatidak ada kontak mata, sering menunduk, suara lambat dengan volume kecil, klien banyak diam, klien tidak mempunyai teman, klien memiliki afek yang membosankan, klien tampak tidak ber energy/tenaga, ekspresi klien datar dan dangkal.

Diagnosa Keperawatan Halusinasi pada klien ditandai dengan klien yang mengatakan melihat bayangan putih, klien mengatakan bayangan tersebut sebesar dirinya, klien mengatakan melihat bayangan tersebut saat ia melamun dan menyendiri, klien mengatakan apabila ia melihat bayang tersebut ia merasa gelisah dan cemas namun tidak dapat melakukan apa-apa.

Diagnosa Keperawatan Harga diri rendah pada klien ditunjukan melalui perilaku klien yang lebih banyak diam, merasa tidak percaya diri serta malu untuk berinteraksi dengan orang lain, dan cenderung menundukkan kepala saat berkomunikasi, klien merasa dirinya tidak berguna bagi orang sekitar terutama bagi keluarga klien karena tidak dapat membantu perekonomian keluarga.

Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan klien mengatakan bahwa pernah bertengkar dengan adiknya dan memukul adiknya dengan parang, klien pernah marah-marah karna merasa orang dirumahnya berisik klien juga merasa curiga kepada orang lain karena merasa dibicarakan orang lain, klien tampak gelisah dan cemas.

Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri klien mengatakan mandi hanya 1 kali sehari kadang tidak mandi, kuku klien panjnag, klien memakai

baju terbalik,bedak yang digunakan untuk sehabis potong rambut dipakai klien ke wajahnya, klien juga tidak menggunakan sandal.

3. Intervensi keperawatan

Tindakan keperawatan yang direncanakan mencakup penerapan prinsip BHBS, yaitu penggunaan komunikasi terapeutik yang efektif, menjaga konsistensi sikap, bersikap terbuka, menepati janji, serta menghindari pemberian kesan negatif kepada pasien. Selain itu, dilakukan observasi terhadap perilaku menarik diri pasien, pengkajian pengetahuan klien mengenai perilaku isolasi diri, dan diskusi terkait faktor penyebab klien mengisolasi diri. Pasien juga diberikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya, didorong untuk berbagi masalah yang dihadapi, serta didukung untuk bersikap jujur dan mampu menunjukkan identitas dirinya saat berinteraksi dengan orang lain. Intervensi ini juga mencakup pelibatan pasien dalam kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS).

Intervensi keperawatan pada pasien gangguan jiwa dapat dilakukan dengan strategi sebagai berikut.²⁴

a. Diagnosa keperawatan : Isolasi Sosial

1) Strategi Pelaksanaan Tindakan pada Pasien ada empat yaitu :

a) Strategi Pelaksanaan 1:

- (1) Menjalin hubungan terapeutik untuk menciptakan rasa saling percaya antara perawat dan pasien.
- (2) Membantu pasien memahami penyebab terjadinya isolasi sosial yang dialaminya.
- (3) Menggali persepsi pasien terkait keuntungan memiliki hubungan sosial dan dampak negatif dari tidak memiliki teman.
- (4) Melatih pasien untuk mulai bercakap-cakap secara bertahap, dimulai dengan perawat.
- (5) Mengintegrasikan latihan tersebut ke dalam jadwal aktivitas harian pasien.

b) Strategi pelaksanaan 2:

- (1) Memvalidasi kemampuan pasien dalam melakukan pengenalan dan memberikan reinforcement positif.
- (2) Melatih keterampilan komunikasi pasien dalam konteks aktivitas harian yang melibatkan interaksi dengan dua hingga tiga orang di ruang rawat.
- (3) Menggali perasaan pasien setelah melakukan interaksi sosial.
- (4) Menambahkan kegiatan ini dalam jadwal harian pasien.

c) Strategi Pelaksanaan 3:

- (1) Mengevaluasi serta memvalidasi kemampuan pasien dalam berkenalan dan berkomunikasi selama kegiatan harian, serta memberikan pujian atas keberhasilannya.
- (2) Melatih keterampilan berbicara dalam aktivitas harian dengan melibatkan empat hingga lima orang di ruang rawat.
- (3) Mengidentifikasi perasaan pasien setelah melakukan interaksi tersebut.
- (4) Memasukkan kegiatan dalam agenda harian pasien.

d) Strategi Pelaksanaan 4:

- (1) Memvalidasi kapasitas pasien dalam berkenalan dan berbicara dengan empat sampai lima individu, serta memberikan apresiasi.
- (2) Menggali respon emosional pasien setelah berpartisipasi dalam kegiatan.
- (3) Melatih keterampilan sosial dalam konteks kegiatan kelompok.
- (4) Menjadwalkan latihan tersebut dalam rutinitas harian pasien.

b. Diagnosa keperawatan : Halusinasi

1) Strategi Pelaksanaan Tindakan pada Pasien ada empat yaitu:

a) Strategi pelaksanaan 1:

- (1) Mengkaji tingkat kesadaran pasien terhadap halusinasi yang dialaminya, termasuk konten, frekuensi, waktu muncul,

pemicu, respons emosional, serta usaha pasien dalam mengendalikannya.

- (2) Memberikan edukasi terkait teknik pengendalian halusinasi, seperti dengan menghardik.
- (3) Mengintegrasikan latihan teknik menghardik dalam jadwal harian pasien.

b) Strategi pelaksanaan 2:

- (1) Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi serta mengonfirmasi kemampuan pasien dalam mengenali dan mengendalikan halusinasi menggunakan teknik menghardik, disertai pujian atas kemampuannya.
- (2) Menilai efektivitas penggunaan teknik menghardik dalam mengendalikan halusinasi.
- (3) Memberikan pelatihan pengendalian halusinasi dengan cara meningkatkan kepatuhan minum obat, serta menjelaskan pentingnya pengobatan, risiko bila tidak taat, prosedur perolehan obat, dan prinsip 6 benar pemberian obat (jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara, dan keberlanjutan).
- (4) Menambahkan aktivitas minum obat secara teratur ke dalam jadwal harian.

c) Strategi pelaksanaan 3 :

- (1) Melakukan penilaian ulang terhadap gejala halusinasi.
- (2) Memvalidasi kemampuan pasien dalam mengendalikan halusinasi dengan teknik menghardik dan kepatuhan terhadap pengobatan, serta memberikan penguatan positif.
- (3) Mengevaluasi manfaat dari penerapan kedua metode tersebut.
- (4) Melatih keterampilan berbicara dengan orang lain sebagai respons terhadap halusinasi.
- (5) Mencantumkan latihan ini dalam jadwal kegiatan pasien.

d) Strategi pelaksanaan 4:

- (1) Menilai kembali gejala halusinasi yang muncul.

- (2) Mengonfirmasi kemampuan pasien dalam mengendalikan halusinasi melalui teknik menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap dengan individu lain, serta memberikan pujian.
- (3) Mengevaluasi manfaat dari penerapan strategi-strategi tersebut.
- (4) Memberikan pelatihan keterampilan mengontrol halusinasi dengan melibatkan pasien dalam aktivitas harian membersihkan meja makan.
- (5) Menyesuaikan jadwal harian pasien agar mencakup latihan-latihan tersebut.

c. Diagnosa keperawatan : Harga Diri Rendah²⁴

1) Strategi Pelaksanaan Tindakan pada Pasien ada empat yaitu :

a) Strategi pelaksanaan 1:

- (1) Mengidentifikasi persepsi pasien terhadap diri sendiri serta dampaknya terhadap relasi sosial, harapan yang telah dan belum tercapai, serta usaha yang telah dilakukan dalam mencapai harapan tersebut.
- (2) Mengidentifikasi potensi dan kemampuan positif yang masih dimiliki pasien dengan membuat daftar aktivitas.
- (3) Membantu pasien dalam mengevaluasi dan memilih kegiatan yang masih dapat dilaksanakan dari daftar tersebut.
- (4) Menyusun daftar kegiatan yang sesuai untuk kondisi pasien saat ini, daftar keinginan yaitu menyapu, merapikan tempat tidur, mencuci gelas dan merapikan dan membersihkan meja makan.
- (5) Membimbing pasien dalam memilih salah satu kegiatan yang paling mungkin untuk dilatih.
- (6) Memberikan pelatihan pada kegiatan yang telah dipilih, yaitu merapikan tempat tidur

- (7) Menyusun jadwal latihan rutin dua kali sehari untuk kegiatan yang telah dilatih.

b) Strategi Pelaksanaan 2:

- (1) Mengevaluasi tanda harga diri rendah melalui validasi kemampuan pasien dalam menjalankan kegiatan pertama, serta memberikan reinforcement positif.
- (2) Menilai manfaat dari kegiatan pertama yang telah dilakukan.
- (3) Membantu pasien dalam memilih kegiatan kedua yang akan dilatih.
- (4) Melatih pasien dalam menjalankan kegiatan kedua yaitu menyapu sesuai dengan prosedur dan alat bantu yang dibutuhkan.
- (5) Menjadwalkan dua kegiatan tersebut untuk dilakukan masing-masing dua kali per hari.

c) Strategi pelaksanaan 3:

- (1) Mengevaluasi gejala harga diri rendah dengan memvalidasi kemampuan pasien dalam melaksanakan dua kegiatan sebelumnya, serta memberikan pujian.
- (2) Menilai manfaat yang diperoleh dari kedua kegiatan dan membantu pasien memilih kegiatan ketiga.
- (3) Memberikan pelatihan pada kegiatan ketiga yaitu mencuci gelas sesuai dengan cara dan alat yang digunakan.
- (4) Mengatur tiga kegiatan tersebut dalam jadwal latihan harian, masing-masing dilakukan dua kali per hari.

d) Strategi pelaksanaan 4:

- (1) Melakukan evaluasi lanjutan terhadap data terkait harga diri rendah.
- (2) Memvalidasi kemampuan pasien dalam melaksanakan tiga kegiatan sebelumnya dan memberikan pujian.
- (3) Menilai manfaat dari kegiatan keempat yang akan dilatih yaitu merapikan dan membersihkan meja makan, kemudian

memberikan pelatihan sesuai dengan alat dan cara yang diperlukan.

- (4) Menambahkan kegiatan keempat tersebut dalam jadwal latihan harian dengan frekuensi dua kali per hari untuk setiap kegiatan.

d. Diagnosa keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan²⁴

- 1) Strategi Pelaksanaan Tindakan pada Pasien ada empat yaitu:
 - a) Strategi Pelaksanaan 1: Latihan Pernapasan Dalam dan Memukul Kasur/Bantal
 - (1) Menggali penyebab serta mengenali tanda-tanda perilaku kekerasan yang muncul pada klien.
 - (2) Menggali dampak atau konsekuensi dari perilaku kekerasan yang telah dilakukan klien.
 - (3) Memberikan penjelasan mengenai cara-cara mengendalikan perilaku kekerasan, meliputi aspek fisik, farmakologis, komunikasi, dan spiritual.
 - (4) Menjelaskan sekaligus melatih klien menggunakan pendekatan fisik seperti teknik pernapasan dalam dan memukul bantal sebagai bentuk penyaluran amarah.
 - (5) Mengajukan pertanyaan kepada klien mengenai perasaannya setelah melakukan latihan tersebut.
 - (6) Memasukkan latihan fisik (pernapasan dalam dan memukul bantal) ke dalam jadwal kegiatan harian klien.
 - b) Strategi Pelaksanaan 2: Latihan Kepatuhan dalam Mengonsumsi Obat
 - (1) Menilai kembali tanda dan gejala perilaku kekerasan yang masih ada.
 - (2) Mengonfirmasi kemampuan klien dalam melakukan teknik pernapasan dalam dan memukul kasur/bantal, menanyakan manfaat yang dirasakan, serta memberikan apresiasi.

- (3) Melatih klien dalam mengontrol perilaku kekerasan melalui kepatuhan minum obat, dengan penjelasan prinsip 6 benar (benar nama, jenis, dosis, waktu, cara, dan kesinambungan terapi), serta akibat bila tidak disiplin mengonsumsi obat.
 - (4) Menanyakan perasaan klien setelah menjalani aktivitas tersebut.
 - (5) Memasukkan aktivitas fisik dan minum obat ke dalam agenda kegiatan sehari-hari klien.
- c) Strategi Pelaksanaan 3: Latihan Keterampilan Sosial/Verbal
- (1) Mengevaluasi kembali tanda dan gejala perilaku kekerasan yang muncul.
 - (2) Memverifikasi kemampuan klien dalam melakukan latihan fisik dan kepatuhan minum obat, menanyakan manfaat yang dirasakan, lalu memberikan pujian.
 - (3) Memberikan edukasi dan pelatihan kepada klien dalam mengontrol kemarahan secara verbal, mencakup tiga keterampilan komunikasi: menyampaikan perasaan, mengajukan permintaan, dan menolak dengan cara yang tepat.
 - (4) Memberikan penghargaan atau pujian atas keberhasilan klien dalam melakukan latihan.
 - (5) Menggali perasaan klien setelah melaksanakan aktivitas tersebut.
 - (6) Menambahkan latihan fisik, minum obat, dan latihan keterampilan verbal dalam jadwal harian klien.
- d) Strategi Pelaksanaan 4: Latihan Pendekatan Spiritual
- (1) Meninjau kembali gejala dan tanda-tanda perilaku kekerasan.
 - (2) Memastikan kemampuan klien dalam menjalankan latihan fisik, minum obat dengan benar dan konsisten, serta

komunikasi verbal yang baik, menanyakan manfaatnya, dan memberikan apresiasi.

- (3) Memberikan edukasi dan pelatihan tentang cara mengelola amarah melalui kegiatan spiritual, minimal dua bentuk kegiatan.
- (4) Memberikan pujian setelah klien berhasil melaksanakan aktivitas spiritual tersebut.
- (5) Menanyakan perasaan klien setelah menjalankan latihan.
- (6) Memasukkan ke dalam jadwal harian seluruh komponen latihan: fisik, pengobatan, komunikasi verbal, dan kegiatan spiritual.

e. Diagnosa keperawatan : Defisit Perawatan Diri²⁴

- 1) Strategi Pelaksanaan Tindakan pada Pasien ada empat yaitu:
 - a) Strategi Pelaksanaan 1: Mandi
 - (1) Jalin hubungan saling percaya dengan klien.
 - (2) Bantu klien mengenali pentingnya menjaga kebersihan diri.
 - (3) Latih klien mandi secara teratur untuk menjaga kebersihan tubuh.
 - (4) Ajarkan juga keterampilan berpakaian jika dibutuhkan.
 - (5) Jadwalkan kegiatan ini dalam rutinitas harian klien.
 - b) Strategi Pelaksanaan 2: Berhias
 - (1) Tinjau kebersihan diri klien sebelumnya.
 - (2) Konfirmasi kemampuan klien dalam mandi, dan berikan apresiasi.
 - (3) Latih klien menjaga kebersihan melalui kegiatan berpakaian dan merawat penampilan.
 - (4) Tambahkan dalam agenda harian untuk dilatih secara rutin.

c) Strategi Pelaksanaan 3: Makan dan Minum

- (1) Lakukan evaluasi kebersihan diri yang telah dilakukan sebelumnya.
- (2) Validasi kemampuan klien dalam berpakaian dan berhias, serta berikan pujian.
- (3) Latih klien menjaga kebersihan saat mengonsumsi makanan dan minuman.
- (4) Sertakan latihan ini dalam jadwal kegiatan harian.

d) Strategi 4: BAB dan BAK

- (1) Evaluasi kembali kebersihan diri klien sebelumnya.
- (2) Validasi keterampilan klien dalam menjaga kebersihan saat makan dan minum, dan berikan pujian.
- (3) Latih cara menjaga kebersihan dalam aktivitas buang air besar dan kecil dengan benar.
- (4) Jadikan bagian dari kegiatan harian yang dilatih secara konsisten.

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana intervensi yang telah dirumuskan. Tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosis utama isolasi sosial disesuaikan dengan kriteria pelaksanaan yang telah ditetapkan. Implementasi ini dilaksanakan melalui tahapan strategi pelaksanaan 1 sampai 4 dengan mempertimbangkan kebutuhan dan respons klien selama proses terapi berlangsung. Pada diagnosa utama Isolasi Sosial strategi pelaksanaan 1: Melatih klien berkenalan antara klien dengan perawat atau dengan satu orang teman di ruangan pada hari Kamis, 13 Februari 2025 jam 09.00-09.30 WIB.

Strategi pelaksanaan 2: Klien dilatih untuk memulai interaksi sosial dengan memperkenalkan diri kepada dua hingga tiga orang teman di ruang perawatan, kegiatan ini dilaksanakan pada hari Jumat, 14 Februari 2025 pukul 09.00–09.30 WIB.

Strategi pelaksanaan 3: Selanjutnya, klien dilatih untuk memperluas lingkup interaksi dengan berkenalan kepada empat hingga lima orang teman di ruangan yang sama, dilakukan pada hari Sabtu, 15 Februari 2025 pukul 09.00–09.30 WIB.

Strategi Pelaksanaan 4: Klien diarahkan untuk bercakap-cakap secara aktif selama menjalankan aktivitas sehari-hari serta didampingi dalam mengikuti sesi ketiga Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS), yang dilaksanakan pada hari Senin, 17 Februari 2025 pukul 09.00–11.00 WIB.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa Halusinasi yaitu strategi pelaksanaan 1: Klien dibimbing untuk mengontrol halusinasinya dengan teknik menghardik suara halusinasi, kegiatan ini dilakukan pada hari Kamis, 13 Februari 2025 pukul 13.00–13.30 WIB.

Strategi Pelaksanaan 2: Pelatihan dilanjutkan dengan mendorong klien untuk mengontrol halusinasi melalui kepatuhan dalam minum obat secara teratur, dilaksanakan pada hari Jumat, 14 Februari 2025 pukul 13.00–13.30 WIB.

Strategi pelaksanaan 3: Klien didorong untuk mengalihkan perhatian dari halusinasi dengan berbicara kepada orang lain, dilaksanakan pada hari Sabtu, 15 Februari 2025 pukul 09.00–09.30 WIB.

Strategi Pelaksanaan 4: Klien dilibatkan dalam aktivitas harian terstruktur, yaitu membersihkan meja makan, sebagai salah satu cara untuk mengalihkan perhatian dari halusinasi, kegiatan ini dilakukan pada hari Senin, 17 Februari 2025 pukul 12.00–12.30 WIB.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa Harga Diri Rendah yaitu Strategi pelaksanaan 1: Mengkaji kemampuan yang masih dimiliki oleh klien serta melatih klien untuk melakukan aktivitas yang dipilih secara mandiri, yaitu merapikan tempat tidur. Kegiatan ini dilakukan pada hari Kamis, 13 Februari 2025 jam 10.00-10.30 WIB.

Strategi Pelaksanaan 2: Melatih kegiatan kedua yang dipilih yaitu menyapu pada hari Jumat, 14 Februari 2025 jam 08.00-09.00 WIB.

Strategi Pelaksanaan 3: Melatih kegiatan ketiga yang dipilih yaitu mencuci gelas pada hari Sabtu, 15 Februari 2025 jam 12.00-12.30 WIB. Strategi Pelaksanaan 4: Kegiatan keempat yang dipilih untuk dilatihkan adalah membersihkan meja makan, pada hari Senin, 17 Februari 2025 jam 12.00-12.30 WIB.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan yaitu strategi pelaksanaan 1: Klien dibimbing untuk mengontrol marahnya dengan latihan pernapasan dalam dan memukul kasur atau bantal, kegiatan ini dilakukan pada hari Kamis, 13 Februari 2025 pukul 14.00–14.30 WIB.

Strategi Pelaksanaan 2: Memberikan pelatihan dengan mendorong klien untuk mengontrol marahnya melalui kepatuhan dalam minum obat secara teratur, dilaksanakan pada hari Jumat, 14 Februari 2025 pukul 14.00–14.30 WIB. Strategi pelaksanaan 3: Memberikan pelatihan kepada klien dalam mengontrol kemarahan secara verbal, mencakup tiga keterampilan komunikasi: menyampaikan perasaan, mengajukan permintaan, dan menolak dengan cara yang tepat., dilaksanakan pada hari Sabtu, 15 Februari 2025 pukul 14.00–14.30 WIB.

Strategi Pelaksanaan 4: Memberikan edukasi dan pelatihan tentang cara mengelola amarah melalui kegiatan spiritual yaitu membaca ayat pendek. kegiatan ini dilakukan pada hari Senin, 17 Februari 2025 pukul 14.00–14.30 WIB.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa Defisit Perawatan Diri yaitu strategi pelaksanaan 1: Bantu klien mengenali pentingnya menjaga kebersihan diri, Latih klien mandi secara teratur untuk menjaga kebersihan tubuh. Ajarkan juga keterampilan berpakaian, kegiatan ini dilakukan pada hari Kamis, 13 Februari 2025 pukul 14.30–15.00 WIB.

Strategi Pelaksanaan 2: Latih klien menjaga kebersihan melalui kegiatan berhias merawat penampilan, dilaksanakan pada hari Jumat, 14 Februari 2025 pukul 14.30–15.00 WIB.

Strategi pelaksanaan 3: Latih klien menjaga kebersihan saat mengonsumsi makanan dan minuman, dilaksanakan pada hari Sabtu, 15 Februari 2025 pukul 14.30–15.00 WIB.

Strategi Pelaksanaan 4: Latih cara menjaga kebersihan dalam aktivitas buang air besar dan kecil dengan benar, kegiatan ini dilakukan pada hari Senin, 17 Februari 2025 pukul 14.30–15.00 WIB.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi Keperawatan didapatkan berdasarkan hasil implementasi keperawatan yang telah diberikan kepada klien. Dalam studi kasus ini, penulis mengidentifikasi lima masalah utama pada klien, yaitu Isolasi Sosial, Halusinasi, Harga Diri Rendah, Resiko Perilaku Kekerasan Dan Defisit Perawatan Diri. Semua masalah dapat teratasi berdasarkan pengamatan yang penulis lakukan selama berinteraksi dengan klien.

Evaluasi Keperawatan pada diagnosa keperawatan isolasi sosial yaitu klien mampu melakukan strategi pelaksanaan 1 pada hari Kamis, 13 Februari 2025 Setelah pelaksanaan intervensi dan implementasi, klien menunjukkan perkembangan yang signifikan, klien mampu menyebutkan manfaat dari berinteraksi sosial, seperti memiliki teman dan dukungan sosial, serta mampu menyadari dampak negatif dari ketidakmampuan menjalin pertemanan. Klien juga berhasil memulai interaksi sosial dengan melakukan perkenalan terhadap perawat dan satu orang temannya namun masih perlu dibantu. Strategi pelaksanaan 2 pada hari Jumat, 14 Februari 2025 ditemukan klien mau berkenalan dengan 2-3 orang namun masih perlu dibimbing, klien mengatakan kadang teman yang sudah diajak berkenalan lupa namanya tapi orangnya masih ingat.

Strategi pelaksanaan 3 pada hari Sabtu, 15 Februari 2025 ditemukan klien mau berkenalan dengan 4-5 orang, klien mengatakan senang mempunyai teman, klien mampu berkenalan secara mandiri namun suara klien masih pelan dan lambat.

Strategi Pelaksanaan 4 pada hari Senin, 17 Maret 2021 ditemukan klien mampu bercakap-cakap dengan teman-temannya saat melakukan kegiatan

merapikan meja makan, klien mampu bercakap-cakap saat melakukan kegiatan TAKS (Sesi 3) dengan anggota kelompok namun klien mengaku masih malu dan perlu dukungan selama kegiatan TAKS (Sesi 3).

Pada hari Selasa, 18 Februari 2025 tetap dilakukan evaluasi terhadap kegiatan berkenalan dan bercakap-cakap klien yang sudah dijadwalkan dalam kegiatan harian klien, ditemukan klien sudah mampu menyapa orang lain, klien jarang menyendiri, kontak mata klien sudah ada, klien mampu merawat kebersihan diri, klien mampu terbuka dan menyampaikan kegiatan yang telah dilakukan pada peneliti sebelum penrliti tanyakan, klien bisa menghampiri peneliti untuk mengobrol, namun kegiatan yang dilakukan klien masih perlu dioptimalkan.

Evaluasi Keperawatan pada diagnosa keperawatan Halusinasi yaitu strategi pelaksanaan 1 pada hari Kamis, 13 Februari 2025 Klien mampu mengidentifikasi isi halusinasi visual yang dialami, termasuk frekuensi, waktu kemunculan, situasi pemicu, respon emosional, dan upaya yang telah dilakukan saat mengalami halusinasi, klien juga berhasil mempraktikkan teknik menghardik untuk mengontrol halusinasi.

Strategi pelaksanaan 2 pada hari jumat, 14 Februari 2025 ditemukan klien menunjukkan kepatuhan dalam minum obat sebagai salah satu metode mengontrol halusinasi., klien tampak mendengarkan penjelasan penulis terkait 6 benar minum obat namun klien masih sering lupa saat ditanya kembali dan klien juga tampak berusaha mengingat warna dan nama obat yang dikonsumsi.

Strategi pelaksanaan 3 pada hari Sabtu, 15 Februari 2025 Klien mampu mengalihkan perhatian dari halusinasi dengan bercakap-cakap bersama beberapa teman di ruangan.

Strategi pelaksanaan 4 pada hari Senin, 17 Februari 2025 Klien berhasil mengontrol halusinasinya dengan terlibat dalam kegiatan harian terstruktur, yaitu membersihkan meja makan.

Pada hari Selasa, 18 Februari 2025 tetap dilakukan evaluasi terhadap halusinasi klien yang ditemukan klien mengatakan sudah jarang melihat

bayangan putih di siang hari, klien mengatakan apabila bayangan tersebut muncul ia melakukan cara mengontrol/menolak bayangan yang pernah diajarkan dengan cara menghardik dengan menutup mata.

Evaluasi Keperawatan pada diagnosa Harga diri rendah yaitu strategi pelaksanaan 1 pada hari Kamis, 13 Februari 2025 Klien mampu mengenali kemampuan diri dan mempraktikkan kegiatan sederhana yang dipilih, yakni merapikan tempat tidur. Namun, klien masih membutuhkan bimbingan dalam melaksanakan tugas ini secara konsisten setiap hari.

Strategi pelaksanaan 2 pada hari Jumat, 14 Februari 2025 Klien mampu mengulang kegiatan yang telah dilatih sebelumnya (merapikan tempat tidur) dan mulai melaksanakan kegiatan kedua yang dipilih, yaitu menyapu. Meski demikian, bimbingan tetap diperlukan agar klien lebih mandiri dan percaya diri.

Strategi pelaksanaan 3 pada hari Sabtu, 15 Februari 2025 ditemukan klien mampu melakukan kegiatan yang dilatih sebelumnya yaitu menyapu, klien mampu melakukan kegiatan ketiga yang dipilih yaitu mencuci gelas setelah makan namun klien masih perlu dibimbing.

Strategi pelaksanaan 4 pada hari Senin, 17 Februari 2025 ditemukan klien mampu melakukan kegiatan ke empat yang dipilih yaitu membersihkan meja makan.

Pada hari Selasa, 18 Februari 2025 tetap dilakukan evaluasi terhadap Harga Diri Rendah klien Setelah melakukan kegiatan klien merasa lebih percaya diri melakukan kegiatan sebelumnya yang pernah dilatih, klien mengatakan merasa berguna dan klien mengetahui bahwa kemampuan yang dimiliki belum tentu semua orang memilikinya.

Evaluasi Keperawatan pada diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan yaitu strategi pelaksanaan 1 pada hari Kamis, 13 Februari 2025 Klien mampu mengontrol emosinya dengan teknik nafas dalam dan memukul bandul. Namun, klien masih membutuhkan bimbingan dalam melaksanakan tugas ini secara konsisten setiap hari.

Strategi pelaksanaan 2 pada hari Jumat, 14 Februari 2025 Klien mampu mengulang kegiatan yang telah dilatih sebelumnya (nafas dalam dan memukul bantal) dan minum obat secara teratur. Meski demikian, tetap perlu dilakukan pemantauan dalam mengonsumsi obat

Strategi pelaksanaan 3 pada hari Sabtu, 15 Februari 2025 ditemukan klien mampu melakukan kegiatan yang dilatih sebelumnya yaitu minum obat dan mampu mempraktekkan secara mandiri bagaimana cara meminta dan menolak dengan baik dan benar namun masih perlu dibimbing.

Strategi pelaksanaan 4 pada hari Senin, 17 Februari 2025 ditemukan klien mampu melakukan kegiatan ke empat yaitu mengontrol emosi dengan cara spiritual dengan membaca ayat pendek

Pada hari Selasa, 18 Februari 2025 tetap dilakukan evaluasi terhadap Resiko Perilaku kekerasan pada klien. Setelah melakukan kegiatan klien merasa lebih tenang, dan mengatakan akan selalu mengontrol emosinya tanpa melukai orang lain

Evaluasi Keperawatan pada diagnosa Defisit perawatan Diri yaitu strategi pelaksanaan 1 pada hari Kamis, 13 Februari 2025 Klien mampu menyebutkan pentingnya menjaga kebersihan diri dan bagaimana cara merawat tubuh dengan raji mandi

Strategi pelaksanaan 2 pada hari Jumat, 14 Februari 2025 Klien mampu melakukan kegiatan kedua yaitu merawat diri dengan cara berhias dan mengatakan tidak akan memakai bedak lagi.

Strategi pelaksanaan 3 pada hari Sabtu, 15 Februari 2025 ditemukan klien mampu melakukan kegiatan sebelumnya dan klien mampu mempraktekkan cara makan dan minum yang baik dan benar tidak belepotan.

Strategi pelaksanaan 4 pada hari Senin, 17 Februari 2025 ditemukan klien mengatakan memahami bagaimana BAK dan BAB yang benar, tidak sembarangan dan selalu menjaga kebersihan.

Pada hari Selasa, 18 Februari 2025 tetap dilakukan evaluasi terhadap Defisit perawatan diri klien Setelah melakukan kegiatan klien merasa senang mengetahui cara merawat kebersihan dirinya klien mengatakan jika klien

merawat diri maka tubuhnya menjadi segar, wangi, tampak rapi dan disukai orang.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penerapan asuhan keperawatan yang telah dilakukan, penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan realitas yang ditemukan selama pelaksanaan studi kasus. Penulis juga melakukan perbandingan antara temuan dalam studi ini dengan hasil penelitian sebelumnya yang relevan. Dalam penyusunan asuhan keperawatan, penulis mengikuti tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, serta evaluasi, dengan penjabaran sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan

a. Keluhan utama

Menurut Hutagalung²⁷ pengkajian keperawatan merupakan proses sistematis dalam mengumpulkan data, termasuk riwayat kesehatan dan kondisi umum klien. Perawat perlu mengikuti standar operasional prosedur yang berlaku agar pelaksanaan asuhan keperawatan tetap sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan. Berdasarkan hasil pengkajian, kebutuhan psikososial klien dinilai melalui pengkajian fokus yang mencakup riwayat psikososial, konsep diri, hubungan sosial, aktivitas motorik, afek emosi, persepsi, arus pikir, isi pikir, bentuk pikir, memori, serta interaksi selama wawancara.

Pembuatan kontrak awal antara perawat dan klien merupakan bagian dari upaya membangun hubungan kerja yang bertujuan menciptakan rasa saling percaya. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, perawat harus menerapkan komunikasi terapeutik agar terjalin hubungan yang efektif dan mendukung proses pemulihan klien.

Penelitian yang dilakukan pada Tn.S sebagai responden dalam penelitian ditemukan data bahwa klien sering menyendiri, banyak diam, klien sering menghindar dengan alasan tidur, klien mengatakan tidak mempunyai teman, klien menceritakan perasaan kesepian, perasaan takut memulai

pembicaraan dengan teman, perasaan bosan, kontak mata klien tidak ada, klien tampak kurang energy/tenaga, klien bicara pelan dengan volume yang kecil, menjawab pertanyaan seadanya, klien mengatakan melihat bayangan putih, klien tidak memperhatikan kebersihan diri, respon verbal klien kurang dan singkat.

Keluhan utama yang dialami oleh Tn. S memiliki kesamaan dengan temuan dalam penelitian yang dilakukan oleh Fadly dan Hargiana²⁸ mengenai asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah isolasi sosial. Dalam penelitian tersebut ditemukan bahwa klien menunjukkan perilaku seperti takut bertemu dengan orang lain, berbicara dengan suara pelan, kurang melakukan kontak mata, mudah teralihkan, cenderung menghindari percakapan, tidak mampu menjalin interaksi dalam durasi yang lama, tidak dapat memulai pembicaraan, memberikan jawaban singkat, serta menghindari komunikasi dengan cara meninggalkan perawat.

Selaras dengan teori yang dikemukakan oleh Azizah et al.²⁹, isolasi sosial merupakan bentuk perilaku klien dalam menghindari interaksi dan hubungan sosial dengan orang lain. Penarikan diri ini dapat terlihat dari berkurangnya perhatian dan minat terhadap lingkungan sosial, baik yang bersifat sementara maupun menetap.

Berdasarkan keluhan utama yang ditemukan pada Tn.S dalam penelitian yang penulis lakukan di lapangan mempunyai beberapa persamaan dengan penelitian yang telah dilakukan Fadly & Hargiana²⁸. Pernyataan ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Azizah et al.²⁹, yang menyebutkan bahwa klien cenderung menghindari interaksi serta hubungan sosial dengan individu lain.

b. Faktor predisposisi

Penelitian yang dilakukan pada Tn.S sebagai responden dalam penelitian ini didapatkan faktor predisposisi klien mengalami isolasi sosial yaitu

faktor biologis dimana klien putus minum obat dirumahnya, faktor psikologis dan perkembangan dimana klien pernah ditolak cintanya dan orang tuanya yang lebih sering membela saudaranya yang lain sehingga klien mengalami gangguan, klien merasa orang-orang membicarakannya sejak dia sakit, klien mengaku stress dan bingung karena keuangan. Hal ini menyebabkan klien sulit untuk percaya dan berinteraksi dengan orang lain, meyakini bahwa berinteraksi dengan orang lain tidak memberikan manfaat, sehingga ia kerap menghindari kontak sosial dan memilih memendam masalahnya sendiri.

Hasil Penelitian yang dilakukan Aji Raka Prihutomo³⁰ terkait faktor predisposisi terjadinya isolasi sosial yang didapat yaitu Klien memiliki riwayat gangguan jiwa di masa lalu, namun pengobatan sebelumnya kurang efektif karena klien jarang mengonsumsi obat dan tidak melakukan kontrol secara teratur.

Menurut teori Azizah et al²⁹ faktor predisposisi pada klien dengan isolasi sosial meliputi faktor perkembangan berupa tugas perkembangan yang belum terpenuhi, faktor biologi yaitu adanya riwayat penyakit, trauma kepala dan kelainan pada struktur otak, faktor sosial budaya yaitu adanya riwayat penolakan lingkungan, tingkat pendidikan yang rendah dan kegagalan dalam hubungan sosial (seperti penceraian, hidup sendiri), dan faktor keluarga yaitu komunikasi keluarga yang kurang harmonis yang mendorong seseorang mengalami harga diri rendah.

Dalam Teori Harkomah et al³¹ juga menjelaskan bahwa masalah utama yang umumnya dihadapi individu dengan isolasi sosial adalah ketidakmampuan dalam menjalin interaksi sosial secara efektif, melakukan interaksi dengan orang lain sebagai akibat dari pikiran negatif dan pengalaman yang tidak menyenangkan yang dapat mempengaruhi individu dalam berinteraksi dengan orang lain.

Berdasarkan faktor predisposisi yang ditemukan pada Tn.S dalam penelitian yang penulis lakukan dilapangan terdapat kesesuaian antara teori dan kasus yaitu klien mengalami isolasi sosial disebabkan karena

adanya faktor predisposisi yaitu faktor sosial budaya, faktor biologi, faktor dalam keluarga dan pengalaman yang tidak menyenangkan sesuai dengan teori Azizah et al²⁹ dan teori Harkomah et al³¹. Pada penelitian yang dilakukan Aji Raka Prihutomo³⁰ terdapat beberapa persamaan yang peneliti temui dilapangan namun pada Tn.S sebagai partisipan tidak pernah menjadi korban penganiayaan oleh orang yang tidak kenal sebagai penyebab terjadinya isolasi sosial.

Hambatan yang penulis dapatkan selama pengkajian yaitu saat menggali informasi dari klien dimana klien yang mengalami isolasi sosial sulit untuk berinteraksi dan cenderung menghindar apalagi saat beinteraksi dengan orang yang baru ia temui sehingga penulis melakukan solusi dimana penulis melakukan pendekatan dengan membina hubungan saling percaya, selalu menepati janji, berinteraksi dengan klien secara singkat namun sering, menghadirkan diri dan memberikan semangat pada klien dan teman-teman klien saat melakukan kegiatan harian yang dilakukan di ruangan sesuai dengan penelitian yang dilakukan Berhimpong et al³² dimana pendekatan yang konsisten akan membuahkan hasil, Jika klien sudah percaya dengan perawat maka program asuhan keperawatan lebih mungkin dilaksanakan.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada klien dengan isolasi sosial ditemukan bahwa penyebab dari isolasi sosial yaitu harga diri rendah yang ditandai dengan data objektif klien sering diam, klien merasa tidak percaya diri dan malu berinteraksi dengan orang lain, klien sering menunduk saat berinteraksi dan data subjektif klien yang merasa dirinya tidak berguna bagi orang sekitar terumata bagi keluarga klien karena tidak dapat membantu perekonomian keluarganya.

Klien yang mengalami isolasi sosial akan mengakibatkan terjadinya halusinasi yang ditandai dengan data objektif klien sering melamun,

menyendiri, klien sering melihat kearah sekitar dan data subjektif klien yang mengatakan melihat bayangan putih di siang hari, klien mengatakan melihat bayangan tersebut saat ia melamun dan menyendiri, klien mengatakan apabila ia melihat bayang tersebut ia merasa gelisah dan cemas namun tidak dapat melakukan apa-apa dan klien tampak tidak fokus saat wawancara.

Diagnosa utama berdasarkan prioritas pada klien yaitu Isolasi sosial yang ditandai dengan data objectif klien tampak klien banyak berdiam diri, kontak mata klien kurang, bicara pelan dengan volume kecil, asik dengan pikirannya sendiri, ekspresi wajah klien kurang berseri dan datar, kurang energy, klien sering menghindari interaksi dengan alasan tidur, lebih banyak menunduk saat berinteraksi, respon verbal klien kurang dan singkat dan tidak memperhatikan kebersihan diri. Data subjectif yang ditemukan yaitu klien mengatakan tidak memiliki teman dekat, klien mengatakan tidak ada manfaat berteman dengan orang lain.

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Nurhalimah³³, masalah keperawatan pada klien dengan isolasi sosial mencakup isolasi sosial sebagai masalah inti (core problem), harga diri rendah sebagai penyebab (cause), dan halusinasi sebagai dampak (effect), Resiko Perilaku kekerasan (effect), Defisit Perawatan Diri (effect) dari kondisi tersebut.

Hasil penelitian yang dilakukan Fadly & Hargiana²⁸ didapatkan diagnosis keperawatan yaitu isolasi sosial, halusinasi, harga diri rendah, resiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri, diagnosis utama yang ditetapkan berdasarkan prioritas adalah isolasi sosial. Penelitian juga mengungkapkan bahwa klien dengan isolasi sosial mengalami hambatan dalam berinteraksi, cenderung menarik diri, tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, lebih memilih diam, dan sering menghindari keberadaan orang lain.

Berdasarkan analisis penulis, tidak ditemukan perbedaan antara teori dan praktik yang diterapkan di lapangan. Isolasi sosial diposisikan sebagai masalah inti (core problem), dengan harga diri rendah sebagai faktor

penyebab dan halusinasi sebagai dampaknya. Hal ini tercermin dari perilaku klien yang menunjukkan kesulitan berinteraksi, enggan berkomunikasi, lebih banyak diam, dan sesekali menghindari keberadaan orang lain suatu kondisi yang didukung baik oleh teori maupun oleh temuan di lapangan.

3. Intervensi keperawatan

Dalam menyusun perencanaan, beberapa aspek penting yang perlu diperhatikan mencakup jenis tindakan, waktu pelaksanaan, jumlah klien, serta lokasi tindakan keperawatan. Peneliti merancang strategi pelaksanaan intervensi dengan tujuan membantu klien agar mampu menjalin hubungan sosial dan meningkatkan interaksi dengan orang lain. Tindakan ini direncanakan untuk dilakukan secara harian, sesuai dengan kontrak yang telah disepakati bersama klien.

Intervensi keperawatan pada klien direncanakan sesuai diagnosa keperawatan yang ditemukan. Diagnosa keperawatan isolasi sosial menggunakan strategi pelaksanaan satu sampai dengan empat yaitu mengidentifikasi penyebab terjadinya isolasi sosial, berdiskusi tentang kerugian dan manfaat mempunyai teman, mengajarkan berkenalan dengan perawat dan salah satu teman disekitar, berkenalan dengan 2-3 orang, berkenalan dengan 4-5 orang, melatih keterampilan berbicara dalam kegiatan sehari-hari; serta mendampingi klien saat menjalankan kegiatan terapeutik aktivitas kelompok /TAKS pada Sesi 3 dan memberikan reinforcement positif terhadap kegiatan yang dilakukan. Strategi pelaksanaan diagnosa halusiansi yaitu mengidentifikasi jenis, isi, frekuensi, waktu kemunculan, situasi pemicu, dan respons klien terhadap halusinasi; serta mengajarkan cara mengontrol halusinasi melalui teknik menghardik, kepatuhan minum obat, berbicara dengan orang lain, dan melakukan aktivitas terstruktur. Sedangkan strategi pelaksanaan diagnosa harga diri rendah yaitu membantu klien mengeksplorasi potensi positif yang dimiliki; memilih dan melaksanakan aktivitas yang sesuai (dilakukan secara bertahap dari kegiatan pertama hingga keempat) di lingkungan rumah sakit. Pada diagnose resiko perilaku kekerasan klien diajarkan bagaimana cara

mengontrol emosi dengan cara teknik nafas dalam serta meluapkan emosinya dengan memukul bantal, minum obat secara teratur, meminta dan menolak dengan baik dan sopan, serta mengontrol emosi klien dengan cara spiritual yaitu membaca ayat pendek. Pada diagnosa defisit perawatan diri klien diajarkan cara merawat diri mulai dari mandi, berpakaian, berhias, makan dan minum yang baik, serta BAB dan BAK yang benar.

Menurut Teori Deden, D., & Rusdi³⁴ intervensi keperawatan untuk klien dengan isolasi sosial dibagi ke dalam beberapa strategi pelaksanaan. Strategi 1 meliputi identifikasi penyebab isolasi sosial serta membahas manfaat memiliki teman dan kerugian dari tidak bersosialisasi, kemudian melatih keterampilan berkenalan secara bertahap. Strategi 2 hingga 4 mencakup pelatihan interaksi dengan 2–3 orang, 4–5 orang, serta keterampilan berbicara dalam aktivitas sosial. Menurut Teori Berhimpung et al³² menyatakan bahwa gangguan interaksi sosial pada klien dengan gangguan jiwa, khususnya yang mengalami isolasi sosial, dapat ditangani melalui tindakan keperawatan yang bertujuan untuk melatih kemampuan interaksi sosial klien sehingga klien merasa nyaman saat berhubungan dengan orang lain.

Teknik komunikasi yang digunakan dalam intervensi terhadap klien dengan isolasi sosial salah satunya adalah teknik kehadiran (presence), yaitu keterlibatan perawat secara fisik dan psikologis di sisi klien pada saat klien membutuhkan kehadiran orang lain. Berdasarkan analisis penulis, strategi pelaksanaan intervensi yang diterapkan pada klien telah disesuaikan dengan teori dan praktik di lapangan. Intervensi yang dilakukan pada klien dengan isolasi sosial dilaksanakan berdasarkan tahapan strategi pelaksanaan yang sesuai dengan pedoman teori dan kebutuhan klien secara individual, yang melatih kemampuan klien dalam berinteraksi secara bertahap dengan menghadirkan diri dan melatih komunikasi sehingga intervensi dapat dilaksanakan dengan baik karena sudah terbentuknya hubungan saling percaya.

4. Implementasi keperawatan

Menurut pernyataan Purba³⁵ mengemukakan bahwa implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan langsung dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun, sekaligus mencakup aktivitas pengumpulan data. Perawat akan melaksanakan tindakan keperawatan yang telah disesuaikan dengan rencana intervensi terhadap pasien.

Pada tahap implementasi, perawat terlebih dahulu membangun hubungan saling percaya dengan klien Tn. S, untuk menciptakan rasa nyaman dan kepercayaan. Dengan terciptanya rasa aman ini, tindakan keperawatan dapat dilaksanakan secara optimal tanpa hambatan.

Secara keseluruhan, penulis menerapkan tindakan keperawatan berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Implementasi dilakukan melalui tahapan strategi pelaksanaan, dengan fokus utama pada penanganan isolasi sosial. Langkah-langkah yang dilakukan meliputi membangun hubungan saling percaya, membantu klien memahami penyebab perilaku menarik diri, menjelaskan manfaat interaksi sosial dengan mendiskusikan keuntungan memiliki teman, menjelaskan dampak negatif dari isolasi sosial, serta melatih klien secara bertahap untuk berinteraksi dan berbicara saat melakukan aktivitas sehari-hari. Selain itu, perawat juga mendampingi klien dalam kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok Sosial (TAKS) pada sesi ke-3.

Pada klien dengan diagnosa halusinasi, implementasi dilakukan berdasarkan strategi pelaksanaan tahap 1 hingga tahap 4, yaitu: membantu klien mengontrol halusinasi melalui teknik menghardik, mendorong kepatuhan dalam konsumsi obat, melatih klien untuk bercakap-cakap dengan orang lain, serta mengalihkan perhatian dari halusinasi melalui keterlibatan dalam aktivitas harian.

Untuk diagnosa harga diri rendah, implementasi dilakukan melalui identifikasi aspek-aspek positif dalam diri klien, pemilihan aktivitas yang

sesuai di lingkungan rumah sakit, serta pelaksanaan kegiatan secara bertahap, dimulai dari merapikan tempat tidur, menyapu, mencuci gelas, hingga membersihkan meja makan setelah makan. Penguatan (reinforcement) positif diberikan setiap kali klien berhasil menyelesaikan latihan.

Pada diagnosis kedua yaitu Resiko Perilaku Kekerasan telah dilakukan strategi pelaksanaan keperawatan pada Tn.S yaitu dengan mengontrol marah dengan teknik nafas dalam dan memukul bantal, teratur minum obat, meminta dan menolak dengan baik, dan melakukan latihan spiritual untuk mengontrol marah. Kegiatan strategi pelaksanaan tersebut dilakukan setiap hari secara berkala, dan selalu dievaluasi sebelum melakukan strategi pelaksanaan yang baru.

Implementasi pada diagnosis halusinasi pada Tn.S memiliki kesamaan dengan penelitian Ramadani, tentang Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Halusinasi. Dalam penelitian tersebut menjelaskan bahwa implementasi yang dilakukan pada klien yaitu dengan strategi pelaksanaan keperawatan Resiko perilaku kekerasan berupa mengontrol marah dengan teknik nafas dalam dan memukul bantal, teratur minum obat, meminta dan menolak dengan baik, dan melakukan latihan spiritual.

Pada diagnosis keempat yaitu Defisit Perawatan Diri telah dilakukan strategi pelaksanaan keperawatan pada Tn.S yaitu dengan mengajarkan klien untuk tatacara mandi yang benar, cara berhias yang benar, cara makan dan minum yang baik dan benar, dan cara BAB dan BAK dengan baik dan benar pada tempatnya. Kegiatan strategi pelaksanaan tersebut dilakukan setiap hari secara berkala, dan selalu dievaluasi sebelum melakukan strategi pelaksanaan yang baru.

Implementasi pada diagnosis Defisit Perawatan Diri pada Tn.S memiliki kesamaan dengan penelitian Hafizuddin, tentang Asuhan Keperawatan Jiwa pada klien dengan Isolasi Sosial. Dalam penelitian tersebut menjelaskan bahwa implementasi yang dilakukan pada klien yaitu dengan strategi pelaksanaan keperawatan pada Defisit Perawatan Diri yaitu cara mandi yang

baik, cara berhias, cara makan, dan cara BAB dan BAK dengan baik dan benar.

Menurut teori Muhith²⁶ menjelaskan bahwa implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan intervensi yang telah dirancang sebelumnya, dengan tujuan untuk mencapai hasil yang telah ditetapkan.

Peran perawat dalam menangani klien dengan isolasi sosial mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Perawat diharapkan mampu menjalankan perannya dalam tiga domain utama: pemberian asuhan langsung, komunikasi terapeutik, dan manajemen keperawatan. Dalam aspek promotif, perawat dapat meningkatkan dan mempertahankan kesehatan jiwa klien melalui penyuluhan dan edukasi kepada klien dan keluarga. Sementara pada aspek preventif, perawat berperan dalam upaya pencegahan timbulnya isolasi sosial Yusuf et al³⁶

Tindakan keperawatan terhadap klien dengan isolasi sosial dilakukan melalui upaya membantu klien dalam mengidentifikasi faktor penyebab, memahami keuntungan memiliki hubungan sosial, menyadari kerugian dari tidak memiliki teman, serta melatih keterampilan sosial secara bertahap, termasuk cara berkenalan dengan orang lain Fadly & Hargiana²⁸

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Maftuhah & Noviekayati³⁷ terkait penerapan teknik reinforcement positif pada klien skizofrenia ditemukan peningkatan kemampuan klien dalam berinteraksi dimana memberikan konsekuensi yang menyenangkan.

Menurut analisis penulis pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien sudah sesuai dengan teori dan praktek lapangan yang ditemukan, Implementasi keperawatan pada klien isolasi sosial dilakukan sesuai strategi pelaksanaan pada klien secara bertahap dengan melatih kemampuan klien dalam berinteraksi secara bertahap dan memberikan reinforcement positif sehingga dapat mewujudkan tujuan yang diharapkan dan perawat menjalankan tanggung jawab dalam tiga aspek utama yaitu asuhan langsung

kepada klien, komunikasi efektif, serta pengelolaan atau penatalaksanaan keperawatan.

Intervensi keperawatan yang melibatkan keluarga ditujukan untuk memastikan keluarga dapat berperan aktif dalam perawatan klien baik selama di rumah sakit maupun setelah kembali ke rumah. Keterlibatan ini diharapkan dapat membentuk sistem dukungan sosial yang efektif bagi klien. Hambatan selanjutnya yang didapatkan yaitu saat melakukan kegiatan strategi pelaksanaan 4 isolasi sosial yaitu melatih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sosial namun karena perawat di ruangan belum mengizinkan klien melakukan kegiatan sosial diluar ruangan sehingga penulis melakukan solusi dengan cara melatih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian seperti merapikan meja makan bersama dan mendampingi klien saat melakukan kegiatan TAKS (Sesi 3) sesuai jadwal di ruangan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap penilaian terhadap perubahan kondisi klien berdasarkan pengamatan hasil yang dicapai dibandingkan dengan tujuan dan indikator yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk menilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai, mempertahankan atau memodifikasi rencana intervensi, serta mengukur sejauh mana klien mampu mencapai hasil yang diharapkan, Purba³⁵

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dalam proses asuhan keperawatan yang berfungsi untuk menilai keberhasilan intervensi yang telah diberikan. Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan selama delapan hari, diagnosa isolasi sosial pada klien dinyatakan teratasi, ditandai dengan kemampuan klien dalam mempraktikkan keterampilan sosial seperti memperkenalkan diri kepada perawat dan berkenalan secara bertahap dengan satu hingga beberapa orang, dan klien mampu mengikuti kegiatan TAKS

yang dijadwalkan diruangan dimana klien mampu berkenalan dan berinteraksi dengan anggota kelompok namun klien masih perlu diberi dukungan.

Pada diagnosa halusinasi dapat teratasi yang ditandai dengan klien mengatakan bahwa bayangan putih yang dilihatnya di siang hari sudah jarang terlihat klien juga menunjukkan kemajuan dalam mengelola halusinasi dengan menggunakan beberapa teknik, seperti menghardik stimulus halusinasi, mematuhi jadwal minum obat, berbicara dengan orang lain, serta mengikuti aktivitas harian yang telah dijadwalkan.

Selain itu, masalah harga diri rendah menunjukkan perbaikan yang signifikan, yang terlihat dari kemampuan klien dalam mengenali kelebihan yang dimilikinya serta pernyataan positif dari klien yang merasa senang ketika melakukan sesuatu yang bermanfaat bagi orang lain, mampu melakukan kegiatan harian yang dipilih namun beberapa kegiatan yang dipilih klien masih belum mampu untuk melakukan secara mandiri.

Diagnosis keperawatan resiko perilaku kekerasan pada klien teratasi, dibuktikan dengan perkembangan dari kondisi klien yaitu klien sudah dapat mengontrol perasaan marahnya, klien sudah merasa tenang dan tidak kesal lagi, klien sudah mampu untuk melakukan strategi pelaksanaan berupa memukul bantal atau kasur dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam, patuh minum obat, meminta dan menolak dengan cara yang baik, dan melakukan cara spiritual jika merasa marah. Untuk strategi pelaksanaan patuh minum obat klien masih harus dilakukan pendampingan dan pengawasan oleh perawat yang berada di ruangan.

Diagnosis keperawatan defisit perawatan diri pada klien teratasi, dibuktikan dengan perkembangan kondisi klien yaitu kuku pasien sudah tampak pendek dan bersih, rambut klien yang sudah pendek dan bersih, klien sudah memakai sandal, dan klien sudah mampu melakukan strategi pelaksanaan secara mandiri yaitu dengan melakukan mandi, berhias, makan dan BAB serta BAK dengan baik dan benar.

Selama interaksi yang penulis lakukan dengan klien juga ditemukan kesiapan klien dalam merencanakan persiapan pulang dimana klien mengatakan

apabila diperbolehkan pulang maka ia akan teratur minum obat dan akan ke RS/Puskesmas apabila obatnya habis, klien juga mengatakan bahwa ia ingin bekerja untuk mengumpulkan uang agar bisa membeli Hp baru. Klien juga mengatakan apabila ia sudah pulang akan melakukan kegiatan yang sudah ia latih di Rumah Sakit seperti menyapu, merapikan tempat tidur, mencuci piring/gelas, membersihkan meja setelah makan dan melakukan kegiatan yang dapat ia lakukan di luar Rumah Sakit seperti bermain bola bersama teman-temannya.

Menurut teori Ayu Candra Kirana³⁸ Peningkatan kemampuan interaksi sosial pada klien dengan isolasi sosial dinilai sebagai hasil dari terjalinnya hubungan yang baik antara perawat dan klien. Hal ini ditunjukkan melalui penurunan perilaku menyendiri, peningkatan kontak mata, serta kemajuan dalam keterampilan berinteraksi sosial dengan orang di sekitarnya.

Penelitian yang dilakukan Aji Raka Prihutomo³⁰ Evaluasi terhadap pelaksanaan intervensi dengan empat tahapan strategi menunjukkan bahwa klien mampu membangun hubungan saling percaya dengan perawat, mengidentifikasi penyebab dari perilaku menarik diri, memahami dampak positif dan negatif dari interaksi sosial, serta mempraktikkan keterampilan berkenalan secara bertahap.

Berdasarkan asumsi penulis bahwa untuk mendapatkan evaluasi keperawatan yang diharapkan pada klien dilakukan tindakan yang sesuai dengan teori Ayu Candra Kirana³⁸ dimana untuk meningkatkan interaksi sosial pada klien maka perawat harus membina hubungan baik antara perawat dengan klien dan evaluasi yang penulis dapatkan ditemukan persamaan dengan hasil penelitian yang dilakukan Aji Raka Prihutomo³⁰ yang menggunakan pendekatan strategi pelaksanaan dimana masalahnya dapat teratasi namun pada penelitian yang penulis lakukan perlu untuk mengoptimalkan latihan dan kegiatan yang dijadwalkan pada klien untuk menjadikan suatu kebiasaan yang positif karena klien yang mengalami gangguan dalam berinteraksi tidak bisa mengalami

perubahan drastis dalam berinteraksi sesuai dengan teori Berhimpong et al³² mengingatkan bahwa perubahan dalam pola interaksi sosial klien tidak dapat dicapai secara instan karena kebiasaan tersebut telah terbentuk dalam jangka waktu yang panjang.

Oleh karena itu, diharapkan perawat di ruang perawatan dapat melanjutkan upaya untuk mempertahankan dan memperkuat kemampuan klien dalam berinteraksi secara mandiri, melanjutkan kegiatan TAKS pada klien, mengajak klien bercakap- cakap saat melakukan kegiatan sosial, tetap memantau kondisi klien, memberikan motivasi dan reinforcement positif terhadap latihan dan kegiatan yang dilakukan agar klien tidak lagi mengalami isolasi sosial.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis telah melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa terhadap klien dengan masalah utama isolasi sosial yang dirawat di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ Prof. HB. Saanin Padang, yang dilakukan pada 10 Februari 2025 sampai pada tanggal 18 Februari 2025 maka dapat disimpulkan:

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian pada klien Tn. S sebagai responden dalam penelitian Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Isolasi Sosial di Ruang Rawat Cendrawasih RSJ. Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2025 menunjukkan bahwa faktor predisposisi yang memengaruhi kondisi isolasi sosial terdiri dari faktor perkembangan, psikologis, dan sosial budaya. Temuan ini selaras dengan teori yang ada, sehingga tidak ditemukan perbedaan signifikan antara teori dan praktik di lapangan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien sesuai dengan landasan teori, di mana isolasi sosial menjadi masalah inti (core problem), dengan harga diri rendah sebagai penyebab, halusinasi sebagai dampaknya, dan resiko perilaku kekerasan juga sebagai dampaknya akibat langsung yang dapat terlihat pada klien isolasi sosial yaitu defisit perawatan diri.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan pendekatan teoritis yang relevan dengan masalah klien. Dimana peneliti melakukan intervensi keperawatan berdasarkan strategi pelaksanaan pada masalah isolasi sosial sebagai diagnosa utama yaitu melatih klien untuk berkenalan dengan orang lain, dimulai dari perawat hingga 4–5 orang lainnya, serta melatih klien bercakap-cakap selama aktivitas harian dan saat mengikuti kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) sesi ketiga, yang dijadwalkan dari ruangan. Intervensi untuk halusinasi meliputi teknik menghardik, patuh minum obat, serta komunikasi dan aktivitas terstruktur. Sementara itu, pada harga diri

rendah, intervensi dilakukan dengan menggali dan melatih empat aktivitas yang disukai klien secara bertahap.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan, berdasarkan strategi pelaksanaan masing-masing diagnosa. Seluruh tahapan strategi telah diterapkan pada diagnosa isolasi sosial, halusinasi, dan harga diri rendah.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi keperawatan, penulis melaksanakan asuhan keperawatan terhadap klien atas nama Tn. S yang berlangsung sejak tanggal 10 Februari hingga 18 Februari 2025. Berdasarkan hasil evaluasi, diagnosa utama yaitu isolasi sosial menunjukkan kemajuan yang signifikan. Hal ini dibuktikan dengan kemampuan klien dalam mempraktikkan keterampilan sosial secara bertahap, dimulai dari berkenalan dengan perawat, dilanjutkan dengan berkenalan dengan satu hingga beberapa individu lainnya. Selain itu, klien mampu mengikuti kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) yang diselenggarakan di ruang perawatan. Dalam kegiatan tersebut, klien terlibat dalam interaksi sosial dengan anggota kelompok lain, meskipun masih memerlukan dukungan dari perawat untuk mempertahankan interaksinya.

Evaluasi terhadap diagnosa halusinasi juga menunjukkan hasil yang positif. Klien tampak mampu mengelola halusinasinya melalui beberapa teknik pengendalian diri yang telah diajarkan sebelumnya, seperti melakukan konfrontasi verbal (menghardik), patuh terhadap pengobatan farmakologis, menjalin komunikasi dengan individu di sekitarnya, serta aktif dalam menjalani aktivitas harian yang telah dijadwalkan.

Adapun pada diagnosa harga diri rendah, ditemukan adanya peningkatan dalam persepsi diri klien. Klien dapat mengidentifikasi dan mengapresiasi potensi serta kemampuan yang dimilikinya. Klien juga mengungkapkan perasaan senang saat mampu melakukan aktivitas yang dianggap bermanfaat

bagi orang lain. Namun demikian, meskipun klien telah mampu memilih dan melaksanakan beberapa kegiatan harian yang diminatinya, masih ditemukan ketergantungan dalam pelaksanaannya, sehingga diperlukan bimbingan lanjutan untuk mencapai kemandirian secara optimal.

Diagnosis keperawatan resiko perilaku kekerasan pada klien teratasi, dibuktikan dengan perkembangan dari kondisi klien yaitu klien sudah dapat mengontrol perasaan marahnya, klien sudah merasa tenang dan tidak kesal lagi, klien sudah mampu untuk melakukan strategi pelaksanaan berupa memukul bantal atau kasur dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam, patuh minum obat, meminta dan menolak dengan cara yang baik, dan melakukan cara spiritual jika merasa marah. Untuk strategi pelaksanaan patuh minum obat klien masih harus dilakukan pendampingan dan pengawasan oleh perawat yang berada di ruangan.

Diagnosis keperawatan defisit perawatan diri pada klien teratasi, dibuktikan dengan perkembangan kondisi klien yaitu kuku pasien sudah tampak pendek dan bersih, rambut klien yang sudah pendek dan bersih, klien sudah memakai sandal, dan klien sudah mampu melakukan strategi pelaksanaan secara mandiri yaitu dengan melakukan mandi, berhias, makan dan BAB serta BAK dengan baik dan benar.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa terhadap klien dengan isolasi sosial diharapkan dapat menjadi sarana pembelajaran langsung bagi mahasiswa dalam menerapkan teori yang telah diperoleh di bangku perkuliahan ke dalam praktik nyata di lapangan.

2. Bagi Rumah Sakit

Melalui Direktur RSJ. Prof. HB. Saanin Padang khususnya pada perawat di ruangan agar dapat mempertahankan kemampuan klien berinteraksi secara mandiri, melanjutkan kegiatan TAKS, mengajak klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sosial, tetap memantau kondisi klien, memberikan

motivasi dan reinforcement positif terhadap latihan dan kegiatan yang dilakukan agar klien tidak lagi mengalami isolasi sosial.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi referensi tambahan dalam pengembangan karya tulis ilmiah dan literatur keperawatan jiwa, khususnya di lingkungan Poltekkes Kemenkes RI Padang, serta menambah wawasan mahasiswa dalam memahami penatalaksanaan klien dengan gangguan isolasi sosial.

DAFTAR PUSTAKA

1. Azhari NK, Anggarawati T, Kandar. Gambaran Faktor Predisposisi Biologi Pada Klien Gangguan Jiwa Di RSJD Dr. Amino Gondhohutomo Semarang. J Keperawatan Sisthana. 2023;8(1):6–11.
2. Ralini L, Gustina E, Yuda M. Komunikasi Terapeutik Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Jwa Pof. Dr. M. Ildrem Medan. SENTRI J Ris Ilm. 2024;3(2):611–21.
3. Sakti DW, Yosep I, Maulana I. Social Skills Training Therapy To Reduce Symptoms of Social Isolation in Affective Schizophrenia Patients : a Case Study. SENTRI J Ris Ilm. 2023;2(7):2688–93.
4. WHO. World Health Statistics. World Health, 1-177. 2020. 34 p.
5. SKI. Dalam Angka Dalam Angka. Kota Kediri Dalam Angka. 2023;1–68.
6. Dinkes Padang. Laporan Tahunan Tahun 2021 Edisi Tahun 2022. Dinkes Padang [Internet]. 2022;<https://dinkes.padang.go.id/laporan-tahunan-tahun-2021-edisi-tahun-2022>. Available from: <https://dinkes.padang.go.id/laporan-tahunan-tahun-2021-edisi-tahun-2022>
7. Skizofrenia LB, Tenggara A, Hakim M, Timur J. BAB I. 2022;1–6.
8. Damanik RK, Amidos Pardede J, Warman Manalu L. Terapi Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi Pasien Skizofrenia Dengan Isolasi Sosial. J Ilmu Keperawatan dan Kebidanan. 2020;11(2):226.
9. Agustina F, Rafiyah I. Intervensi Latihan Keterampilan Sosial Pada Pasien Isolasi Sosial: a Case Report. SENTRI J Ris Ilm. 2023;2(8):2922–31.
10. Renidayati. Pengaruh Sosial Skills Training pada Klien Isolasi Sosial di Rumah Sakit Jiwa HB. Saanin Padang Sumatera Barat. Univ Indones. 2008;
11. Listiqamah L, Syarniah, Mulyani Y. Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kemampuan Sosialisasi PAda Klien Isolasi Sosial. J Citra Keperawatan. 2018;6(1):23–32.
12. Aji Raka Prihutomo. Upaya Meningkatkan Sosialisasi dengan Melatih Cara Berkenalan pada Klien Isolasi Sosial : Menarik Diri. Naskah Publ. 2017;6.
13. Sutejo. Keperawatan Jiwa Konsep Dan Praktik Asuhan Keperawatan

Kesehatan Jiwa, Gangguan Jiwa Dan Psikososial. Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2022.

14. Yuswatiningsih E, Rahmawati IMH. Terapi Social Skill Training (SST) Untuk Klien Isolasi Sosial. Mojokerto: Stikes Majapahit; 2020. 1–128 p.
15. Feri Agustriyani dkk. Terapi Non Farmakologi pada pasien Skizofrenia. 1st ed. Pekalongan: PT NEM; 2024.
16. Slametiningih, Yunitri N, Nuraenah, Hendra. Buku Ajar Kep Jiwa Gangguan Penelitian. Bukuajar [Internet]. 2019;(KEPJIWA):1–91. Available from: https://repository.umj.ac.id/12864/1/BUKU_AJAR KEP_JIWA GANGGUAN PENELITIAN new.pdf
17. Sutejo. Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru; 2017.
18. Tim Pokja SDKI DPP PPNI. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. 1st ed. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI; 2018. D.0121.
19. Khosim Azhari N, Difa Labela. Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Untuk Peningkatan Kemampuan Berinteraksi Pada Pasien Isolasi Sosial Di Rsj Prof. Dr. Soerojo Magelang. J Keperawatan Sisthana. 2022;7(2):37–42.
20. Hastutiningtyas. Peran Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi Terhadap Kemampuan Interaksi Sosial Dan Masalah Isolasi Sosial. J Care. 2018;4(3):62–9.
21. Risal, M., Hamu, A. H., Litaqia, W., Dewi, E. U., Sinthania, D., Zahra, Z. EA. Ilmu Keperawatan Jiwa. Ilmu Keperawatan Jiwa. Bandung: Media Sains Indonesia.; 2022.
22. Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu J. Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart. Edisi Indo. Singapura: Elsevier; 2016.
23. Stuart GW. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 5. Jakarta: EGC; 2013.
24. Veolina Irman, Nike Puspita Alwi HP. Buku Ajar:Ilmu Keperawatan Jiwa 1. UNP Press Padang; 2016.
25. Nursalam. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Salemba Medika; 2015.
26. Muhith A. Pendidikan Keperawatan Jiwa. CV Andi Offset; 2015.
27. Hutagalung AO. Pengkajian Dalam Sistem Proses Keperawatan. 2020;1–10.

Available from: <https://osf.io/preprints/4jkz9/>

28. Fadly M, Hargiana G. Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Pada Klien Isolasi Sosial Pasca Pasung. *Faletehan Heal J.* 2018;5(2):90–8.
29. Azizah LM, Zinuri I, Akbar A. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik by Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar (z-lib.org).pdf. *Z-LibOrg.* 2016;657.
30. Aji Raka Prihutomo. Upaya meningkatkan Sosialisasi Dengan Melatih Cara Berkenalan Pada Klien Isolasi Sosial: Menarik Diri. Vol. 6, Naskah Publikasi. Muhammadiyah Surakara; 2017.
31. Harkomah I. Pengaruh Terapi Social Skills Training (SST) dan Terapi Suportif terhadap Keterampilan Sosialisasi pada Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Indones J Heal Sci.* 2018;2(1):65.
32. Berhimpong, E., Rompas, S., & Karundeng M. Pengaruh Latihan Keterampilan Sosialisasi Terhadap Kemampuan Berinteraksi Klien Isolasi Sosial Di RSJ Prof. Dr. V. L. Ratumbuang Manado. *J keperawatan UNSRAT.* 2016;4:1.
33. Nurhalimah. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Pusdik SDM Kesehatan; 2016.
34. Deden, D. & R. Keperawatan Jiwa; Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan keperawatan jiwa. Yogyakarta: Penerbitan Gosyen; 2015.
35. Purba S sita holongi roseane. Pengaruh Self-Management Support terhadap Efikasi Diri Dan Perilaku Perawatan Diri Pasien Hipertensi Di Puskesmas Dinoyo Malang. Universitas Brawijaya. 2019. 208 p.
36. Yusuf A. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jagakarsa, Jakarta Selatan: Salemba Medika; 2015.
37. Maftuhah, & Noviekayati I. Teknik Reinforcement Positif Untuk Meningkatkan Kemampuan Interaksi Sosial Pada Kasus Skizofrenia. Vol. 4 (2). *Philantropy*; 2020. 158–171 p.
38. Ayu Candra Krirana S. Gambaran Kemampuan Interaksi Sosial Pasien Isolasi Sosial Setelah Pemberian Social Skills Therapy Di Rumah Sakit Jiwa. *J Heal Sci.* 2018;11:1.

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

A. Pengkajian

Ruang Rawat : Cendrawasih

Tanggal Rawat : 31 Januari 2025

I. Identitas Klien

Inisial Klien : Tn. S

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Umur : 26 tahun

No. Rekam Medis : 052629

Alamat Lengkap : Tuik Koto Gunung Batang Kapas Pesisir Selatan

Tanggal Pengkajian : 10 Februari 2025

Informasi : Rekam medik dan Pasien

II. Alasan Masuk

Klien masuk RSJ Prof. HB. Saanin Padang melalui IGD dan di pindahkan ke ruang rawat Cendrawasih RSJ Prof. HB. Saanin Padang pada tanggal 31 Januari 2025. Klien dibawa oleh ibunya untuk pertama kalinya dengan keluhan klien sakit sejak 1 tahun yang lalu, penyebab awal karena merantau ke Pulau Jawa, dengan gejala awal klien banyak diam, menyendiri, merasa takut dengan lingkungan sekitar, melihat-lihat kearah tertentu, klien berobat ke RSUD BKM Pessel 3 minggu sebelum masuk RS, tidak mau minum obat dirumah, klien putus obat 2 minggu ini, seminggunya pasien gelisah dan seminggu setelah itu pasien tidak mau bicara dengan keluarga dirumah, tidak keluar kamar, dikamar kadang menangis, cenderung mengikuti kemauan sendiri, kadang marah jika dipaksa untuk bicara, pernah bertengkar dengan adiknya karena HPnya dipinjam dan rusak sehingga klien memukul adiknya dengan parang, berkata kasar dan kotor, meninju dinding rumah karena merasa orang dirumahnya berisik, mengatakan melihat bayangan hantu, dirumah klien jarang berjalan keluar, pernah jalan keluar tapi tidak tau arah pulang, klien merasa curiga dijahati dan dibicarakan orang lain, tidak ingat untuk makan dan mandi, tidur malam kurang banyak termenung, kontak mata tidak ada, klien terlihat seperti orang tidak punya semangat hidup.

III. Faktor Predisposisi

1. Gangguan Jiwa Dimasa Lalu

Klien sebelumnya berobat di RSUD BKM Pessel dan baru pertama kali di rawat di RSJ Prof.HB.Sa'anin Padang.

2. Pengobatan Sebelumnya

Klien sebelumnya tidak mau minum obat dirumah dan putus obat sudah sejak 1 minggu sebelum di rawa, sehingga pengobatan sebelumnya pada klien tidak berhasil.

3. Trauma

1) Aniaya Fisik

Klien tidak pernah melakukan penganiayaan fisik dan menjadi korban dari penganiayaan fisik

2) Aniaya Seksual

Klien tidak pernah melakukan penganiayaan seksual, menjadi korban ataupun menjadi saksi dari penganiayaan seksual

3) Penolakan

Klien pernah mengalami masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu ditolak seseorang dengan alasan wajahnya yang tidak tampan dan tidak punya uang.

4) Kekerasan Dalam Keluarga

Klien pernah memukul saudaranya dengan parang karena merasa kesal, tetapi klien tidak pernah menjadi korban kekerasan

5) Tindakan Kriminal

Klien tidak mempunyai catatan kriminal, tidak pernah berurusan dengan polisi, tidak pernah menjadi korban maupun saksi dari tindakan kriminal

4. Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa

Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti klien

5. Pengalaman Masalah Yang Tidak Menyenangkan

Klien mengaku stress dan bingung dengan hidupnya di rantau sangat sulit untuk mendapatkan uang, terlebih keluarga di rantau tidak terlalu memperhatikannya. Klien pernah mengalami masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu ditolak seseorang dengan alasan wajahnya yang tidak tampan.

IV. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-Tanda Vital

TD : 120/100 mmhg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,7 °C

RR : 18 x/menit

2. Ukuran

TB : 157 cm

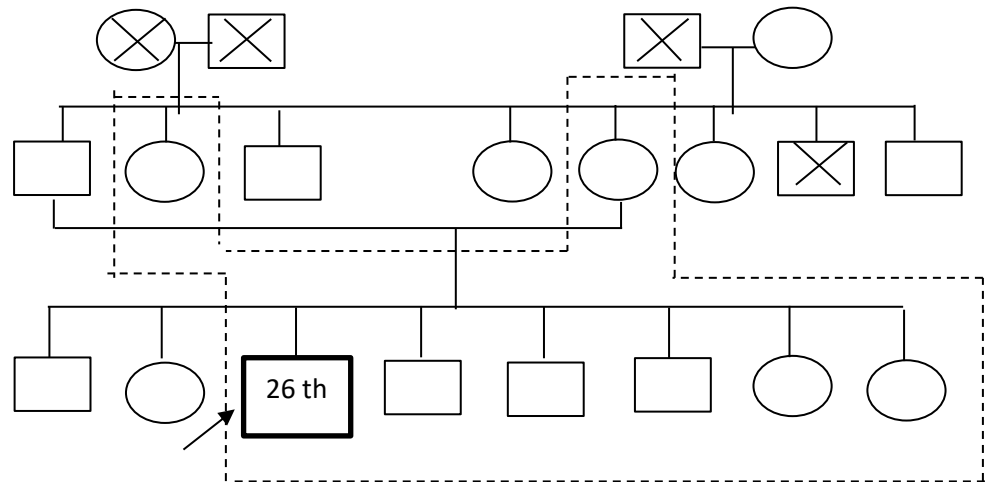
BB : 45 kg

3. Keluhan Fisik

Klien mengatakan sering merasa letih dan sakit kepala

V. Psikososial

1. Genogram



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Pasien



: Tinggal satu rumah



: Meninggal

Dari data RM Tn.S merupakan anak ketiga dari delapan orang bersaudara. Klien tinggal bersama orang tuanya dan adiknya yang masih sekolah, Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti klien.

2. Konsep Diri

1) Citra Tubuh

Klien mengatakan bahwa ia menyukai semua anggota tubuhnya kadang merasa wajahnya tidak tampan

2) Identitas Diri

Klien merupakan seorang anak sekaligus kakak dan adik di keluarganya

3) Peran Diri

Perannya sebagai anak di dalam keluarganya merasa belum bisa membahagiakan orang tuanya

4) Ideal Diri

Klien ingin cepat sembuh dari penyakitnya dan bisa segera pulang ke rumah dan bekerja lagi

5) Harga Diri

Klien merasa tidak berguna untuk orang lain.

3. Hubungan Sosial

1) Orang Terdekat

Klien mengatakan orang terdekat dengan dirinya adalah adiknya nomor 2, klien selama dirawat tidak mempunyai teman terdekat sehingga tampak bosan dan kesepian.

2) Peran Serta Dalam Kegiatan Kelompok Atau Masyarakat

Klien jarang ikut serta dalam kegiatan kelompok masyarakat disekitar rumahnya

3) Hambatan Dalam Berhubungan Dengan Orang Lain

Klien di Rumah Sakit tidak ada orang yang dekat dengannya dan tidak mempunyai teman di rumah sakit. Klien tampak sering menyendiri, sering tidur, tidak mau berbicara jika tidak ada stimulus yang kuat, kontak mata klien tidak ada, ekspresi wajah klien tidak berseri, datar dan dangkal, klien asik dengan pikirannya sendiri, klien tampak kurang energy atau tenaga dan klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain.

4. Spiritual

1) Nilai dan Keyakinan

Klien beragama islam, percaya kepada Allah SWT dan Tn.S mengetahui bahwa penyakit yang dideritanya merupakan ujian dari Allah SWT.

2) Kegiatan Ibadah

Klien tidak pernah melaksanakan sholat 5 waktu selama di rawat di Rumah Sakit.

VI. Status Mental

1. Penampilan

Klien tampak kurang rapi dari segi pemakaian bedak yang tidak rata dan pemasangan baju yang terbalik, dan klien mengatakan tidak mandi kemarin sore, rambut rapi setelah dopotong perawat ruangan, dan kuku panjang.

2. Pembicaraan
Klien cukup kooperatif, klien tampak sering menunduk, kontak mata tidak ada, klien tidak mampu memulai pembicaraan, klien banyak diam, klien berbicara lambat dengan volume kecil.
3. Alam Perasaan
Alam perasaan klien sering berubah-ubah. klien kadang mau diajak bicara kadang tidak mau diajak bicara. Kadang hanya menjawab satu pertanyaan lalu pergi, mau diajak bicara lagi setelah beberapa waktu. Klien mengatakan ia merasa sedih karena dibawa ke Rumah Sakit Jiwa.
4. Afek
Klien mempunyai afek tumpul hanya mau bereaksi apabila diberi stimulus yang kuat.
5. Interaksi Selama Wawancara
Saat berinteraksi klien tampak lesu tidak ada semangat, dan banyak diam.
6. Persepsi
Klien mengatakan ia melihat bayangan hantu tidak berwujud memanggil namanya.
7. Proses Pikir
Pada saat berinteraksi klien sering diam dan terhenti sejenak lalu dilanjutkan kembali apabila diberi pertanyaan ulang
8. Isi Pikir
Klien memiliki perasaan curiga orang lain tidak suka pada dirinya.
9. Tingkat Kesadaran
Klien tampak bingung, namun ia mengetahui dimana ia berada saat sekarang ini.
10. Memori
Klien tidak memiliki masalah dalam ingatan jangka pendek maupun jangka panjang
11. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung
Klien kurang konsentrasi dalam berinteraksi tampak waspada jika ada orang lain yang mendengarkan selain perawat, dan mudah teralihkan tampak jika ada temannya yang duduk disebelah klien langsung diam dan pergi.
12. Kemampuan Penilaian
Klien mampu melakukan penilaian yang sederhana seperti cuci tangan dahulu sebelum makan
13. Daya Tilik Diri
Klien mengatakan ia menyadari karena penyakitnya ia di bawa ke Rumah Sakit Jiwa.

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan

Klien makan 3 kali/hari dengan menghabiskan makanan yang disediakan, Klien makan dengan tenang dan tidak mengganggu teman-temannya, makan sambal bermenung. Setelah makan klien mampu meletakkan tempat makannya ditempat yang dianjurkan kemudian cuci tangan. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan.

b. BAB/BAK

Klien mampu BAB/BAK secara mandiri ke kamar mandi yang ada diruangan.

c. Mandi

Klien mengatakan mandi 1x/hari secara mandiri kadang tidak mandi dan menggosok gigi secara mandiri.

d. Berpakaian/Berhias

Klien kurang rapi karena memakai bedak tidak rata dan pemasangan baju sering terbalik.

e. Istirahat dan Tidur

Klien sering tidur setelah kegiatan olahraga dan penyuluhan pagi kemudian setelah makan siang klien kembali tidur dan hanya bangun untuk minum, ke kamar mandi dan di panggil oleh perawat ruangan. Klien juga mengatakan bahwa di malam hari ia sering tidur jam 21.00 wib kadang lewat dan bangun pagi jam 06.00 wib, klien bisa melihat jam yang ada diruangan.

f. Penggunaan Obat

Klien teratur minum obat yaitu 3 kali/hari dengan diawasi perawat

g. Kegiatan di Dalam Rumah

Klien mengatakan bahwa saat ia pulang ia akan membantu kegiatan orang tuanya.

VIII. Mekanisme Koping

Klien mempunyai mekanisme koping yang maladaptive yaitu klien sering menyendiri, lebih memilih tidur dari pada berinteraksi dengan orang lain, berbicara klien lambat dengan volume kecil, klien mengatakan jika ada masalah ia sering memendamnya sendiri dan memilih diam.

IX. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

a. Masalah dengan Dukungan Kelompok

Klien tidak mempunyai masalah dengan dukungan kelompok, tapi ia merasa orang-orang membicarakannya sejak dia berobat ke RS

b. Masalah Berhubungan dengan Lingkungan

Klien tidak mau berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya

- c. Masalah dengan Pendidikan
klien bersekolah sampai SMA dan tidak melanjutkan perguruan tinggi karna memilih untuk bekerja
- d. Masalah dengan Pekerjaan
Klien pernah bekerja dengan keluarga ayahnya, namun sejak sakit tidak pernah bekerja lagi
- e. Masalah dengan Perumahan
Klien tidak mempunyai masalah dengan tempat tinggalnya, ia nyaman tinggal di rumah bersama orang tuanya
- f. Masalah Ekonomi
Sejak klien tidak bekerja masalah ekonomi ditanggung oleh orang tua dan kakaknya
- g. Masalah dengan Pelayanan Kesehatan
Klien sebelumnya berobat ke RSUD BKM Pessel 3 minggu sebelum masuk RS, tidak mau minum obat dirumah, klien putus obat 2 minggu sebelum masuk RS

X. Pengetahuan

Klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, klien mengatakan hanya tau dirinya sakit dan berobat

XI. Aspek Medik

- a. Diagnosa Medik : Skizofrenia
- b. Terapi Medik : *Risperidon* 2x2 mg sesudah makan, *Lorazepam* 1x0,5 mg diminum malam hari,

XII. Analisa Data

No.	Data	Masalah
1.	DS: <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan merasa kesepian dan merasa bosan Klien mengatakan tidak mempunyai teman dekat Klien mengatakan dirinya ingin sendiri tidak ingin diganggu Klien mengatakan malas berbicara dengan orang lain DO: <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak diam dan duduk menyendiri 	Isolasi Sosial

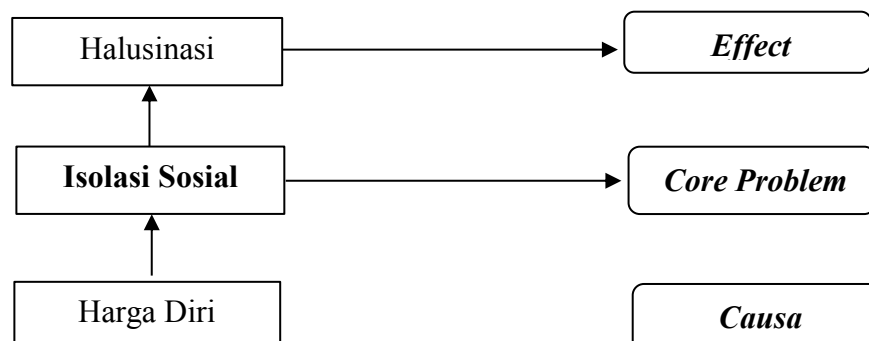
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Klien tampak sering tidur 3. Klien tampak sering menunduk dan kontak mata tidak ada 4. Ekspresi wajah klien datar tidak berseri 5. Klien tampak tidak semangat melakukan aktivitas 6. Klien bicara lambat dengan volume yang kecil 7. Klien hanya menjawab singkat setiap ditanya 8. Klien tampak focus dengan dirinya sendiri 	
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan melihat bayangan putih 2. Klien mengatakan melihat bayangan putih lebih sering di siang hari 3. Klien mengatakan bayangan yang ia lihat tersebut sebesar dirinya 4. Klien mengatakan bayangan itu muncul saat sendiri dan melamun sehingga itu membuatnya terganggu 5. Klien mengatakan jika ia melihat bayangan itu merasa gelisah dan cemas namun hanya bisa diam tidak tau harus melakukan apa <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak menyendiri 2. Klien tampak melihat kearah yang tidak tentu saat melakukan kegiatan dan saat sendiri 3. Klien lebih banyak diam dan tidur 	Halusinasi
3.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan dirinya merasa tidak berguna bagi orang sekitarnya 2. Klien mengatakan tidak berbicara dengan orang sekitar 3. Klien mengatakan tidak mengetahui kegiatan yang harus dilakukan 	Harga Diri Rendah

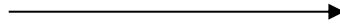
	<p>4. Klien mengatakan bingung dengan kemampuan yang bisa diandalkan</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak sering menyendiri dan banyak diam 2. Kontak mata klien tidak ada saat berbicara 3. Nada bicara klien lambat dengan volume kecil 4. Klien tampak malas melakukan kegiatan 5. Klien tampak sering tidur 	
4.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan hanya mandi 1 kali sehari dan kadang tidak mandi <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak kurang rapi 2. Kuku klien panjang 3. Wajah klien tampak kusam 4. Klien memakai baju terbalik 5. Klien memakai bedak tidak rata 	Defisit Perawatan Diri

XIII. Daftar Masalah Keperawatan

1. Isolasi Sosial
2. Halusinasi
3. Harga Diri Rendah
4. Resiko Perilaku Kekerasan
5. Defisit Perawatan Diri

XIV. Pohon Masalah





XV. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Isolasi Sosial
2. Halusinasi
3. Harga Diri Rendah
4. Resiko Perilaku Kekerasan
5. Defisit Perawatan Diri

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn.S

No.MR : 052629

Ruangan : Cendrawasih

No.	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan		
		Tujuan	Kriteria	Tindakan
1.	Isolasi Sosial	Klien mampu berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak terjadi menarik diri dari lingkungan	Setelah melakukan 2-4 kali pertemuan diharapkan klien mampu berkenalan dan berinteraksi dengan cara: 1. Melatih klien bercakap-cakap secara bertahap dengan berkenalan antara pasien dan perawat atau dengan satu orang lain 2. Melatih klien bercakap-cakap dengan berkenalan 2-3 orang 3. Melatih klien bercakap-cakap dengan 4-5 orang 4. Melatih klien bercakap-cakap dengan	SP 1 Klien: 1. Membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien sebagai dasar interaksi terapeutik 2. Membantu pasien mengenali faktor-faktor penyebab munculnya masalah isolasi sosial 3. Mengajak pasien untuk berdiskusi mengenai manfaat memiliki teman serta konsekuensi dari menghindari hubungan sosial 4. Melatih pasien untuk berbicara secara bertahap, dimulai dengan satu orang atau perawat sebagai lawan bicara. 5. Menyusun dan memasukkan latihan interaksi sosial ke dalam jadwal

			kelompok sambil melakukan kegiatan harian	kegiatan harian pasien SP 2 Klien: 1. Memvalidasi kemampuan pasien dalam melakukan pengenalan dan memberikan reinforcement positif 2. Melatih keterampilan komunikasi pasien dalam konteks aktivitas harian yang melibatkan interaksi dengan dua hingga tiga orang di ruang rawat 3. Menggali perasaan pasien setelah melakukan interaksi sosial. 4. Menambahkan kegiatan ini dalam jadwal harian pasien SP 3 Klien: 1. Mengevaluasi serta memvalidasi kemampuan pasien dalam berkenalan dan berkomunikasi selama kegiatan harian, serta memberikan pujian atas keberhasilannya
--	--	--	---	---

				<p>2. Melatih keterampilan berbicara dalam aktivitas harian dengan melibatkan empat hingga lima orang di ruang rawat</p> <p>3. Mengidentifikasi perasaan pasien setelah melakukan interaksi tersebut.</p> <p>4. Memasukkan kegiatan dalam agenda harian pasien.</p> <p>SP 4 Klien:</p> <p>1. Memvalidasi kapasitas pasien dalam berkenalan dan berbicara dengan empat sampai lima individu, serta memberikan apresiasi</p> <p>2. Menggali respon emosional pasien setelah berpartisipasi dalam kegiatan</p> <p>3. Melatih keterampilan sosial dalam konteks kegiatan kelompok</p> <p>4. Menjadwalkan latihan tersebut dalam rutinitas harian pasien</p>
--	--	--	--	---

2.	Halusinasi	Klien mampu mengontrol halusinasi sehingga klien merasa nyaman	<p>Setelah melakukan 2-4 kali pertemuan diharapkan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghardik bayangan palsu 2. Minum obat dengan prinsip 6 benar minum obat 3. Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap 4. Melakukan Aktivitas yang terjadwal 	<p>SP 1 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien terhadap halusinasi yang dialaminya, termasuk konten, frekuensi, waktu muncul, pemicu, respons emosional, serta usaha pasien dalam mengendalikannya. 2. Memberikan edukasi terkait teknik pengendalian halusinasi, seperti dengan menghardik 3. Mengintegrasikan latihan teknik menghardik dalam jadwal harian pasien <p>SP 2 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi serta mengonfirmasi kemampuan pasien dalam mengenali dan mengendalikan halusinasi menggunakan teknik menghardik, disertai pujian atas kemampuannya 2. Menilai efektivitas penggunaan teknik menghardik dalam mengendalikan halusinasi
----	-------------------	--	--	---

				<p>3. Memberikan pelatihan pengendalian halusinasi dengan cara meningkatkan kepatuhan minum obat, serta menjelaskan pentingnya pengobatan, risiko bila tidak taat, prosedur perolehan obat, dan prinsip 6 benar pemberian obat (jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara, dan keberlanjutan).</p> <p>4. Menambahkan aktivitas minum obat secara teratur ke dalam jadwal harian</p> <p>SP 3 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan penilaian ulang terhadap gejala halusinasi 2. Memvalidasi kemampuan pasien dalam mengendalikan halusinasi dengan teknik menghardik dan kepatuhan terhadap pengobatan, serta memberikan penguatan positif 3. Mengevaluasi manfaat dari
--	--	--	--	--

				<p>penerapan kedua metode tersebut</p> <p>4. Melatih keterampilan berbicara dengan orang lain sebagai respons terhadap halusinasi.</p> <p>5. Mencantumkan latihan ini dalam jadwal kegiatan pasien</p> <p>SP 4 Klien:</p> <p>1. Menilai kembali gejala halusinasi yang muncul</p> <p>2. Mengonfirmasi kemampuan pasien dalam mengendalikan halusinasi melalui teknik menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap dengan individu lain, serta memberikan pujian</p> <p>3. Mengevaluasi manfaat dari penerapan strategi-strategi tersebut</p> <p>4. Memberikan pelatihan keterampilan mengontrol halusinasi dengan melibatkan pasien dalam aktivitas harian</p>
--	--	--	--	--

				membersihkan meja makan 5. Menyesuaikan jadwal harian pasien agar mencakup latihan-latihan tersebut
3.	Harga Diri Rendah	Klien mampu meningkatkan kepercayaan diri yang dimilikinya dengan melatih kemampuan yang dimilikinya sehingga klien tidak lagi merasa bahwa dirinya tidak berguna	Setelah melakukan 2-4 kali pertemuan diharapkan klien mampu meningkatkan harga diri dengan cara: 1. Mengkaji kemampuan yang dimiliki klien 2. serta melatih kegiatan pertama yang bisa dilakukan 3. Latihan kegiatan kedua yang telah disepakati klien 4. Latihan kegiatan ketiga yang telah disepakati klien 5. Latihan kegiatan ke empat yang telah	SP 1 Klien: 1. Mengidentifikasi persepsi pasien terhadap diri sendiri serta dampaknya terhadap relasi sosial, harapan yang telah dan belum tercapai, serta usaha yang telah dilakukan dalam mencapai harapan tersebut. 2. Mengidentifikasi potensi dan kemampuan positif yang masih dimiliki pasien dengan membuat daftar aktivitas. 3. Membantu pasien dalam mengevaluasi dan memilih kegiatan yang masih dapat dilaksanakan dari daftar tersebut 4. Menyusun daftar kegiatan yang sesuai untuk kondisi pasien saat ini, daftar keinginan yaitu menyapu, merapikan tempat tidur, mencuci gelas dan

			disepakati klien	<p>merapikan dan membersihkan meja makan</p> <p>5. Membimbing pasien dalam memilih salah satu kegiatan yang paling mungkin untuk dilatih</p> <p>6. Memberikan pelatihan pada kegiatan yang telah dipilih, yaitu merapikan tempat tidur</p> <p>SP 2 Klien:</p> <p>1. Mengevaluasi tanda harga diri rendah melalui validasi kemampuan pasien dalam menjalankan kegiatan pertama, serta memberikan reinforcement positif</p> <p>2. Menilai manfaat dari kegiatan pertama yang telah dilakukan.</p> <p>3. Membantu pasien dalam memilih kegiatan kedua yang akan dilatih</p> <p>4. Melatih pasien dalam menjalankan kegiatan kedua yaitu menyapu sesuai dengan prosedur dan alat bantu yang dibutuhkan</p> <p>5. Menjadwalkan dua kegiatan tersebut</p>
--	--	--	------------------	---

				<p>untuk dilakukan masing-masing dua kali per hari.</p> <p>SP 3 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi gejala harga diri rendah dengan memvalidasi kemampuan pasien dalam melaksanakan dua kegiatan sebelumnya, serta memberikan pujian 2. Menilai manfaat yang diperoleh dari kedua kegiatan dan membantu pasien memilih kegiatan ketiga 3. Memberikan pelatihan pada kegiatan ketiga yaitu mencuci gelas sesuai dengan cara dan alat yang digunakan 4. Mengatur tiga kegiatan tersebut dalam jadwal latihan harian, masing-masing dilakukan dua kali per hari. <p>SP 4 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi lanjutan terhadap data terkait harga diri rendah 2. Memvalidasi kemampuan pasien
--	--	--	--	--

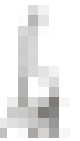
				<p>dalam melaksanakan tiga kegiatan sebelumnya dan memberikan pujian</p> <p>3. Menilai manfaat dari kegiatan keempat yang akan dilatih yaitu merapikan dan membersihkan meja makan, kemudian memberikan pelatihan sesuai dengan alat dan cara yang diperlukan</p> <p>4. Menambahkan kegiatan keempat tersebut dalam jadwal latihan harian dengan frekuensi dua kali per hari untuk setiap kegiatan.</p>
--	--	--	--	---


IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN


Nama Klien : Tn.S


No.MR : 052629


Ruangan : Cendrawasih

No	Hari/ tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Kamis/13 Februari 2025 09.00- 09.30 WIB	Isolasi Sosial	<p>SP 1 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> Membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien sebagai dasar interaksi terapeutik Membantu pasien mengenali faktor-faktor penyebab munculnya masalah isolasi sosial Mengajak pasien untuk berdiskusi mengenai manfaat memiliki teman serta konsekuensi dari menghindari hubungan sosial Melatih pasien untuk berbicara secara bertahap, dimulai dengan satu orang atau perawat sebagai lawan bicara Menyusun dan memasukkan latihan interaksi sosial ke dalam jadwal 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan tidak suka mengobrol dengan orang lain, tidak suka cara temannya menatapnya Klien mengatakan ingin pulang saja <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak menyendiri Klien tampak sering tidur Kontak mata klien saat berinteraksi kurang dan menghindari kontak mata dengan pasien lain maupun <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> Isolasi Sosial SP 1 Isolasi Sosial belum mandiri <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> Optimalkan SP 1 Isolasi Sosial (Melatih cara berkenalan) lanjut SP 2 Isolasi Sosial 	



			kegiatan harian pasien	b. Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien	
2.	Kamis/13 Februari 2025 13.00-13.30 WIB	Halusinasi	<p>SP 1 Klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengkaji tingkat kesadaran pasien terhadap halusinasi yang dialaminya, termasuk konten, frekuensi, waktu muncul, pemicu, respons emosional, serta usaha pasien dalam mengendalikannya b. Memberikan edukasi terkait teknik pengendalian halusinasi, seperti dengan menghardik c. Mengintegrasikan latihan teknik menghardik dalam jadwal harian pasien 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan melihat bayangan putih sebesar dirinya, b. Klien mengatakan bayangan tersebut muncul saat klien sendiri dan saat klien melamun c. Klien mengatakan bayangan tersebut hilang saat klien tidur d. Klien mengatakan saat bayangan tersebut muncul klien merasa gelisah dan cemas namun tidak tau harus melakukan apa <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak sering menyendiri b. Kontak mata klien kadang melihat ke arah lain c. Klien tampak mampu mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Halusinasi masih ada b. SP 1 Halusinasi belum mandiri 	

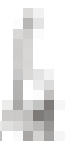
				<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Optimalkan SP 1 Halusinasi (Menghardik) dan lanjut SP 2 Halusinasi (Mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat) b. Memasukan pada jadwal kegiatan harian klien 	
3.	<p>Kamis/13 Februari 2025</p> <p>10.00-10.30 WIB</p>	Harga Diri Rendah	<p>SP 1 Klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi persepsi pasien terhadap diri sendiri serta dampaknya terhadap relasi sosial, harapan yang telah dan belum tercapai, serta usaha yang telah dilakukan dalam mencapai harapan tersebut b. Mengidentifikasi potensi dan kemampuan positif yang masih dimiliki pasien dengan membuat daftar aktivitas c. Membantu pasien dalam mengevaluasi dan memilih kegiatan yang masih dapat dilaksanakan dari daftar tersebut 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan bisa membersihkan tempat tidur, menyapu, mengepel, mencuci gelas dan piring, menggelap meja, merapikan meja. b. Klien mengatakan ingin membersihkan tempat tidur untuk kegiatan pertama c. Klien mengatakan alat yang digunakan untuk tempat tidur yaitu kasur, selimut, bantal <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mau melakukan kegiatan b. Klien mampu membersihkan tempat tidur, walaupun tidak terlalu rapi c. Klien tampak senang diberi pujian 	

			<p>d. Menyusun daftar kegiatan yang sesuai untuk kondisi pasien saat ini, daftar keinginan yaitu menyapu, merapikan tempat tidur, mencuci gelas dan merapikan dan membersihkan meja makan</p> <p>e. Membimbing pasien dalam memilih salah satu kegiatan yang paling mungkin untuk dilatih</p> <p>f. Memberikan pelatihan pada kegiatan yang telah dipilih, yaitu merapikan tempat tidur</p>	<p>A:</p> <p>a. Klien mampu membersihkan tempat tidur secara mandiri dan memasukkan kegiatan membersihkan tempat tidur kedalam jadwal harian</p> <p>P:</p> <p>a. Optimalkan SP 1 (membersihkan tempat tidur)</p> <p>b. Lanjutkan ke SP 2 (menyapu teras)</p> <p>c. Masukan dalam jadwal kegiatan harian</p>	
4.	Jumat/14 Februari 2025 09.00-09.30 WIB	Isolasi Sosial	<p>SP 2 Klien:</p> <p>a. Memvalidasi kemampuan pasien dalam melakukan perkenalan dan memberikan reinforcement positif</p> <p>b. Melatih keterampilan komunikasi pasien dalam konteks aktivitas harian yang melibatkan interaksi dengan</p>	<p>S:</p> <p>a. Klien mengatakan mau berkenalan dengan orang lain tapi minta ditemani</p> <p>b. Klien mengatakan bahwa ia kadang lupa nama teman yang diajak berkenalan namun wajahnya masih ingat</p> <p>O:</p> <p>a. Klien mampu berkenalandengan 2-3</p>	

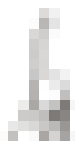
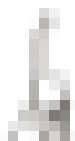
			<p>dua hingga tiga orang di ruang rawat</p> <p>c. Menggali perasaan pasien setelah melakukan interaksi sosial</p> <p>d. Menambahkan kegiatan ini dalam jadwal harian pasien</p>	<p>orang namun masih perlu dibimbing</p> <p>b. Suara klien masih pelan dan lambat</p> <p>c. Kontak mata klien masih kurang namun sudah tidak sering menunduk</p> <p>d. Ekspresi wajah klien masih kurang berseri dan kurang energy</p> <p>A:</p> <p>Isolasi Sosial</p> <p>P:</p> <p>a. Optimalkan SP 2 Isolasisosial dan lanjut SP 3 Isolasi Sosial</p> <p>b. Masukan pada jadwalkegiatan harian klien</p>	
5.	<p>Jumat/14 Februari 2025</p> <p>13.00-13.30 WIB</p>	Halusinasi	<p>SP 2 Klien:</p> <p>a. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi serta mengonfirmasi kemampuan pasien dalam mengenali dan mengendalikan halusinasi menggunakan teknik menghardik, disertai pujian atas kemampuannya</p> <p>b. Menilai efektivitas penggunaan teknik menghardik dalam mengendalikan halusinasi</p>	<p>S:</p> <p>a. Klien mengatakan masih melihat bayangan putih</p> <p>b. Klien mengatakan bisa melakukan cara mengontrol halusinasi. dengan cara menghardik</p> <p>c. Klien mengatakan sebelumnya tidak mengetahui nama obat yang diminum dan prinsip 6 benar minum obat</p> <p>d. Klien mengatakan. saat minum obat biasanya langsung</p>	


			<p>c. Memberikan pelatihan pengendalian halusinasi dengan cara meningkatkan kepatuhan minum obat, serta menjelaskan pentingnya pengobatan, risiko bila tidak taat, prosedur perolehan obat, dan prinsip 6 benar pemberian obat (jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara, dan keberlanjutan).</p> <p>d. Menambahkan aktivitas minum obat secara teratur ke dalam jadwal harian</p>	<p>diberikan perawat dan langsung diminum</p> <p>e. Klien mengatakan akan rutin minum obat dan tidak putus obat lagi.</p> <p>O:</p> <p>a. Klien tampak sudah mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik secara mandiri</p> <p>b. Kontak mata klien saat berinteraksi masih kurang</p> <p>c. Klien tampak berusaha mengingat nama obat yang diminumnya namun klien ingat warna obat, fungsinya dan akibat jika tidak minum obat</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P:</p> <p>a. Optimalkan SP 2 Halusinasi dan lanjutkan SP 3 Halusinasi (Mengontrol Halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain)</p> <p>b. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian klien</p>	
--	--	--	--	--	--

6.	Jumat/14 Februari 2025 08.00- 09.00 WIB	Harga Diri Rendah	<p>SP 2 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengevaluasi tanda harga diri rendah melalui validasi kemampuan pasien dalam menjalankan kegiatan pertama, serta memberikan reinforcement positif Menilai manfaat dari kegiatan pertama yang telah dilakukan Membantu pasien dalam memilih kegiatan kedua yang akan dilatih Melatih pasien dalam menjalankan kegiatan kedua yaitu menyapu sesuai dengan prosedur dan alat bantu yang dibutuhkan Menjadwalkan dua kegiatan tersebut untuk dilakukan masing-masing dua kali per hari. 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan ada membersihkan tempat tidur setiap bangun tidur Klien mengatakan akan menyapu teras Klien mengatakan alat yang digunakan untuk menyapu yaitu sapu dan sekop sampah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mampu menyapu dengan baik Kontak mata kadang ada kadang tidak Nada suara masih pelan <p>A:</p> <p>Klien mampu menyapu secara mandiri</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> Optimalkan SP 1 dan 2 (membersihkan tempat tidur dan menyapu) lanjutkan SP 3 (mencuci gelas di wastafel) 	
7.	Sabtu/15 Februari 2025 09.00- 09.30 WIB	Isolasi Sosial	<p>SP 3 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengevaluasi serta memvalidasi kemampuan pasien dalam berkenalan dan berkomunikasi selama kegiatan 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mengingat teman-teman yang sudah diajak berkenalan Klien sudah mampu menyampaikan. apa 	


			<p>harian, serta memberikan pujian atas keberhasilannya</p> <p>b. Melatih keterampilan berbicara dalam aktivitas harian dengan melibatkan empat hingga lima orang di ruang rawat</p> <p>c. Mengidentifikasi perasaan pasien setelah melakukan interaksi tersebut</p> <p>d. Memasukkan kegiatan dalam agenda harian pasien</p>	<p>yang dilakukannya sebelumnya</p> <p>c. Klien mengatakan senang mempunyai iteman</p> <p>O:</p> <p>a. Klien tampak mampu berkenalan dengan 4-5 orang namun dengan dukungan</p> <p>b. Klien mampu berbicara dengan temannya</p> <p>c. Kontak mata klien saat berinteraksi kadang ada kadang tidak</p> <p>d. Klien mampu memperhatikan kebersihan diri</p> <p>A: Isolasi Sosial</p> <p>P :</p> <p>a. Optimalkan SP 3 Isolasi Sosial dan lanjut SP 4 Isolasi Sosial (melatih klien berbicara saat melakukan kegiatan harian</p> <p>b. Masukan dalam jadwal kegiatan harian klien</p>	
8.	<p>Sabtu/15 Februari 2025</p> <p>09.00-09.30 WIB</p>	halusinasi	<p>SP 3 Klien:</p> <p>a. Melakukan penilaian ulang terhadap gejala halusinasi</p>	<p>S:</p> <p>a. Klien mengatakan apabila melihat bayangan palsu akan melakukan cara</p>	

			<p>b. Memvalidasi kemampuan pasien dalam mengendalikan halusinasi dengan teknik menghardik dan kepatuhan terhadap pengobatan, serta memberikan penguatan positif</p> <p>c. Mengevaluasi manfaat dari penerapan kedua metode tersebut</p> <p>d. Melatih keterampilan berbicara dengan orang lain sebagai respons terhadap halusinasi.</p> <p>e. Mencantumkan latihan ini dalam jadwal kegiatan pasien</p>	<p>menghardik dan minum obat secara teratur dengan diawasi perawat</p> <p>b. Klien mengatakan mau bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>c. Klien mengatakan sejak malam tidak ada melihat bayangan</p> <p>O:</p> <p>a. Klien sudah jarang melamun</p> <p>b. Klien tampak mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>c. Klien tampak mampu menjelaskan tindakan yang dilakukan saat klien mendengar suara-suara palsu</p> <p>A: Halusinasi</p> <p>P:</p> <p>a. Optimalkan SP 3 Halusinasi dan Lanjutkan SP 4 Halusinasi (Mengontrol Halusinasi dengan melakukan kegiatan harian)</p> <p>b. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian klien</p>	
--	--	--	--	---	--

9.	Sabtu/15 Februari 2025 12.00- 12.30 WIB	Harga Diri Rendah	<p>SP 3 Klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi gejala harga diri rendah dengan memvalidasi kemampuan pasien dalam melaksanakan dua kegiatan sebelumnya, serta memberikan pujian b. Menilai manfaat yang diperoleh dari kedua kegiatan dan membantu pasien memilih kegiatan ketiga c. Memberikan pelatihan pada kegiatan ketiga yaitu mencuci gelas sesuai dengan cara dan alat yang digunakan d. Mengatur tiga kegiatan tersebut dalam jadwal latihan harian, masing-masing dilakukan dua kali per hari. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan masih membersihkan tempat tidur ketika bangun tidur b. Klien mengatakan menyapu teras ruangan bersama temannya c. Klien mengatakan bisa mencuci gelas dengan alat yang dibutuhkan yaitu sabun dan spon <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mau melakukan kegiatan mencuci gelas dengan baik b. Klien tampak senang diberi pujian <p>A:</p> <p>Klien mampu mencuci gelas secara mandiri dan memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian</p> <p>P:</p> <p>Optimalkan SP 3 dan lanjutkan SP 4 (merapikan dan membersihkan meja makan)</p>	
10.	Senin/17 Februari 2025	Isolasi Sosial	<p>SP 4 Klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memvalidasi kapasitas pasien dalam berkenalan dan berbicara 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan senang mempunyai teman 	

	09.00-11.00 WIB		<p>dengan empat sampai lima individu, serta memberikan apresiasi</p> <p>b. Menggali respon emosional pasien setelah berpartisipasi dalam kegiatan</p> <p>c. Melatih keterampilan sosial dalam konteks kegiatan kelompok</p> <p>d. Menjadwalkan latihan tersebut dalam rutinitas harian pasien</p>	<p>b. Klien mampu menyampaikan aktivitas yang dilakukannya</p> <p>c. Klien mengatakan masih malu berinteraksi saat melakukan aktivitas kelompok karna terlalu ramai</p> <p>O:</p> <p>a. Klien tampak masih malu berbicara dan berinteraksi dengan kelompok</p> <p>b. Klien tampak semangat dari hari-hari sebelumnya</p> <p>c. Kontak mata klien ada jika diminta</p> <p>d. Klien tampak mampu merawat diri namun masih perlu diingatkan</p> <p>A: Isolasi Sosial cukup teratasi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p> <p>P:</p> <p>a. Evaluasi dan optimalkan Kegiatan SP 4 Isolasi Sosial</p> <p>b. Masukkan dalam jadwalkegiatan harian</p>	
11.	Senin/17 Februari 2025	Halusinasi	<p>SP 4 Klien:</p> <p>a. Menilai kembali gejala halusinasi yang muncul</p>	<p>S:</p> <p>a. Klien mengatakan sudah jarang melihat bayangan palsu</p>	

	12.00- 12.30 WIB		<p>b. Mengonfirmasi kemampuan pasien dalam mengendalikan halusinasi melalui teknik menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap dengan individu lain, serta memberikan pujian</p> <p>c. Mengevaluasi manfaat dari penerapan strategi-strategi tersebut</p> <p>d. Memberikan pelatihan keterampilan mengontrol halusinasi dengan melibatkan pasien dalam aktivitas harian membersihkan meja makan</p> <p>e. Menyesuaikan jadwal harian pasien agar mencakup latihan-latihan tersebut</p>	<p>b. Klien mengatakan bahwa jika melihat bayangan palsu lagi klien akan melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</p> <p>c. Klien bisa minum obat secara teratur, bercakap-cakap. dan melakukan kegiatan dengan bimbingan</p> <p>O:</p> <p>a. Klien tampak mampu mengontrol halusinasi</p> <p>b. Klien tampak melakukan kegiatan harian: menyapu dengan baik</p> <p>c. Klien tampak jarang melamun dan menyendiri</p> <p>d. Klien sering menghampiri perawat jika perawat ada didekatnya</p> <p>A: Halusinasi cukup teratasi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p> <p>P:</p> <p>a. Evaluasi dan Optimalkan SP 4 Halusinasi</p> <p>b. Masukkan dalam jadwal kegiatan Harian</p>	
--	---------------------	--	---	--	--

12.	<p>Senin/17 Februari 2025</p> <p>12.00-12.30 WIB</p>	Harga Diri Rendah	<p>SP 4 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi lanjutan terhadap data terkait harga diri rendah 2. Memvalidasi kemampuan pasien dalam melaksanakan tiga kegiatan sebelumnya dan memberikan pujian 3. Menilai manfaat dari kegiatan keempat yang akan dilatih yaitu merapikan dan membersihkan meja makan, kemudian memberikan pelatihan sesuai dengan alat dan cara yang diperlukan 4. Menambahkan kegiatan keempat tersebut dalam jadwal latihan harian dengan frekuensi dua kali per hari untuk setiap kegiatan 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan menyadari bahwa banyak yang bisa ia kerjakan b. Klien mengatakan masih terus membersihkan tempat tidur ketika bangun tidur c. Klien mengatakan menyapu bersama temannya d. Klien mengatakan setiap selesai makan ikut bersama teman yang lain membersihkan dan merapikan meja makan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mau melakukan kegiatan yang sudah dipilih b. Klien mau bekerja sama dengan pasien lainnya c. Klien tampak bisa mengelap meja makan setelah selesai digunakan dan merapikan meja dan kursi d. Klien mampu mengelap meja makan secara mandiri dan memasukkan kegiatan 	
-----	--	-------------------	--	--	---

				<p>A: Harga diri rendah cukup teratasi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p> <p>P:</p> <p>Optimalkan SP 1, SP 2, SP 2 dan SP 4 dan pantau perkembangan klien</p>	
--	--	--	--	---	--

LAMPIRAN 1



LAMPIRAN 2





POSTMASTER: RETURN TO
BUREAU OF THE INSURANCE

Name _____
Address _____
City _____

State _____
Zip _____
Phone _____

Insurance Policy No. _____
Policyholder's Name _____
Policyholder's Address _____
Policyholder's City _____
Policyholder's State _____
Policyholder's Zip _____



LAMPIRAN 4

ROMANIAN REPUBLIC

ROMANIAN

NAME: _____

DATE: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____

POSTAL CODE: _____

COUNTRY: _____

TELEPHONE: _____

FAX: _____

E-MAIL: _____

WEBSITE: _____

DECLARATION

I hereby declare that the information provided above is true and correct.

I am aware that any false information provided may result in legal consequences.

I am aware that any false information provided may result in legal consequences.

I am aware that any false information provided may result in legal consequences.

No.	Name	Age	Address	Phone
1	John Doe	30	123 Main St, New York, NY 10001	212-555-1234
2	Jane Smith	25	456 Elm St, Los Angeles, CA 90001	213-555-5678
3	Bob Johnson	40	789 Oak St, Chicago, IL 60601	312-555-9012
4	Alice Brown	35	101 Pine St, Houston, TX 77001	281-555-3456
5	Charlie Davis	28	202 Maple St, Phoenix, AZ 85001	602-555-7890

Signature: _____

Date: _____



LAMPIRAN 6

[illegible]

LAMPIRAN 7



THE UNIVERSITY OF THE SOUTH PACIFIC
SCHOOL OF DISTANCE EDUCATION
SUVA, FIJI
P.O. BOX 111, SUVA, FIJI
Tel: (677) 254 2211 Fax: (677) 254 2212

NAME: _____
ID NO: _____
COURSE: _____
SEMESTER: _____

DATE: _____

THE UNIVERSITY OF THE SOUTH PACIFIC
SCHOOL OF DISTANCE EDUCATION
SUVA, FIJI
P.O. BOX 111, SUVA, FIJI
Tel: (677) 254 2211 Fax: (677) 254 2212



