

TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN ISOLASI SOSIAL PADA LANSIA
DI PSTW SABAI NAN ALUIH SICINCIN KABUPATEN
PADANG PARIAMAN**



SYAKHINAH UKHLIA NADA
NIM : 223110314

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2025**

TUGAS AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN ISOLASI SOSIAL PADA LANSIA DI PSTW SABAI NAN ALUIH SICINCIN KABUPATEN PADANG PARIAMAN

*Diajukan ke Program Diploma 3 Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes
Padang sebagai salah satu syarat untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan*



SYAKHINAH UKHLIA NADA

NIM : 223110314

**PROGRAM STUDI D-3 KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2025**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tugas Akhir "Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial Pada Lansia Di PSTW Sabar
Nan Aluh Siemem Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025"

Disusun Oleh

Nama : Syakhinah Ukhliha Nada

Nim : 223110314

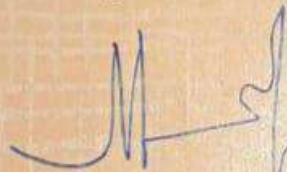
Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal

Padang, 11 Juni 2025

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Hj. Ns. Murniati, S.Kep, SKM, M.Biomed
NIP. 196211221983022001



Heppi Sasmita, M.Kep, Sp. Kep. Jiwa
NIP. 197010201993032002

Padang, 11 Juni 2025

Ketua Prodi D-3 Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 197504241999032005

HALAMAN PENGESAHAN TUGAS AKHIR

HALAMAN PENGESAHAN TUGAS AKHIR

"Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial Pada Lansia di PSTW Sabai Nini Aludi
Sicimin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025"

Disusun Oleh :

Syakhinah Ukhliha Nada
223110314

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji

Pada tanggal : 11 Juni 2025

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua

Yudistira Afconneri, S.Kep.M.Kep
NIP. 198901212018011001

Anggota

Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP. 197205281995032001

Anggota

H. Ns. Murniati, S.Kep, SKM, M.Biomed
NIP. 196211221983022001

Anggota

Heppi Sasmita, M.Kep, Sp.Kep Jiwa
NIP. 197010201993032002

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

Padang, 11 Juni 2025
Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan

Padang

Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M. Kep
NIP. 197501211999032005

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas Akhir ini adalah hasil karya menulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun ditunjuk telah penulis nyatakan dengan benar

Nama : Syakhinah Ukhliha Nada

NIM : 223110314

Tanda Tangan :



Tanggal : 11 Juni 2025

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap : Syakhinah Ukhliha Nada

NIM : 223110314

Tempat/Tanggal Lahir : Padang / 8 Oktober 2003

Tahun Masuk : 2022

Nama PA : Ns. Indri Ramadini, S.Kep., M.Kep

Nama Pembimbing Utama : Hj.Ns.Murniati,S.Kep,SKM,M.Biomed

Nama Pembimbing Pendamping : Heppi Sasmita,M.Kep,Sp.Kep.Jiwa

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Ilmiah saya, yang berjudul : Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial Pada Lansia di PSTW Sabai Nan Aluh Siacincin Kabupaten Padang Pariaman.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 19 Juni 2025



(Syakhinah Ukhliha Nada)

NIM 223110314

**KEMENKES POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

**Tugas Akhir, 11 Juni 2025
Syakhinah Ukhliha Nada**

**ASUHAN KEPERAWATAN ISOLASI SOSIAL PADA LANSIA DI PANTI
SOSIAL TRESNA WERDHA SABAI NAN ALUIH SICINCIN**

Isi: xv+85 halaman+2 tabel+11 lampiran

ABSTRAK

Masalah kesehatan yang dialami oleh lanjut usia berawal dari kemunduran sel-sel tubuh. Isolasi sosial merupakan salah satu masalah umum yang dialami lansia dan dapat mempengaruhi kualitas hidup secara fisik, fisiologis, psikososial, dan sosial. Tujuan dari penelitian ini yaitu menerapkan asuhan keperawatan isolasi sosial pada lansia.

Jenis penelitian kualitatif dengan desain deskriptif dan pendekatan studi kasus. Tempat penelitian di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, Waktu penelitian dari bulan Januari sampai Juni 2025. Populasi semua lansia yang mengalami isolasi sosial di wisma rawatan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin sebanyak 6 lansia. Sampel 1 orang lansia yang mengalami Isolasi Sosial di wisma rawatan dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Instrumen pengumpulan data yaitu format asuhan keperawatan gerontik, observasi, pengukuran, wawancara, dan dokumentasi. Jenis data berupa data primer dan sekunder. Data dianalisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian menunjukkan klien suka menyendiri, tidak mau berinteraksi, suka berada dikamar, merasa takut dan cemas, mengeluh gatal-gatal. Diagnosis keperawatan yang ditemukan isolasi sosial, ansietas dan gangguan integritas kulit / jaringan. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah promosi sosialisasi, modifikasi perilaku keterampilan sosial, reduksi ansietas, terapi relaksasi, perawatan integritas kulit/jaringan. Implementasi yang dilakukan edukasi mengenai interaksi sosial, terapi relaksasi napas dalam, menjaga kebersihan dan lingkungan. Evaluasi menunjukkan bahwa klien mulai mau berinteraksi dengan teman diwisma, klien sudah bisa melakukan teknik nafas dalam dan gatal-gatal yang dirasakan mulai berkurang didapatkan semua masalah teratasi sebagian.

Saran diharapkan melalui pengasuh yang ada di wisma untuk selalu memotivasi lansia dalam berinteraksi dengan menunjukkan hal-hal positif dan selalu menjaga kebersihan.

Kata Kunci: Isolasi sosial, Lansia, Asuhan keperawatan

Daftar Pustaka: 52 (2018-2025)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Syakhinah Ukhliya Nada
NIM : 223110314
Tempat/Tanggal Lahir : Padang, 8 Oktober 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Tabing Banda Gadang RT 002/RW 001
Nama Orang Tua
Ayah : Muchlis
Ibu : Yuli Darnawati

Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun Lulus
1.	TK	TK Melati Ikhlas	2009-2010
2.	SD	SDN 06 Kp. Lapai	2010-2016
3.	SMP	SMPN 12 Padang	2016-2019
4.	SMA	SMAN 12 Padang	2019-2022
5.	D-III Keperawatan	Kemenkes Poltekkes Padang	2022-2025

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat- Nya, penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini. Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D3 Keperawatan Padang. Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Hj. Murniati Muchtar, SKM.M.Biomed selaku pembimbing utama dan Heppi Sasmita,M.Kep,Sp.Kep.Jiwa selaku pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep., Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Bapak Afzaidir,A.Ks, MM selaku Pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
3. Bapak Tasman, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Ibu Ns. Indri Ramadini, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing Akademik dalam berlangsungnya pendidikan di Program Studi Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
6. Bapak Ibu Dosen dan Staf yang telah membimbing dan memberi ilmu dalam pendidikan untuk bekal bagi penulis selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
7. Teristimewa kedua orangtua dan paman yang telah memberikan dukungan baik berupa material dan moral.
8. Terimakasih kepada “The Babies” selaku sahabat peneliti di bangku perkuliahan yang telah banyak membantu peneliti selama tiga tahun terakhir ini yang telah menjadi telinga untuk mengeluh dan bersandar.

Akhir kata, peneliti berharap berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, Januari 2025

Penulis

DAFTAR ISI

TUGAS AKHIR	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Lansia.....	9
1. Pengertian Lansia	9
2. Batas-batas Lansia	9
3. Ciri-ciri Lansia	10
4. Perkembangan Lansia.....	11
5. Masalah Kesehatan Lansia	13
6. Sindrom Geriatrik.....	17
B. Gangguan Mental	19
1. Defenisi Gangguan Mental.....	19
2. Penyebab Gangguan Mental.....	19
3. Klasifikasi Gangguan Mental	19
C. Konsep Isolasi Sosial	21

1. Defenisi Isolasi Sosial	21
2. Etiologi	21
3. Proses Isolasi Sosial	24
4. Tanda dan Gejala Isolasi Sosial.....	25
5. Penatalaksanaan.....	26
6. Web of Caution (WOC)	28
D. Asuhan Keperawatn Isolasi Sosial pada Lansia.....	29
1. Pengkajian Keperawatan	29
2. Diagnosa Keperawatan.....	34
3. Rencana Tindakan Keperawatan	34
4. Implementasi Keperawatan	44
5. Evaluasi Keperawatan	44
6. Dokumentasi Keperawatan.....	45
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Desain	46
B. Tempat dan Waktu Penelitian	46
C. Populasi dan Sampel	46
D. Instrumen Pengumpulan Data	47
E. Teknik Pengumpulan Data.....	48
F. Jenis Data	48
G. Prosedur Pengambilan Data	49
H. Analisa Data	51
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil	52
1. Pengkajian keperawatan	52
2. Diagnosis keperawtan.....	56
3. Intervensi Asuhan Kperawatan	57
4. Implementasi Asuhan Keperawatan	60
5. Evaluasi Asuhan Keperawatan.....	61
B. Pembahasan.....	63
1. Pengkajian	63
2. Diagnosa keperawatan.....	65

3. Intervensi asuhan keperawatan.....	69
4. Implementasi keperawatan	75
5. Evaluasi keperawatan	78

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	82
1. Pengkajian Keperawatan	82
2. Diagnosa Keperawatan	82
3. Intervensi keperawatan	82
4. Implementasi keperawatan	83
5. Evaluasi	83
6. Dokumentasi.....	83
7. Rencana tindak lanjut	83
B. Saran.....	84

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 WOC.....	28
---------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2 Prioritas Masalah.....	35
Tabel 2.3 Intervensi.....	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Gantchart

Lampiran 2 Surat Survey Awal dari Institusi Kemenkes Poltekkes Padang

Lampiran 3 Surat Izin Survey Data Awal dari Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat
untuk UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Padang Pariaman

Lampiran 4 Surat Izin Survey Data Awal dari PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
Padang Pariaman

Lampiran 5 Surat Izin Penelitian dari Institusi Kemenkes Poltekkes Padang ke
Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat untuk
UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Padang Pariaman

Lampiran 7 Surat Telah Selesai Melakukan Penelitian di PSTW Sabai Nan Aluih
Sicincin Padang Pariaman

Lampiran 8 Informed Consent

Lampiran 9 Daftar Hadir Penelitian

Lampiran 10 Asuhan Keperawatan Gerontik

Lampiran 11 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh. Pada proses menua permasalahan yang sering terjadi meliputi perubahan fisiologis, psikososial, dan sosial ¹.

Penuaan atau proses menjadi tua merupakan suatu proses yang berjalan perlahan di mana terjadi penurunan kemampuan tubuh dalam melakukan perbaikan terhadap sel-sel yang rusak sehingga fungsi jaringan tubuh mengalami penurunan. Penurunan fungsi tubuh disebabkan kerusakan sel-sel yang diiringi oleh ketidakmampuan memperbaiki sel-sel yang rusak disebut dengan proses degenerative. Akibat dari proses degeneratif ini, lansia akan mengalami penurunan baik secara anatomi maupun fungsional. Hal ini akan mengakibatkan terjadinya perubahan- perubahan struktural pada diri manusia. Perubahan tersebut meliputi perubahan fisik, kognitif, psikologi, sosial maupun seksual yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas, kemandirian dan kualitas hidup pada manusia tersebut².

Secara fisiologis, proses menua ditandai dengan adanya perubahan kesehatan pada lansia permasalahan yang sering muncul meliputi menurunnya fungsi pendengaran seperti suara terdengar tidak jelas, menurunnya fungsi penglihatan, kulit lansia menjadi kendur, kering, berkerut, kulit kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak, menurunnya kekuatan tubuh dan keseimbangan tubuh.

Menurunnya fungsi kognitif seperti daya ingat, kemampuan belajar, kemampuan memahami, kemampuan memecahkan masalah dan kemampuan dalam mengambil keputusan³. Perubahan psikologis pada lansia yang sering terjadi seperti perasaan tersisih tidak dibutuhkan lagi, tidak ikhlas menerima kenyataan baru, kesepian, ketidakberdayaan, ketergantungan, keterlantaran dan kurang percaya diri. Perubahan sosial yang terjadi pada lansia meliputi perubahan peran, ketergantungan, suka menyendiri, kualitas hidup menurun, dari beberapa perubahan tersebut dapat menyebabkan terjadinya isolasi sosial pada lansia¹.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Andis tahun 2023 yang berjudul Gambaran Masalah Kesehatan Jiwa Pada Lansia Di Panti Werdha: Narrative Review didapatkan hasil bahwa pada satu artikel penelitian menghasilkan lebih dari satu masalah kesehatan jiwa yang terjadi pada lansia yang tinggal di panti werdha. Secara keseluruhan lansia yang tinggal di panti werdha mengalami masalah kesehatan jiwa diantaranya yaitu depresi, kecemasan dan isolasi sosial⁴.

Isolasi sosial pada lansia disebabkan oleh penurunan kualitas hidup pada lansia karna lansia tidak siap secara mental dalam menghadapi penuaan. Tingginya prevalensi penyakit kronis dan kecacatan, keterbatasan interaksi sosial dan penyakit mental pada lansia menyebabkan penurunan kualitas hidup mereka. Gangguan mental pada lansia merupakan kondisi medis yang memengaruhi pikiran, perasaan, perilaku, atau kemampuan seseorang untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari. Gangguan ini dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan kualitas hidup secara keseluruhan⁵. Isolasi sosial dan kesepian, yang mempengaruhi sekitar seperempat lansia, merupakan faktor risiko utama untuk kondisi kesehatan mental di kemudian hari⁶.

Isolasi sosial merupakan suatu gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel yang menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial. Keadaan dimana seseorang individu mengalami penuruanan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin

merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain⁷.

Lansia yang mengalami isolasi sosial biasanya tampak murung, sulit tidur, gelisah, lemah, malas beraktivitas, kurang bersemangat, menarik diri, menjauhi orang lain, jarang atau bahkan tidak sama sekali melakukan komunikasi dengan orang lain, menghindari kontak mata, kehilangan minat berkomunikasi, malas mengikuti kegiatan aktivitas sosial, berdiam diri di kamar, menolak dan tidak mau menjalin hubungan atau berinteraksi dengan orang lain⁸.

Dampak isolasi sosial pada kesehatan dan kesejahteraan pada lansia yaitu mempercepat penurunan fisik dan meningkatkan risiko kematian dini. sering kali terkait dengan rendahnya kualitas hidup secara keseluruhan, karena usia lanjut merasa kurang memiliki tujuan dan makna dalam hidup mereka. usia lanjut yang mengalami isolasi sosial lebih mungkin mengalami penurunan fungsi kognitif, kesehatan mental yang buruk, dan peningkatan risiko penyakit kronis⁹.

Akibat isolasi sosial pada kesehatan lansia yaitu depresi, kecemasan, lansia yang terisolasi lebih rentan mengalami depresi dan kecemasan akibat perasaan kesepian yang berkepanjangan, kesepian dapat meningkatkan tekanan darah dan risiko penyakit kardiovaskular, lansia yang kesepian sering kali memiliki sistem imun yang lebih lemah, sehingga rentan terhadap infeksi, lansia yang merasa tidak memiliki interaksi sosial sering merasa tidak berguna atau kehilangan tujuan hidup, lansia yang terisolasi sering kali sulit mendapatkan bantuan medis, sosial, atau dukungan lainnya karena mereka jarang berinteraksi dengan lingkungan luar⁹.

Berdasarkan penelitian Pitayanti¹⁰ tahun 2020 yang berjudul Pengaruh Pemberian Terapi Kelompok Sosial Skill Pada Lansia Dengan Isolasi Sosial menyatakan bahwa lansia yang mengalami isolasi sosial membutuhkan komunikasi, menjalin persahabatan, bekerja dalam kelompok dan mengatasi situasi yang sulit. Mengingat dampak yang dapat ditimbulkan isolasi sosial jika tidak ditangani dapat menyebabkan individu semakin tenggelam dalam

perjalanan tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut menjadi risiko gangguan persepsi sensori: halusinasi, mencederai diri sendiri, orang lain serta lingkungan dan penurunan aktivitas sehingga dapat menyebabkan defisit perawatan diri. Untuk meminimalkan dampak dari isolasi social dibutuhkan pendekatan yang memberikan penatalaksanaan untuk mengatasi gejala pasien dengan isolasi sosial⁸.

Penyakit pada usia lanjut biasanya tidak berdiri sendiri (multipatologi), fungsi organ tubuh sudah menurun, rentan terhadap penyakit atau stres, dan lebih sering memerlukan rehabilitasi yang tepat. Oleh karena itu, kelompok usia lanjut memerlukan perhatian dan upaya khusus di bidang kesehatan. Perawat dalam menangani masalah lansia akan berperan sebagai Caregiver/Pemberi Asuhan kepada lansia yaitu tindakan pengkajian, perencanaan tindakan, pelaksanaan, dan evaluasi perawatan individu dan perawatan secara menyeluruh sesuai dengan wewenang keperawatan. Perawat harus dapat membangkitkan semangat dan kreasi klien lansia dalam memecahkan dan mengurangi rasa putus asa, rasa rendah diri dan rasa keterbatasan².

Berdasarkan data WHO tahun 2024, 1 miliar orang di dunia berusia 60 tahun atau lebih. Angka itu akan meningkat menjadi 1,4 miliar pada 2030, mewakili satu dari enam orang secara global. Pada tahun 2050, jumlah orang berusia 60 tahun ke atas akan meningkat dua kali lipat menjadi 2,1 miliar. Jumlah orang berusia 80 tahun atau lebih diperkirakan akan meningkat tiga kali lipat antara 2020 dan 2050 mencapai 426 juta¹¹. Menurut WHO, sekitar 15% lansia berusia 60 tahun ke atas menderita gangguan kesehatan mental¹². Gangguan kesehatan mental yang paling umum terjadi pada kelompok usia lansia adalah demensia, stres, kecemasan dan depresi merupakan salah satu factor resiko dari isolasi sosial, yang masing-masing memengaruhi sekitar 5% dan 7% populasi lansia di dunia¹³.

Menurut Kemenkes RI Indonesia, Indonesia saat ini sedang memasuki fase ageing population, yaitu proporsi penduduk lanjut usia (lansia) semakin meningkat. Di Indonesia, provinsi dengan jumlah lansia terbanyak, berada di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) sebanyak 17%, Provinsi Jawa

Timur 14,4%, Provinsi Bali 14,1%, Provinsi Jawa Tengah 13,5%, Provinsi Sulawesi Utara 13,3%, Provinsi Nusa Tenggara Timur 11,6%, dan Sumatera Barat 11,4%. Persentase warga lansia di tujuh provinsi tersebut telah melampaui rata-rata nasional sebelum tahun 2023 sebesar 11,1%¹⁴. Berdasarkan Riskesdas 2018, prevalensi gangguan mental emosional lansia di Indonesia adalah sekitar 9,8% dari jumlah penduduk Indonesia.

Berdasarkan Badan Pusat Statistik Sumatra Barat 2023 menunjukkan bahwa penduduk Sumatera Barat pada tahun 2023 tercatat sebanyak 5,76 juta jiwa. Persentase penduduk lanjut usia atau lansia (60 tahun ke atas) sebesar 11,36%. Dengan jumlah penduduk lanjut usia di provinsi sumatera barat tercatat 654.180 jiwa¹⁵.

PSTW yang dikelola Pemerintah Sumatra Barat yaitu PSTW Kasih Sayang Ibu di Batu Sangkar dengan jumlah lansia 70 orang, PSTW Jasa Ibu di Lima Puluh Kota dengan jumlah lansia 26 orang, PSTW Syekh Burhanuddin di Pariaman dengan jumlah lansia 30 orang, dan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dengan jumlah lansia 110 orang. Panti Sosial Tresna Werdha di Sumatera Barat dengan jumlah lansia terbanyak berada di PSTW Sabai Nan Aluih Sicicin Kabupaten Padang Pariaman, dengan jumlah keseluruhan lansia 110 lansia yang di bagi dalam 13 wisma¹⁶.

Pemenuhan kebutuhan dalam Panti Sosial Tresna Werdha yang didapatkan adalah bimbingan dan pelayanan bagi lansia. Pemenuhan kebutuhan terhadap lansia menjadi salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas hidup, kesejahteraan, dan terpenuhinya kebutuhan dasar lanjut usia. Jenis pelayanan yang diberikan dalam panti seperti tempat tinggal yang layak yang bersih, sehat, aman, nyaman, dan jaminan hidup berupa makan, pakaian, pemeliharaan kesehatan, bimbingan mental, social, dan agama¹⁷.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 24 Januari 2025 di PSTW Sabai Nan Aluih Sicicin, didapatkan data kapasitas daya tampung lansia yang tinggal di PSTW sebanyak 110 lansia. Pada saat survey awal terdapat 85 lansia yang menetap di 13 wisma. Saat melakukan Observasi

menggunakan daftar tilik isolasi sosial di 3 wisma rawatan yaitu wisma anai, wisma ombilin, dan wisma tandikek dengan jumlah 35 lansia. Dari 35 lansia terdapat 4 orang lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di 3 wisma tersebut terdapat 6 lansia yang mengalami isolasi sosial. Saat dilakukan observasi lansia tampak tidak mau berkomunikasi, lebih sering berada dikamar, tampak murung, tidak bersemangat, lebih suka menghabiskan waktu sendiri dan jarang melakukan kegiatan di luar wisma. Untuk lansia dalam penelitian ini, peneliti menyiapkan satu lansia utama dengan masalah isolasi sosial dan satu lansia cadangan teknik pengambilan lansia menggunakan teknik simple random sampling menggunakan lotre.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas maka peneliti melakukan penelitian mengenai lansia yang mengalami isolasi sosial dengan “Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada Lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada Lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada Lansia di di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025.
- b. Mampu mendeskripsikan diagnosa Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada Lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025.

- c. Mampu mendeskripsikan intervensi Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada Lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada Lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada Lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025.
- f. Mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada Lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Peneliti

Peneliti berharap semoga penelitian ini dapat mengaplikasikan ilmu yang telah penulis dapatkan pada bangku kuliah dan menambah wawasan penulis dalam menerapkan Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada Lansia baik di wilayah penelitian maupun di keluarga peneliti sendiri.

b. Bagi tempat penelitian

Peneliti berharap semoga penelitian ini dapat memberikan informasi, pengetahuan, dan keterampilan bagi klien dalam memberikan asuhan keperawatan secara mandiri dengan Isolasi Sosial.

2. Pengembangan Keilmuan

a. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan proposal penelitian ini dapat dipergunakan sebagai referensi dalam meningkatkan keilmuan pada keperawatan gerontik khususnya dalam asuhan keperawatan isolasi sosial pada lansia.

b. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti berharap hasil penelitian proposal penelitian ini dapat menjadi referensi dan bisa dijadikan perbandingan bagi peneliti selanjutnya dalam menerapkan asuhan keperawatan isolasi sosial padalansia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Lansia

1. Pengertian Lansia

Lansia atau lanjut usia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Pada kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut aging process. Lansia seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, karena faktor-faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya baik secara jasmani, rohani maupun sosialnya. Lansia dalam kependudukan adalah mereka yang berumur 60 tahun ke atas, yang mana berkaitan dengan hal-hal yang berbaur kependudukan¹⁸.

Proses menua tersebut bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, dimana terdapat proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh, banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan¹⁹.

2. Batas-batas Lansia

Menurut berbagai ahli batasan-batasan umur yang mencakup batasan umur lansia sebagai berikut:

- a. Batasan lansia menurut UU No.13 tahun 1998 yaitu seseorang yang berusia 60 tahun ke atas.
- b. Mauk (2006) membagi kelompok usia lanjut menjadi 3 bagian yaitu lanjut usia muda (65–74 tahun), lanjut usia paruh baya (75–84 tahun), dan lanjut usia tua, sangat tua, atau lanjut usia lemah (85 tahun ke atas).

- c. Batasan lansia menurut Depkes RI dibagi menjadi: kelompok menjelang usia lanjut (45-54 tahun) atau masa Virilitas; kelompok usia lanjut (55-64 tahun) masa presenium; kelompok usia lanjut (> 65 tahun) atau masa senium.
- d. Batasan lansia menurut Birren dan Jenner yaitu: usia biologis, yaitu sejak lahirnya seseorang dalam keadaan hidup; usia psikologis, yaitu kemampuan seseorang untuk mengadakan penyesuaian-penyesuaian kepada situasi hidupnya; usia sosial yang menunjukkan kepada peran yang diharapkan/diberikan masyarakat kepada seseorang sehubungan dengan usianya.
- e. Batasan lansia menurut Levinson dibagi menjadi 3 bagian yaitu: orang lanjut usia peralihan awal (50-55) tahun; orang lanjut usia peralihan menengah (55-60) tahun; orang lanjut usia peralihan akhir (60-65) tahun.
- f. Menurut Masdani (Psikolog UI) terdapat empat fase, yaitu: fase inventus (25-40 tahun), fase virilities (40-55 tahun), fase presenium (55-65 tahun), fase senium (65 hingga tutup usia).
- g. Menurut Setyonegoro masa lanjut usia (geriatric age: >65 tahun atau 70 tahun. Masa lanjut usia itu sendiri dibagi menjadi tiga batasan umur, yaitu young old (70-75 tahun), old (75-80 tahun), dan very old > 80 tahun².

3. Ciri-ciri Lansia

Menurut Kholifah, (2016) dalam Mujiadi & Rachmah, (2022) membagi ciri lansia menjadi 4 bagian sebagai berikut:

- a. Lansia merupakan periode kemunduran

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi¹⁹.

b. Lansia memiliki status kelompok

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, Tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif¹⁹.

c. Menua membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

d. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah¹⁹.

4. Perkembangan Lansia

Perkembangan lansia (orang tua) melibatkan berbagai aspek dalam menjaga kesejahteraan dan kualitas hidup mereka selama masa lanjut usia. Menurut(Lubis et al., 2023) beberapa tugas yang penting untuk diperhatikan dalam perkembangan lansia:

a. Kesehatan Fisik:

- 1) Menjaga pola makan yang seimbang dan nutrisi yang cukup.
- 2) Berolahraga secara teratur untuk menjaga kebugaran fisik.

- 3) Rutin melakukan pemeriksaan kesehatan dan mengikuti anjuran medis.
 - 4) Meminimalisir kebiasaan merokok dan menghindari konsumsi alkohol berlebihan.
- b. Kesehatan Mental dan Emosional:
- 1) Aktif secara sosial untuk menghindari isolasi dan kesepian.
 - 2) Melibatkan diri dalam aktivitas yang memberikan kepuasan emosional, seperti seni, hobi, atau relawan.
 - 3) Mengelola stres dan cemas melalui teknik relaksasi, meditasi, atau kegiatan yang menenangkan.
- c. Kemandirian dan Keterlibatan:
- 1) Tetap aktif dalam kegiatan sehari-hari yang mempertahankan kemandirian, seperti mandi, berpakaian, dan bergerak.
 - 2) Terlibat dalam kegiatan sosial dan komunitas untuk menjaga rasa relevansi dan perasaan memiliki peran dalam masyarakat.
- d. Keuangan:
- 1) Mengelola dana pensiun dan sumber daya keuangan dengan bijak.
 - 2) Memastikan pemenuhan kebutuhan dasar, seperti makanan, perawatan kesehatan, dan tempat tinggal.
- e. Keamanan dan Lingkungan:
- 1) Menciptakan lingkungan yang aman di rumah untuk mencegah kecelakaan.
 - 2) Memastikan bahwa lingkungan tempat tinggal memenuhi kebutuhan fisi dan aksesibilitas.
- f. Perawatan Kesehatan:
- 1) Mengelola penyakit kronis dan mengikuti jadwal perawatan yang direkomendasikan.
 - 2) Berkomunikasi secara terbuka dengan tim perawatan kesehatan dan keluarga mengenai kebutuhan kesehatan.

g. Spiritualitas dan Makna Hidup:

- 1) Mengeksplorasi dan menghidupkan nilai-nilai spiritual atau agama yang memberikan makna pada hidup.
- 2) Melibatkan diri dalam aktivitas yang mendukung refleksi dan pertumbuhan spiritual

h. Pengembangan Diri:

- 1) Terus belajar dan mengembangkan keterampilan baru, termasuk menggunakan teknologi yang relevan.
- 2) Mengikuti minat dan aspirasi pribadi untuk pertumbuhan pribadi dan intelektual.

i. Pentingnya Hubungan Sosial:

- 1) Mempertahankan dan membangun hubungan dengan keluarga, teman, dan masyarakat.
- 2) Terlibat dalam kegiatan sosial yang memberikan kesempatan untuk berinteraksi dan berbagi pengalaman.

j. Pengaturan Rencana Masa Depan:

- 1) Merencanakan masa depan termasuk kebutuhan perawatan jangka panjang jika diperlukan.
- 2) Mempertimbangkan opsi seperti perawatan di rumah atau panti jompo²⁰.

5. Masalah Kesehatan Lansia

Berdasarkan teori Mujiadi, 2022 masalah kesehatan pada lansia yaitu:

a. Fisik

Masalah yang sering dihadapi oleh lansia adalah kondisi fisik yang mulai melemah, sehingga sering terjadi penyakit degenerative misalnya radang persendian. Keluhan akan muncul ketika seorang lansia melakukan aktivitas yang cukup berat misalnya mengangkat beban yang berlebih maka akan dirasakan nyeri pada persendiannya. Lansia juga akan mengalami penurunan indra penglihatan dimana lansia akan mulai merasakan pandangannya kabur. Lansia juga akan mengalami penurunan dalam indra pendengaran dimana lansia akan merasakan kesulitan dalam mendengar. Lansia juga mengalami penurunan dalam

kekebalan tubuh atau daya tahan tubuh yang menurun, dan ini merupakan lansia termasuk kategori manusia tua yang rentan terserang penyakit¹⁹.

b. Kognitif

Masalah yang tidak kalah pentingnya yang sering dihadapi oleh lansia adalah terkait dengan perkembangan kognitif. Misalnya seorang lansia merasakan semakin hari semakin melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal dan dimasyarakat disebut dengan pikun. Kondisi ini akan menjadi boomerang bagi lansia yang mempunyai penyakit diabetes mellitus karena terkait dengan asupan jumlah kalori yang dikonsumsi. Daya ingatan yang tidak stabil akan membuat lansia sulit untuk dipastikan sudah makan atau belum. Dampak dari masalah kognitif yang lainnya adalah lansia sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar. Hal ini dikarenakan lansia yang sering lupa membuat masyarakat menjauhinya bahkan lansia akan menjadi bahan olokan oleh orang lain karena kelemahannya tersebut¹⁹.

c. Emosional

Masalah yang biasanya dihadapi oleh lansia terkait dengan perkembangan emosional yakni sangat kuatnya rasa ingin berkumpul dengan anggota keluarga. Kondisi tersebut perlu adanya perhatian dan kesadaran dari anggota keluarga. Ketika lansia tidak diperhatikan dan tidak dihiraukan oleh anggota keluarga, maka lansia sering marah apalagi ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi lansia. Terkadang lansia juga terbebani dengan masalah ekonomi keluarganya yang mungkin masih dalam kategori kekurangan dan hal tersebut menjadi beban bagi lansia sehingga tidak sedikit lansia yang mengalami stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi¹⁹.

d. Spiritual

Masalah yang sering dihadapi para lansia diusia senjanya terkait dengan perkembangan spiritual adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena ada masalah pada kognitifnya dimana daya ingatnya yang mulai menurun. Lansia yang menyadari bahwa semakin tua harus banyak

mendekatkan diri pada Tuhan maka akan semakin banyak dan meningkatkan nilai beribadah. Lasi akan merasa kurang tenang ketika mengetahui ada anggota keluarganya yang belum mengerjakan ibadah, dan merasa sedih ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius dalam keluarganya¹⁹.

Berdasarkan teori yulistanti, 2023 masalah kesehatan pada lansia yaitu:

e. Mental

Masalah yang sering dihadapi para lansia diusia senjanya terkait dengan perkembangan mental adalah kecemasan, depresi, insomnia, paranoid dan demensia. Isolasi sosial dan kesepian, yang mempengaruhi sekitar seperempat lansia, merupakan faktor risiko utama untuk kondisi kesehatan mental pada lansia.

f. Psikososial

Masalah yang sering dihadapi para lansia diusia senjanya terkait dengan perkembangan psikososial adalah kemunduran kondisi fisik setelah penuaan, biasanya mereka mulai mengalami kemunduran berbagai kondisi fisik, kemunduran fungsi dan potensi seksual, kemunduran fungsi dan potensi seksual pada lansia sering dikaitkan dengan berbagai gangguan fisik, perubahan terkait pekerjaan, perubahan ini biasanya dimulai saat masa pensiun, perubahan peran sosial dalam masyarakat, Akibat gangguan pendengaran, penglihatan kabur, gerakan fisik, dan lain-lain, lansia mengalami disfungsi atau bahkan cedera yang menyebabkan keterasingan. Keterasingan lansia dapat membuat lansia semakin menolak untuk berinteraksi dengan orang lain dan dapat terwujud dalam perilaku regresif seperti mudah menangis, mengunci diri, menimbun barang yang tidak berguna dan merengek seperti anak kecil sehingga lansia tidak mampu menyelesaikan tugasnya. peran sosial dengan tepat dan baik².

Berdasarkan teori Kurniyanti, 2024 Lansia rentan terhadap berbagai masalah kesehatan karena perubahan fisiologis yang terjadi dalam tubuh seiring dengan penuaan. Beberapa masalah kesehatan yang umum terjadi pada lansia meliputi:

1. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah:
 - a. Penyakit jantung koroner.
 - b. Tekanan darah tinggi (hipertensi).
 - c. Gagal jantung.
 - d. Aritmia (gangguan irama jantung).
2. Gangguan Pernapasan:
 - a. Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK).
 - b. Pneumonia.
3. Gangguan Neurologis:
 - a. Penyakit Alzheimer dan demensia lainnya.
 - b. Parkinson.
 - c. Stroke.
4. Masalah Kognitif dan Mental:
 - a. Depresi.
 - b. Kecemasan.
 - c. Gangguan kognitif ringan hingga berat.
5. Gangguan Penglihatan dan Pendengaran:
 - a. Katarak.
 - b. Glaukoma.
 - c. Penurunan pendengaran (presbycusis).
6. Gangguan Pencernaan:
 - a. Sembelit.
 - b. Gangguan pencernaan.
 - c. Kehilangan nafsu makan.
7. Masalah Nutrisi:
 - a. Kekurangan nutrisi karena penurunan nafsu makan.
 - b. Risiko kekurangan vitamin D, kalsium, dan nutrisi lainnya.

8. Gangguan Tulang dan Sendi:
 - a. Osteoporosis.
 - b. Osteoarthritis.
9. Penyakit Diabetes:
 - a. Diabetes tipe 2.
10. Gangguan Keseimbangan dan Kejadian Jatuh:
 - a. Risiko jatuh lebih tinggi karena penurunan keseimbangan dan kekuatan otot.
11. Masalah Kulit:
 - a. Penurunan elastisitas kulit.
 - b. Kerusakan kulit akibat paparan sinar matahari.
12. Penyakit Kanker:
 - a. Risiko kanker meningkat seiring usia.
13. Penyakit Ginjal:
 - a. Penurunan fungsi ginjal yang berkaitan dengan usia.
14. Masalah Seksual:
 - a. Penurunan libido.
 - b. Gangguan disfungsi ereksi pada pria dan masalah seksual pada wanita²¹.

6. Sindrom Geriatrik

Sindrom geriatrik adalah sekelompok masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia dan memiliki dampak yang signifikan terhadap kualitas hidup mereka. Sindrom-sindrom ini melibatkan perpaduan gejala fisik, kognitif, dan fungsional yang kompleks. Beberapa sindrom geriatrik yang umum meliputi:

- a. Kelemahan (Frailty): Kelemahan adalah kondisi di mana seseorang menjadi rentan terhadap penyakit, cedera, dan kondisi yang mempengaruhi kualitas hidup. Orang yang rapuh (frail) memiliki daya tahan tubuh yang berkurang dan respon yang lemah terhadap stres fisik atau psikologis.

- b. Jatuh dan Gangguan Keseimbangan: Lansia memiliki risiko lebih tinggi mengalami jatuh karena kehilangan keseimbangan, penurunan kekuatan otot, dan masalah penglihatan. Jatuh sering kali dapat menyebabkan cedera serius.
- c. Delirium: Delirium adalah gangguan mental akut yang ditandai oleh perubahan tiba-tiba dalam kesadaran, perhatian, dan kognisi. Ini bisa disebabkan oleh infeksi, obat-obatan, atau penyakit lainnya.
- d. Inkontinensia Urin dan Feses: Inkontinensia urin (kehilangan control atas kandung kemih) dan inkontinensia feses (kehilangan control atas usus) bisa terjadi pada lansia akibat penurunan otot panggul dan masalah lainnya.
- e. Malnutrisi: Malnutrisi pada lansia bisa disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk perubahan dalam kebutuhan nutrisi, penurunan nafsu makan, atau gangguan pencernaan.
- f. Depresi: Depresi adalah gangguan mental umum pada lansia, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka secara signifikan.
- g. Isolasi Sosial: Lansia cenderung mengalami isolasi sosial karena perubahan dalam lingkungan sosial mereka. Ini dapat berdampak negatif pada kesejahteraan mental dan emosional mereka.
- h. Polypharmacy (Penggunaan Banyak Obat): Banyak lansia harus mengonsumsi beberapa obat secara bersamaan untuk mengelola berbagai masalah kesehatan, yang dapat meningkatkan risiko interaksi obat dan efek samping.
- i. Kecacatan Fungsional: Penurunan fisik dan kognitif pada lansia dapat mengakibatkan penurunan kemampuan mereka untuk menjalankan aktivitas sehari-hari, seperti berpakaian, mandi, atau berjalan.
- j. Sindrom Dekondisi (Deconditioning): Ini terjadi ketika lansia kehilangan kebugaran fisik dan kekuatan otot akibat kurangnya aktivitas fisik, yang dapat mengganggu fungsi tubuh secara keseluruhan²⁰.

B. Gangguan Mental

1. Defenisi Gangguan Mental

Gangguan mental merupakan kondisi medis yang memengaruhi pikiran, perasaan, perilaku, atau kemampuan seseorang untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari. Kondisi ini sangat beragam dan dapat muncul pada segala usia. Gangguan ini dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan kualitas hidup secara keseluruhan. Gangguan mental tidak hanya berdampak pada orang yang mengalaminya, namun juga lingkungan keluarga, tempat kerja, dan masyarakat secara keseluruhan ⁵.

Dalam konteks kesehatan mental, gangguan mental bukan hanya sekadar keadaan yang bersifat sementara. Masalah ini bisa bertahan dalam waktu lama dan berdampak pada berbagai aspek kehidupan, seperti pekerjaan, interaksi sosial, dan kesejahteraan emosional. Masalah kesehatan mental bisa dibagi menjadi beberapa kategori, seperti gangguan suasana hati, gangguan cemas, gangguan psikotik, dan gangguan kepribadian, yang masing-masing memiliki ciri dan tanda-tanda yang unik⁵.

2. Penyebab Gangguan Mental

Gangguan mental disebabkan oleh berbagai faktor, baik biologis, psikologis, maupun sosial. Faktor biologis meliputi ketidakseimbangan kimiawi di otak, genetik, serta gangguan pada sistem saraf. Sementara itu, faktor psikologis mencakup trauma masa kecil, stres kronis, dan konflik interpersonal. Selain itu, faktor sosial seperti kemiskinan, diskriminasi, dan isolasi sosial juga berkontribusi dalam meningkatkan risiko gangguan mental⁵.

3. Klasifikasi Gangguan Mental

Beberapa jenis gangguan mental yang umum meliputi:

- a. Gangguan Mood: Depresi mayor, bipolar disorder.
- b. Gangguan Ansietas: Gangguan panik, fobia spesifik, gangguan obsesif-kompulsif (OCD).

- c. Gangguan Psikotik: Skizofrenia.
- d. Gangguan Makan: Anoreksia nervosa, bulimia nervosa.
- e. Gangguan Perkembangan: Autisme spektrum disorder (ASD), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).
- f. Trauma dan Stressor-Related Disorders: Post-traumatic stress disorder (PTSD)⁵.

Kecemasan dan depresi merupakan salah satu penyebab lansia mengalami isolasi sosial. Pada dasarnya kecemasan adalah sesuatu yang wajar dialami oleh setiap manusia. Kecemasan sudah dianggap sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari seorang manusia. Kecemasan lansia dapat dipicu oleh ketidakamanan finansial, masalah kesehatan, demensia, kehilangan kebebasan, pertukaran peran, perencanaan akhir kehidupan, duka dan kehilangan, imobilitas, sakit kronis, perubahan persepsi sensorik, termasuk kehilangan penglihatan dan berkurangnya rasa, bau dan isolasi²².

Lansia mengalami depresi, yang masih merupakan angka yang signifikan. Tingginya angka lansia tanpa depresi dapat dikaitkan dengan faktor lain, termasuk lingkungan sosial, dukungan psikologis, atau tingkat self-efficacy yang tinggi. Depresi pada lansia sering kali disebabkan oleh kombinasi faktor biologis, psikologis, dan sosial. Depresi dipicu oleh pola pikir negatif yang berulang, termasuk perasaan tidak berharga dan pesimisme terhadap masa depan. Lansia yang mengalami depresi cenderung memiliki self-efficacy rendah, yang membuat mereka merasa tidak mampu menghadapi tantangan hidup. Hal ini dapat diperburuk oleh isolasi sosial, kehilangan orang tercinta, atau perubahan drastis dalam peran sosial²³.

C. Konsep Isolasi Sosial

1. Defenisi Isolasi Sosial

Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan dipersepsikan terjadi karena orang serta merupakan situasi negatif dan mengancam. Isolasi sosial merupakan penurunan interaksi atau ketidakmampuan seseorang untuk melakukan interaksi dengan orang lain yang ada di lingkungan sekitar mereka. Isolasi sosial merupakan suatu kondisi dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien merasakan adanya penolakan, tidak diterima, merasakan kesepian, dan tidak memiliki kemampuan untuk membina hubungan yang berarti dengan orang lain ²⁴.

Isolasi sosial adalah suatu gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel yang menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial. Kerusakan interaksi sosial merupakan upaya menghindari suatu hubungan komunikasi dengan orang lain karena merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi rasa, pikiran dan mengalami kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain ²⁵.

2. Etiologi

Faktor predisposisi dan presipitasi yang harus disalahkan untuk gangguan ini. Pesimisme, keraguan, takut salah, dan ketidakpercayaan orang lain akan dihasilkan dari kegagalan dalam gangguan ini, yang akan menyebabkan depresi. Orang yang tidak mau berbicara dengan orang lain, lebih memilih menyendiri, lebih suka diam, dan tidak peduli dengan aktivitas mereka sehari-hari akan terpengaruh oleh situasi seperti ini ²⁶.

a. Faktor predisposisi

Ada sejumlah faktor risiko yang berkontribusi terhadap isolasi sosial, beberapa di antaranya meliputi:

1) Faktor perkembangan

Respons sosial yang maladaptif dapat terjadi akibat sistem keluarga yang disfungsional. Beberapa orang percaya bahwa orang yang berjuang dengan masalah ini telah gagal memisahkan diri dari orang tua mereka. Hubungan dengan pihak di luar keluarga mungkin tidak didukung oleh norma keluarga. Tebel tugas yang berkontribusi pada pengembangan yang berhubungan dengan pertumbuhan interpersonal.

2) Faktor sosiokultural

Gangguan hubungan secara signifikan dipengaruhi oleh isolasi sosial. Kefanaan telah menyebabkan hal ini; norma-norma yang tidak menghormati anggota masyarakat yang kurang produktif, seperti orang tua (lansia), mereka yang cacat, dan mereka yang menderita penyakit kronis, atau yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain. Mengadopsi norma, perilaku, dan nilai yang berbeda dari budaya mayoritas dapat menyebabkan isolasi. Faktor lain yang terkait dengan gangguan ini adalah memiliki harapan yang tidak realistis tentang hubungan.

3) Faktor biologis

Respon maladaptif sosial dapat dipengaruhi oleh faktor genetik. Bukti yang diperoleh menunjukkan bahwa neurotransmitter terlibat dalam timbulnya gangguan ini meskipun masih diperlukan penelitian yang lebih dalam terkait dengan hal tersebut.

4) Faktor presipitasi

Ada beberapa penyebab isolasi sosial antara lain sebagai berikut:

a) Faktor eksternal

Stres yang disebabkan oleh faktor sosial budaya seperti keluarga merupakan contoh stresor sosial budaya.

b) Faktor internal

Stresor psikologis, seperti stres yang disebabkan oleh kecemasan atau kecemasan yang berkepanjangan dan berkurangnya kapasitas individu untuk mengatasi, adalah contohnya. Kecemasan ini dapat diakibatkan oleh tuntutan

untuk berpisah dari orang yang dicintai atau karena tidak memenuhi kebutuhannya sendiri.

b. Faktor Presipitasi

Gangguan hubungan sosial juga dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal seseorang. Faktor stressor presipitasi dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1) Stressor Sosial Budaya

Stress dapat ditimbulkan oleh beberapa factor antara faktor lain dan faktor keluarga seperti menurunnya stabilitas unit keluarga dan berpisah dari orang yang berarti dalam kehidupannya, misalnya karena dirawat dirumah sakit.

2) Stressor Psikologi

Tingkat kecemasan berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya. Tuntutan untuk berpisah dengan orang dekat atau kegagalan orang lain untuk memenuhi kebutuhan ketergantungan dapat menimbulkan kecemasan tingkat tinggi.

Etiologi dari masalah isolasi sosial:

1. Keterlambatan perkembangan
2. Ketidakmampuan menjalin hubungan yang menguntungkan
3. Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan
4. Ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma
5. Ketidaksesuaian perilaku sosial dengan norma
6. Perubahan penampilan fisik
7. Perubahan status mental
8. Ketidakadekuatan sumber daya personal (mis disfungsi berduka, pengendalian diri buruk)²⁶.

3. Proses Isolasi Sosial

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Perkembangan

Setiap tahap tumbuh kembang memiliki tugas yang harus dilalui individu dengan sukses, karena apabila tugas perkembangan ini tidak dapat dipenuhi, maka akan menghambat masa perkembangan selanjutnya. Keluarga adalah tempat pertama yang memberikan pengalaman bagi individu dalam menjalin hubungan dengan orang lain. Kurangnya stimulasi, kasih sayang, perhatian, dan kehangatan dari ibu/pengasuh pada bayi akan memberikan rasa tidak aman yang dapat menghambat terbentuknya rasa percaya diri. Rasa ketidakpercayaan tersebut dapat mengembangkan tingkah laku curiga pada orang lain maupun lingkungan dikemudian hari.

2) Faktor komunikasi dalam keluarga

Masalah komunikasi dalam keluarga dapat menjadi kontribusi penting dalam mengembangkan gangguan tingkah laku seperti sikap bermusuhan/hostilitas, sikap mengancam, merendahkan dan menjelek-jelekkan anak, selalu mengkritik, menyalahkan, dan anak tidak diberi kesempatan untuk mengungkapkan pendapatnya, kurang kehangatan, kurang memperhatikan ketertarikan pada pembicaraan anak, hubungan yang kaku antara anggota keluarga, kurang tegur sapa, komunikasi kurang terbuka, terutama dalam pemecahan masalah tidak diselesaikan secara terbuka dengan musyawarah, ekspresi emosi yang tinggi.

3) Faktor Sosialkultural

Isolasi social merupakan factor utama dalam gangguan hubungan. Hal ini akibat dari transiensi norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain, atau tidak menghargai anggota masyarakat yang produktif, seperti lanjut usia, disabilitas dan penyakit kronis, dapat juga disebabkan oleh karena norma-norma yang salah yang dianut oleh satu keluarga seperti anggota tidak produktif diasingkan dari lingkungan sosial.

4) Faktor biologis

Faktor genetik dapat berperan dalam respon sosial maladaptif. Penurunan aktivitas neurotransmitter akan mengakibatkan perubahan mood dan gangguan kecemasan.

b. Faktor Prepitasi

1) Faktor eksternal

Stress sosiokultural

Stress dapat ditimbulkan oleh karena menurunnya stabilitas unit keluarga seperti perceraian, berpisah dari orang yang berarti, kehilangan pasangan pada usia tua, kesepian karena ditinggal jauh, dan dirawat di rumah sakit atau di penjara. Semua ini dapat menimbulkan isolasi sosial.

2) Faktor internal

Stress Psikologis

Ansietas berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya. Tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau kegagalan orang lain untuk memenuhi kebutuhan ketergantungan dapat menimbulkan ansietas tingkat tinggi.

3) Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor individu sangat penting dalam hal ini. Rasa sedih karena suatu kehilangan atau beberapa kehilangan dapat sangat besar sehingga individu tidak mau menghadapi kehilangan dimasa depan, bukan mengambil resiko mengalami lebih banyak kesedihan. Respon ini lebih mungkin terjadi jika individu mengalami kesulitan dalam tugas berkaitan dengan hubungan²⁵.

4. Tanda dan Gejala Isolasi Sosial

Mengidentifikasi tanda dan gejala isolasi sosial berikut:

- a. Kurang spontan
- b. Apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan)
- c. Ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi sedih)
- d. Afek tumpul

- e. Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri
- f. Tidak ada atau kurang terhadap komunikasi verbal
- g. Menolak berhubungan dengan orang lain
- h. Mengisolasi diri (menyendiri)
- i. Kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya
- j. Asupan makan dan minuman terganggu

5. Penatalaksanaan

a. Terapi Social Skill Training

Social skill training adalah proses belajar dalam meningkatkan kemampuan seseorang untuk meningkatkan kemampuan berinteraksi dengan orang lain dalam konteks sosial yang dapat diterima dan dihargai secara sosial. Hal ini melibatkan kemampuan untuk memulai dan menjaga interaksi positif dan saling menguntungkan²⁷.

b. Komunikasi Terapeutik

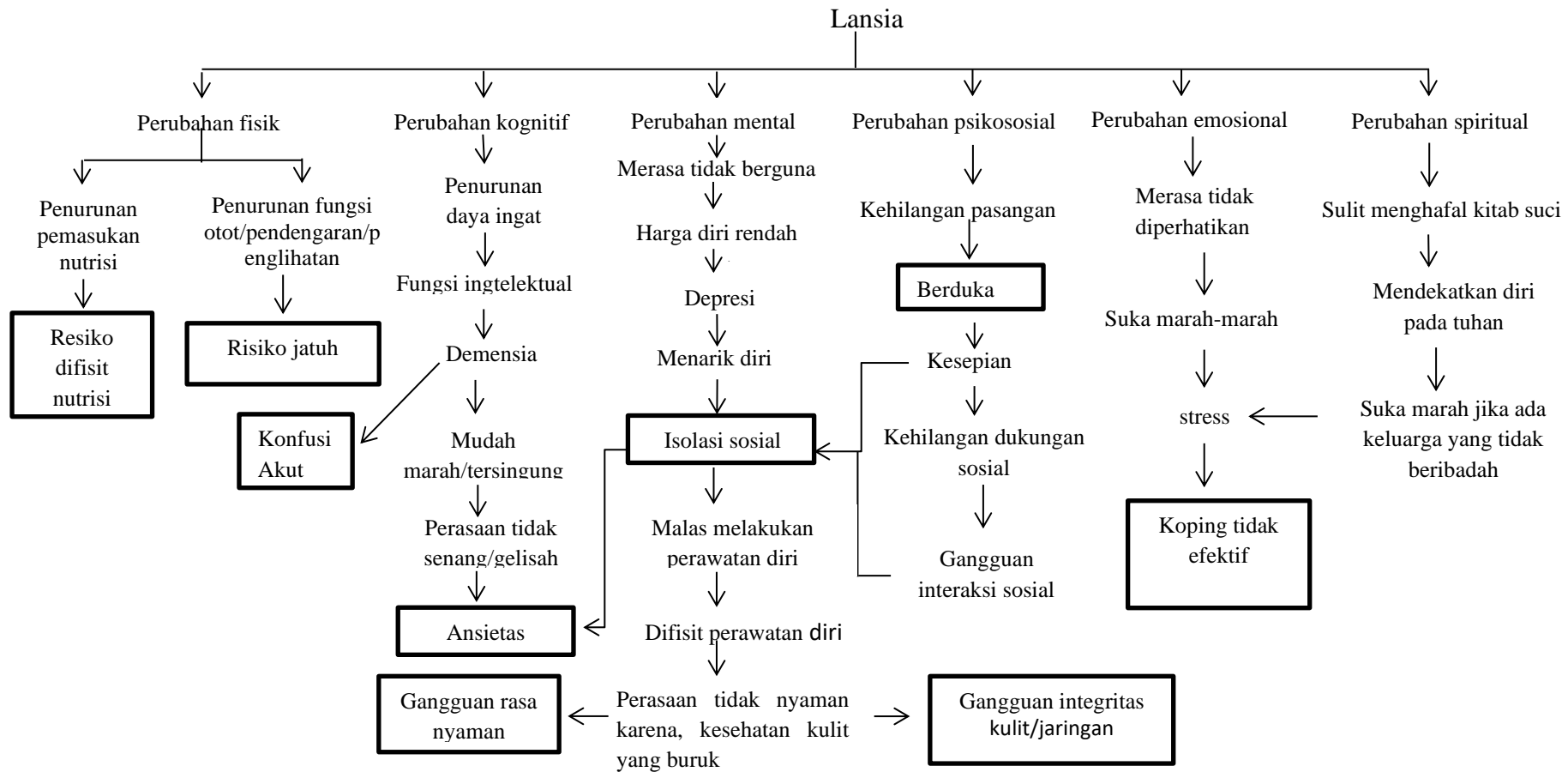
Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dirancang dan direncanakan untuk tujuan terapi, dalam rangka membina hubungan antara perawat dengan pasien agar dapat beradaptasi dengan stress, mengatasi gangguan psikologis, sehingga dapat melegakan serta membuat pasien merasa nyaman, yang pada akhirnya mempercepat proses kesembuhan pasien.

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antar perawat dengan pasien. Tujuan hubungan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan pasien meliputi: realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan terhadap diri. Sehingga komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan salah satu bentuk dari berbagai macam komunikasi yang dilakukan secara terencana dan dilakukan untuk membantu proses penyembuhan pasien²⁷.

c. Interaksi Sosial

Interaksi yaitu satu relasi antara dua sistem yang terjadi sedemikian rupa sehingga kejadian yang berlangsung pada satu sistem akan mempengaruhi kejadian yang terjadi pada sistem lainnya. Interaksi adalah satu pertalian sosial antar individu sedemikian rupa sehingga individu yang bersangkutan saling mempengaruhi satu sama lainnya. Interaksi sosial adalah kemampuan seorang individu dalam melakukan hubungan sosial dengan individu lain atau kelompok dengan ditandai adanya kontak sosial dan komunikasi²⁷.

6. Web of Cautions (WOC)



Gambar 2.1 : WOC Isolasi Sosial pada Lansia

Sumber : (PPNI²⁸,Mujiadi¹⁹)

D. Asuhan Keperawatn Isolasi Sosial pada Lansia

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas lansia

Data yang dikaji dalam identitas lansia yaitu nama lansia, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin status perkawinan, agama dan pendidikan terakhir.

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang (RKS)

Pada RKS lansia biasanya dikaji apa saja yang dikeluhkan/dirasakan pada saat ini, misalnya susah tidur, penglihatan kabur/kurang jelas, ingatan mudah lupa, dan lain-lain. Umumnya pasien dengan isolasi sosial merasa Tidak berminat, Perasaan berbeda dengan orang lain, Tidak mampu memenuhi harapan orang lain, Merasa sendirian, Menolak interaksi dengan orang lain, Mengungkapkan tujuan hidup yang tidak adekuat, Merasa tidak diterima dan sering merasa kesepian²⁶.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu (RKD)

Pada RKD lansia biasanya dikaji penyakit apa saja yang pernah lansia alami sejak 6 bulan /beberapa tahun yang lalu. Misal kecelakaan, kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, pernah jatuh/cedera, stroke dan gangguan mental Umumnya pasien lansia dengan isolasi sosial pernah mengalami masa lalu yang tidak menyenangkan seperti kegagalan, kehilangan, perpisahan, kematian, dan trauma selama tumbuh kembang yang pernah dialami pasien pada masa lalu ²⁹.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga (RKK)

Pada RKK yang dikaji pada lansia adalah jenis kesehatan keluarga, penyakit apa saja yang pernah diderita keluarga atau mungkin ada penyakit keturunan yang diderita oleh keluarga seperti diabetes, hipertensi.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum (TTV)

Pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu tubuh, BB, TB

2) Kepala : Apakah pada kepala ditemukan masalah seperti kepala simetris atau tidak.

3) Mata : Apakah pada mata ditemukan masalah seperti antara kedua mata simetris atau tidak, penglihatan jelas atau tidak, mata memerah atau tidak, katarak atau tidak.

4) Hidung : Apakah pada hidung ditemukan masalah seperti penciuman masih baik atau tidak, terdapat polip atau tidak, terdapat luka atau tidak.

5) Telinga : Apakah pada telinga ditemukan masalah seperti antara kedua telinga simetris atau tidak, pendengaran masih terdengar jelas atau tidak, terdapat benjolan atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak.

6) Mulut dan Tenggorokan : Apakah pada mulut dan tenggorokan ditemukan masalah seperti mukosa bibir lembab atau tidaknya, apakah lansia sulit menelan atau tidaknya.

7) Leher : Apakah pada leher ditemukan masalah seperti terdapat pembesaran vena jugularis atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau tidak.

8) Dada : Apakah pada dada ditemukan masalah seperti dada simetris atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak, dada terasa berdebar-debar atau tidak, terdapat perubahan pada irama jantung atau tidak, frekuensi jantung meningkat atau tidak.

9) Abdomen : Apakah pada abdomen ditemukan masalah atau tidak seperti bentuk abdomen simetris atau tidak, terdapat edema atau tidak.

10) Genitalia : Ada/Tidak dilakukan pemeriksaan.

11) Ekstremitas : Apakah pada ekstremitas atas maupun bawah terdapat masalah seperti CRT kurang atau lebih dari 2 detik, akral hangat atau tidak, apakah terdapat edema atau tidak.

12) Integumen : Apakah pada integument terdapat masalah seperti kebersihan baik atau tidak, terdapat gangguan seperti gatal atau kemerahan atau tidak.

d. Aktivitas

Hal yang dikaji pada aktivitas lansia a umumnya pasien tidak mau mengerjakan pekerjaan rumah, tidak mau beraktivitas diluar rumah karena pasien selalu merasa malas berinteraksi, Serta mengkaji aktivitas apa saja yang sering dilakukan lansia.

e. Eliminasi

Hal yang dikaji pada eliminasi lansia adalah terdapat masalah atau tidak nya BAB dan BAK lansia, apakah terdapat gangguan ginjal pada saat sekarang atau masa lalu. Serta mengkaji perkiraan jumlah frekuensi BAK dan BAB lansia per harinya.

f. Makanan

Hal yang dikaji pada makanan lansia adalah makanan apa yang sering dikonsumsi dan disukai lansia, apakah makanan tersebut menyebabkan berat badan normal atau obesitas atau tidak, apakah makanan tersebut menyebabkan tekanan darah tinggi atau tidak.

g. Pengkajian Psikologis

- 1) Bagaimana sikap lansia terhadap proses penuaan.
- 2) Apakah dirinya merasa di butuhkan atau tidak.
- 3) Apakah optimis dalam memandang suatu kehidupan.
- 4) Bagaimana mengatasi stres yang dialami.
- 5) Apakah mudah dalam menyesuaikan diri.
- 6) Apakah lansia sering mengalami kegagalan.
- 7) Apakah harapan pada saat ini dan yang akan datang.

- 8) Perlu di kaji juga mengenai fungsi kognitif, daya ingat, proses pikir, alam perasaan, orientasi, dan kemampuan dalam menyelesaikan masalah.

h. Perubahan Sosial Ekonomi

- 1) Darimana sumber keuangan lansia.
- 2) Apa saja kesibukan lansia dalam mengisi waktu luang.
- 3) Kegiatan organisasi apa yang diikuti lansia.
- 4) Bagaimana pandangan lansia terhadap lingkungannya.
- 5) Seberapa sering lansia berhubungan dengan orang lain di halaman sekitar rumah.
- 6) Apakah bisa menyalurkan hobi lewat fasilitas yang ada.

i. Perubahan spiritual data yang dikaji

- 1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya.
- 2) Apakah secara teratur mengikuti kegiatan keagamaan.
- 3) Bagaimana lansia mengatasi masalah, apakah ada berdoa.
- 4) Apakah lansia terlihat tabah dan tawa.

j. Pengkajian Status Mental

Pengkajian status mental yang perlu dikaji meliputi daya orientasi (waktu, tempat, orang), daya ingat (jangka panjang, jangka pendek), kontak mata dan afek.

k. Pengkajian Lingkungan

Pada pengkajian lingkungan yang perlu dikaji meliputi penataan kamar lansia, kebersihan dan kerapian, penerangan, sirkulasi udara, penataan tempat tidur, keadaan kamar mandi, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber penerangan.

l. Pengkajian status kemandirian

Pada pengkajian Kemandirian yang perlu dikaji adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri meliputi kemampuan mandiri lansia untuk mandi, berpakaian, toileting, berpindah tempat, kontinen, dan makan. Menggunakan format pengkajian status kemandirian dan pengkajian status fungsional (indeks kemandirian katz).

m. Pengkajian fungsi kognitif (SPMSQ)

Pada pengkajian Status Kognitif yang perlu dikaji adalah pemeriksaan status mental memberikan sampel perilaku dan kemampuan mental dalam fungsi intelektual. Pemeriksaan status mental pengkajian pada tingkat kesadaran, perhatian, keterampilan berbahasa, ingatan interpretasi bahasa, keterampilan menghitung dan menulis, kemampuan konstruksional. Menggunakan format SPMSQ dan MMSE.

n. Pengkajian isolasi sosial

Pengkajian menggunakan daftar tilik isolasi sosial yang terdiri dari wawancara dan observasi. Yang di observasi adalah lansia tidak ada berkomunikasi dengan penghuni lain, lansia lebih sering dikamar, lansia yang jarang terlibat dalam kegiatan kelompok atau komunitas, lansia yang menunjukkan tanda-tanda depresi. Lansia yang tinggal ditempat yang tidak mendukung interaksi sosial, lansia yang mengalami kesulitan dalam berkomunikasi, lansia yang suka menghabiskan waktu sendiri, lansia yang di ajak berbicara hanya menjawab seadanya.

o. Pengkajian kecemasan

Menggunakan format pengkajian tingkat kecemasan menurut Hars, yang mengkaji tentang tingkat kecemasan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan lanjut usia dilihat dari beberapa aspek yaitu fisik/biologis, dan aspek psikososial. Proses penegakan diagnosa keperawatan melalui analisis data, identifikasi data dan perumusan diagnosis keperawatan.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018) masalah keperawatan yang mungkin muncul pada Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada Lansia adalah :

- a. Isolasi Sosial (D.0121)
- b. Berduka (D.0081)
- c. Gangguan Interaksi sosial (D.0118)
- d. Gangguan rasa nyaman (D.0074)
- e. Koping tidak efektif (D.0096)
- f. Risiko Jatuh (D.0143)
- g. Risiko difisit nutrisi (D.0032)
- h. Ansietas (D.0080)
- i. Konfusi Akut (D.0064)
- j. Gangguan integritas kulit / jaringan (D.0129)

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Perencanaan keperawatan gerontik adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang berguna untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah lansia.

a. Menetapkan Prioritas Masalah

Tabel 2.2 Prioritas Masalah

NO.	Masalah	A			B						C	D	E	F	Prioritas
		1	2	3	1	2	3	4	5	6					
1.	Diagnosa keperawatan														

Keterangan :

A. Kegawatan

1. Gawat darurat (emergensi)
2. Gawat tapi tidak darurat
3. Tidak gawat tidak darurat

B. Kebutuhan fisiologis

1. Oksigen
2. Air
3. Makanan
4. Suhu tubuh yang normal
5. Tidur
6. Homeostatis

C. Kebutuhan akan rasa nyaman

D. Kebutuhan rasa memiliki dan kasih orang

E. Kebutuhan akan penghargaan

F. Kebutuhan akan aktualisasi diri

- b. Rencana asuhan keperawatan pada lansia dengan isolasi sosial menurut SIKI (2018) dan SLKI (2018) adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Isolasi Sosial

N O.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Isolasi Sosial (D.0121)</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa ingin sendiri 2. Merasa tidak aman di tempat umum <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menarik diri 2. Tidak berminat /menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa berbeda dengan orang lain 2. Merasa asyik dengan diri sendiri 3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas <p>Obektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afek datar 2. Afek sedih 3. Riwayat ditolak 4. Menunjukan permusuhan 5. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain 6. Kondisi difabel 7. Tindakan tidak berarti 8. Tidak ada kontak mata 9. Perkembangan terlambat 10. Tidak lesu 	<p>Setelah dilakukan rencana tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan : keterlibatan sosial meningkat</p> <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi meningkat 2. Verbalisasi tujuan yang jelas 3. Minat terhadap aktivitas meningkat 4. Verbalisasi isolasi menurun 5. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun 6. sikap menarik diri menurun 7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun 8. Afek murung/sedih menurun 9. Perilaku bermusuhan menurun 10. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain membaik 11. Perilaku bertujuan membaik 12. Kontak mata membaik 	<p>Promosi Sosialisasi (1.13498)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan 3. melakukan interaksi dengan orang lain <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2. Motivasi kesabaran dalam 3. mengembangkan suatu hubungan 4. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 5. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (mis. Jalan-jalan) 6. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 7. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain.
2.	<p>Anxietas (D.0080)</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p>	<p>Setelah dilakukan rencana tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan : tingkat ansietas menurun</p>	<p>Reduksi Ansietas (1.09314)</p> <p>Observasi :</p>

N O.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat kondisi yang dihadapi 3. Sulit bekonsentrasi Objektif : 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya Objektif : 1. Frekuensi nafas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaphoresis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu	kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 7. Palpitasi menurun 8. Frekuensi pernapasan menurun 9. Frekuensi nadi menurun 10. Tekanan darah menurun 11. Diaphoresis menurun 12. Tremor menurun 13. Pucat menurun 14. Konsentrasi membaik 15. Perasaan keberdayaan membaik 16. Kontak mata membaik 17. Pola kemih membaik 18. Orientasi membaik	1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik : 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi : 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

N O.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih Teknik relaksasi
3.	Risiko jatuh (D.0143)	Setelah dilakukan rencana tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan : Tingkat jatuh menurun kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. Jatuh saat di pindahkan menurun 6. Jatuh saat naik tangga menurun 7. Jatuh saat dikamar mandi menurun 8. Jatuh saat membungkuk menurun	Pencegahan jatuh (1.14540) Observasi : 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, deficit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neurde 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan Institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale) jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik : 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrall tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi : 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

N O.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
4.	Berduka (D.0081) Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Merasa sedih 2. Merasa bersalah atau menyalahkan orang lain 3. Tidak menerima kehilangan 4. Merasa tidak ada harapan Objektif : 1. Menangis 2. Pola tidur berubah 3. Tidak mampu berkonsentrasi Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. Mimpi buruk atau pola mimpi berubah 2. Merasa tidak berguna 3. Fobia Objektif : 1. Marah 2. Tampak panic 3. Fungsi imunitas terganggu	Setelah dilakukan rencana tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan : Tingkat berduka membaik kriteria hasil : 1. Verbalisasi menerima kehilangan menurun 2. Verbalisasi harapan menurun 3. Verbalisasi perasaan berguna menurun 4. Verbalisasi perasaan sedih menurun 5. Verbalisasi perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain menurun 7. Menangis menurun 8. Verbalisasi mimpi buruk menurun 9. Fobia menurun 10. Marah menurun 11. Panik menurun 12. Pola tidur membaik 13. Konsentrasi membaik 14. Imunitas membaik	Dukungan proses berduka (1.09275) Observasi : 1. Identifikasi kehilangan yang dihadapi 2. Identifikasi proses berduka yang dialami 3. Identifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal 4. Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan Tereupatik : 1. Tunjukkan sikap menerima dan empati 2. Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat 3. Fasilitasi melakukan kebiasaan sesjai dengan budaya, agama dan norma sosial 4. Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis, membaca buku, menulis, menggambar atau bermain) 5. Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan Edukasi : 1. Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar, sepresi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan 3. Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan 4. Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan

N O.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			5. Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap
5.	<p>Konfusi Akut (D.0064) Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Kurang motivasi untuk memulai dan menyelesaikan perilaku berorientasi tujuan 2. Kurang motivasi untuk memulai/menyelesaikan perilaku terarah</p> <p>Objektif 1. Fluktuasi fungsi kognitif 2. Fluktuasi tingkat kesadaran 3. Fluktuasi aktivitas psikomotorik</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. Salah persepsi Objektif : 1. Halusinasi 2. Gelisah</p>	<p>Setelah dilakukan rencana tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan : tingkat konfusi meningkat kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi kognitif meningkat 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Aktivitas psikomotorik meningkat 4. Motivasi memulai/menyelesaikan perilaku terarah meningkat 5. Memori jangka pendek meningkat 6. memori jangka panjang meningkat 7. perilaku halusimasi menurun 8. gelisah menurun 9. interpretasi membaik 10. fungsi sosial membaik 11. respons terhadap stimulus membaik 12. persepsi membaik 13. fungsi otak membaik 	<p>Orientasi realita (1.09297) Oservasi : 1. Identifikasi faktor risiko delirium (mis: usia >75 tahun, disfungsi kognitif, gangguan penglihatan/pendengaran, penurunan kemampuan fungsional, infeksi, hipo/hipertemia, hipoksia, malnutrisi, efek obat, toksin, gangguan tidur, stres) 2. Identifikasi tipe delirium (mis: hipoaktif, hiperaktif, campuran) 3. Monitor status neurologis dan tingkat delirium</p> <p>Terapeutik : 1. Berikan pencahayaan yang baik 2. Sediakan jam dan kalender yang mudah dibaca 3. Hindari stimulus sensorik berlebihan (mis: televisi, pengumuman interkom) 4. Lakukan pengekanan fisik, sesuai indikasi 5. Sediakan informasi tentang apa yang terjadi dan apa yang dapat terjadi selanjutnya 6. Batasi pembuatan keputusan 7. Hindari memvalidasi mispersepsi atau interpretasi realita yang tidak akurat (mis: halusinasi, waham) 8. Nyatakan persepsi dengan cara yang tenang, meyakinkan, dan tidak argumentative 9. Fokus pada apa yang dikenali dan bermakna saat interaksi interpersonal 10. Lakukan reorientasi 11. Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten 12. Gunakan isyarat lingkungan untuk stimulasi memori, reorientasi, dan meningkatkan perilaku yang</p>

N O.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>sesuai (mis: tanda, gambar, jam, kalender, dan kode warna pada lingkungan)</p> <p>13. Berikan informasi baru secara perlahan, sedikit demi sedikit, diulang-ulang</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan kunjungan keluarga, jika perlu 2. Anjurkan penggunaan alat bantu sensorik (mis: kacamata, alat bantu dengar, dan gigi palsu) <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat ansietas atau agitasi, jika perlu
6.	<p>Koping tidak efektif(D.0096)</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia) 2. Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai <p>Gejala dan tanda minor Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar 2. Kekhawatiran kronis <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyalahgunaan zat 2. Manipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri 	<p>Setelah dilakukan rencana tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan : Status koping meningkat kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi jelas sesuai usia meningkat 2. Pemahaman makna situasi meningkat 3. Kemampuan membuat keputusan meningkat 4. Keputusan meningkat 5. Perhatian meningkat 6. Konsentrasi meningkat 7. Orientasi kognitif meningkat 8. Memori segera meningkat 9. Memori saat ini meningkat 10. Memori jangka panjang meningkat 11. Proses informasi meningkat 12. Pertimbangan alternatif saat memutuskan meningkat 	<p>Dukungan pengambilan keputusan (1.09265)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial 2. Identifikasi fokus pelatihan keterampilan sosial <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi untuk berlatih keterampilan sosial 2. Beri umpan balik positif (mis. pujian atau penghargaan) terhadap kemampuan sosial 3. Libatkan keluarga selama latihan keterampilan sosial, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan melatih keterampilan sosial 2. Jelaskan respons dan konsekuensi keterampilan sosial 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami 4. Anjurkan mengevaluasi pencapaian setiap Interaksi 5. Edukasi keluarga untuk dukungan ketrampilan sosial

N O.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	3. Perilaku tidak asertif 4. Partisipasi sosial kurang	13. Kemampuan berhitung meningkat	6. Latih keterampilan sosial secara bertahap
7.	Risiko difisit nutrisi (D.0032)	Setelah dilakukan rencana tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan : Tingkat depresi menurun kriteria hasil : 1. Minat beraktivitas meningkat 2. Aktivitas sehari-hari meningkat 3. Konsentrasi meningkat 4. Harga diri meningkat 5. Kebersihan diri meningkat 6. Perasaan tidak berharga menurun 7. Sedih menurun 8. Putus asa menurun 9. Peristiwa negative menurun 10. Perasaan bersalah menurun 11. Keletihan menurun 12. Pikiran mencederai diri menurun 13. Pikiran bunuh diri menurun 14. Bimbang menurun 15. Menangis menurun 16. Marah menurun 17. Penyalahgunaan zat menurun 18. Penyalahgunaan alkohol menurun 19. Berat badan membaik 20. Nafsu makan membaik 21. Pola tidur membaik 22. Libido membaik	Manajemen nutrisi (1.03119) Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi : 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

N O.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
8.	<p>Gangguan rasa nyaman (D.0074) Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Mengeluh tidak nyaman</p> <p>Objektif : 2. Gelisah</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Tidak mampu rileks 3. Mengeluh kedinginan / kepanasan 4. Merasa gatal 5. Mengeluh mual 6. Mengeluh lelah</p> <p>Objektif : 1. Menunjukkan gejala distress 2. Tampak merintih / menangis 3. Pola eliminasi berubah 4. Postur tubuh berubah 5. Iritabilitas</p>	<p>Setelah dilakukan rencana tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan :</p> <p>Status kenyamanan membaik Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun 3. Keluhan sulit tidur menurun 4. Gatal menurun 5. Merintih menurun 6. Pola tidur membaik 	<p>Perawatan kenyamanan(1.08245) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual,gatal,nyeri,sesak) 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi,situasi dan perasaannya 3. Identifikasi masalah emosional dan spiritual <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi yang nyaman 2. Berikan kompres dingin atau hangat 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Berikan pemijatan 5. Dukungan keluarga dan penasuh terlihat dalam terapi/pengobatan 6. Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan 2. Ajarkan terapi relaksasi 3. Ajarkan latihan pernapasan 4. Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.
9.	<p>Gangguan integritas kulit / jaringan (D.OI29)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan :</p> <p>Integritas kulit/jaringan meningkat Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Kemerahan menurun 4. Tekstur membaik 5. Perfusi jaringan meningkat 	<p>Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu

N O.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</p> <p>6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)</p> <p>2. Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>5. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah</p> <p>6. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah disusun berdasarkan teoritis yang didapat. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan diagnosa keperawatan isolasi sosial, halusinasi, harga diri rendah, berduka dan gangguan interaksi sosial dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan².

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi keperawatan penulis melakukan asuhan keperawatan pada lansia didapatkan hasil diagnosa Isolasi Sosial dapat teratasi ditandai dengan klien mampu mempraktekkan cara berkenalan dengan perawat, Lansia menunjukkan peningkatan interaksi sosial, seperti berbicara dengan anggota keluarga atau tetangga, lansia bersedia dan mulai mengikuti

kegiatan sosial, seperti pertemuan kelompok lansia atau kegiatan di lingkungan sekitar, lansia melaporkan perasaan kesepian berkurang dan merasa lebih nyaman menjalin komunikasi, lansia memiliki setidaknya satu orang yang rutin diajak berbicara atau berbagi cerita, lansia tampak lebih aktif dan termotivasi untuk berinteraksi dengan orang lain².

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan tertulis atau pelaporan tentang apa yang dilakukan perawat terhadap pasien, siapa yang melakukan dan kapan tindakan keperawatan dilakukan dan apa hasil dari tindakan yang telah dilakukan bagi pasien. Dokumentasi mencakup setiap bentuk data dan informasi pasien yang dapat direkam, mulai dari tanda-tanda vital hingga catatan pemberian obat sampai dengan catatan keperawatan naratif.

Dokumentasi keperawatan adalah sumber informasi klinis utama untuk memenuhi persyaratan hukum dan profesional. Dokumentasi keperawatan harus memenuhi persyaratan hukum dokumentasi asuhan keperawatan³⁰.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain

Jenis penelitian kualitatif desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini menggunakan rancangan studi kasus, tentang Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman. Peneliti melakukan penelitian pada bulan Januari sampai Juni 2025. Pendampingan asuhan keperawatan pada lansia yang menjadi sampel penelitian dilakukan selama satu minggu dari tanggal 13 Februari – 19 Februari 2025 dengan menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan isolasi sosial .

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah subjek dalam penelitian dapat berupa manusia misalnya klien yang mempengaruhi kriteria yang telah ditetapkan³¹. Populasi dari penelitian ini lansia yang mengalami isolasi sosial yang berada di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin yang berumur diatas 60 tahun yaitu sebanyak 6 lansia.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah salah satu lansia yang mengalami isolasi sosial yang berumur diatas 60 tahun di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin. Adapun cara pemilihan sampel yang dilakukan harus sesuai dengan kriteria sebagai berikut:

a. kriteria inklusi

- 1) Lansia berumur ≥ 60 -80 tahun
- 2) Lansia yang mengalami isolasi sosial

- 3) Lansia yang berada di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin di wisma rawatan
- 4) Lansia bersedia dilakukan atau diberi asuhan keperawatan tentang Isolasi sosial.
- 5) Lansia yang kooperatif saat penelitian

b. Kriteria eksklusi

- 1) Lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik (bedrest)
- 2) Lansia yang berhalangan saat melakukan penelitian (lansia yang tidak berada di tempat)
- 3) Lansia dengan isolasi sosial yang menolak untuk dijadikan responden

Dari 6 orang lansia yang mengalami isolasi sosial terdapat 3 orang lansia yang memenuhi kriteria yang ditetapkan. Untuk penentuan 1 sampel dan 1 sampel cadangan peneliti menggunakan teknik simple random sampling menggunakan lotre, dari hasil lotre maka ditetapkan 1 orang sebagai sampel utama dalam penelitian yaitu Tn. N dan 1 orang sebagai sampel cadangan dalam penelitian yaitu Tn. S. Dalam penelitian ini sampel cadangan tidak terpakai karena tidak ada kendala terhadap sampel utama.

D. Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada pasien dimulai dengan pengkajian sampai evaluasi. Instrumen yang digunakan adalah format asuhan keperawatan gerontik yang dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi dengan klien. Format pengkajian gerontik yang terdiri dari identitas pasien, riwayat kesehatan (riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga), riwayat psikososial dan spiritual, pola kebiasaan sehari-hari, pengkajian status mental, dan pengkajian lingkungan. Untuk instrumennya adalah menggunakan daftar tilik isolasi sosial dan format pengkajian tingkat kecemasan. Alat yang digunakan dalam penelitian ini yaitu tensimeter, stetoskop dan termometer.

E. Teknik Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data peneliti menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

1. Wawancara

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan wawancara pada klien untuk melengkapi data klien berupa identitas lansia, keluhan kesehatan klien, riwayat kesehatan, kebiasaan sehari-hari dengan menggunakan format pengkajian keperawatan gerontik.

2. Observasi

Peneliti melakukan pengamatan terhadap kondisi lansia menggunakan daftar tilik isolasi sosial

3. Pengukuran

Peneliti melakukan pengukuran dengan memantau kondisi lansia menggunakan alat ukur pemeriksaan fisik, seperti mengukur tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, pengukuran suhu, pemeriksaan fisik dan format ukur tingkat kecemasan.

4. Dokumentasi

Dokumentasi pada penelitian ini, peneliti mendapatkan data-data tambahan dari dokumen pencatatan registrasi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Padang Pariaman.

F. Jenis Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari hasil wawancara dan observasi secara langsung dengan responden. Data dari penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan gerontik. Data-data pengkajian responden yang terpilih dimasukkan ke dalam format dokumentasi asuhan keperawatan. Data-data tersebut meliputi data terkait keluhan utama responden, data keluhan saat ini. Data riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit dahulu, aktivitas sehari-hari. Data lainnya yaitu data psikososial responden, pemeriksaan fisik, data spiritual, dan data sosial ekonomi³².

Data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi 2 macam, seperti berikut ini :

- a. Data objektif yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh peneliti.
 - b. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara peneliti kepada klien dan keluarga.
2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin, dokumen dari dinas kesehatan terkait, dan dari pengasuh di wisma lansia.

G. Prosedur Pengambilan Data

1. Peneliti meminta surat izin pengambilan data dan surat izin penelitian dari instansi asal peneliti (Kemenkes Poltekkes Padang)
2. Peneliti mendatangi Dinas Penanaman Modal Satu Pintu provinsi Sumatera Barat dan menyerahkan surat izin survey data dari institusi untuk mendapatkan surat pengantar ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat.
3. Peneliti mendatangi Dinas Sosial Sumatera Barat dan menyerahkan surat rekomendasi survey data dari Dinas Penanaman modal satu pintu untuk mendapatkan surat izin survey data di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.
4. Peneliti mendatangi PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dan menyerahkan surat izin survey data dari Dinas Sosial Sumatera Barat.
5. Peneliti meminta data jumlah lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin dan didapatkan data bahwa terdapat 110 daya tampung lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin dan terdapat 85 lansia yang menetap ditempat.
6. Peneliti melakukan survey awal dengan melakukan survey ke 3 wisma rawatan yaitu wisma anai, wisma ombilin dan wisma tandikek di Panti

Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin untuk menentukan populasi dan sampel penelitian.

7. Peneliti meminta izin penelitian dari institusi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes Padang.
8. Peneliti mendapatkan surat pengantar ke Dinas Sosial dari DPMSPP Sumbar untuk rekomendasi penelitian ke PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
9. Peneliti mendatangi PSTW dan menyerahkan surat izin penelitian ke PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.
10. Peneliti melakukan pemilihan sampel sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan yaitu klien yang mengalami isolasi sosial. Peneliti menggunakan observasi daftar tilik isolasi sosial untuk menentukan sampel penelitian. Pemilihan sampel dilakukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, dengan kriteria inklusi dan eksklusi dari 6 lansia yang mengalami isolasi sosial didapat sebanyak 3 lansia yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Untuk mendapatkan 1 sampel, maka peneliti melakukan pemilihan dengan teknik simple random sampling dengan cara lotre dan di dapatkan lansia Tn. N sebagai sampel utama dan memilih 1 sampel cadangan dan didapatkan Tn.N.
11. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian kepada responden.
12. Peneliti memberikan informed consent kepada responden untuk di tanda tangani.
13. Peneliti mengontrak waktu responden untuk melakukan pengkajian dan wawancara menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan gerontik.
14. Peneliti melakukan pengkajian yang meliputi anamnesa dan pemeriksaan fisik.
15. Peneliti melakukan penegakan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi pada responden, kemudian peneliti melakukan terminasi serta pendokumentasian.

H. Analisa Data

Hasil analisis yang didapat saat melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian kemudian dikelompokkan berdasarkan data objektif dan data subjektif sehingga dilakukan analisa data dan ditegakkan diagnosa keperawatan, kemudian merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan telah dinarasikan dan dibandingkan askep yang dilakukan terhadap Tn.N dengan teori dan penelitian terdahulu.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian keperawatan

Penerapan asuhan keperawatan telah dilakukan kepada Tn.N selama satu minggu yang dimulai pada tanggal 13 Februari 2025 sampai dengan 19 Februari 2025 di wisma Tandikek Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Sumatera Barat. Hasil Penelian ini meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, sampai dengan evaluasi keperawatan.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 februari 2025 pada pukul 09.39 wib didapatkan identitas klien antaranya, Tn. N berusia 64 tahun, beragama islam, seorang duda yang memiliki tiga orang anak, beragama islam, sumber informasi dalam pengkajian adalah klien sendiri dan pengasuh. Keluarga yang dapat dihubungi adalah anak klien yang bernama Ny.S. Tn.N masuk ke panti pada satu tahun yang lalu tepatnya pada bulan Maret 2024, klien mengatakan masuk panti di antar oleh anaknya, saat ditanya pada pengasuh Tn.N memang diantar oleh anaknya. Semenjak bercerai dari istrinya Tn.N suka menyendiri di rumah dan berdiam diri dikamar, jarang berinteraksi dengan anaknya, saat ada kesempatan keluar Tn.N sering kabur ke jalan karna tidak ada yang mengawasi Tn.N saat dirumah, anak Tn.N takut Tn.N tertabrak mobil karena itu Tn.N dimasukan ke panti.

Saat dikaji Tn.N berada didalam kamar saat ditanya Tn.N hanya diam dan tidak mau di ganggu. Tn.N tampak sering menyendiri dan menjauh dari orang-orang lain. Tn.N tampak tidak ada berinteraksi dengan orang yang ada di wisma. Tn.N lebih sering berada di dalam kamarnya dan sering melakukan kegiatannya sendiri (misalnya membongkar jam tangannya sampai rusak). Saat ditanya respon klien hanya menjawab seadanya,

tidak ada melakukan kontak mata, tampak gelisah, suara sedikit begetar dan suka menunduk. Klien mengatakan merasa tidak nyaman berada di keramaian / tempat umum, klien mengatakan suka menyendiri dan malas berkomunikasi dengan teman di wisma, klien merasa khawatir karena sudah lama tidak dikunjungi anaknya klien bingung karena gatal-gatal dikakinya tidak sembuh-sembuh klien sulit konsentrasi menghafal nama teman di wismanya. Klien juga menolak dan tampak cemas saat diajak melakukan kegiatan yang berada didalam ruangan atau bertemu dengan orang baru, karena itu klien lebih sering menyendiri dan menghabiskan waktunya untuk kegiatan yang ia lakukan sendiri, klien tampak sulit tidur. Tn.N mengeluh gatal-gatal pada kaki bagian bawah, sering terbangun dan merasa tidak nyaman saat malam hari karena gatal-gatal akibat penyakit dermatitis klien.

Perubahan emosional, mental, kognitif, psikososial, dan fisik ditandai dengan Tn.N dulu sering menyendiri, tidak ada melakukan interaksi, suka berada didalam kamar dan merasa cemas. Masalah timbul berawal dari klien bercerai dengan istrinya dan saat di panti. Tn. N sering menyendiri, jarang berkomunikasi dengan orang yang ada disekitarnya, suka berdiam diri di dalam kamar, merasa kesepian dan merasa cemas, gatal-gatal yang dirasakan Tn.N akibat dermatitis pada saat berada di panti.

Tn.N mengatakan tidak ada alergi pada makanan, obat dan binatang. Tn.N mengatakan tidak ada riwayat kecelakaan tapi Tn.N memiliki riwayat dirawat di RS 5 tahun yang lalu dikarenakan oleh ambeien yang di derita klien. Tn.N tidak ada riwayat pemakaian obat, saat ini Tn.N hanya menggunakan salep untuk gatal-gatal yang ada dikaki Tn.N. Klien mengatakan tidak mengetahui ada atau tidaknya keluarga yang memiliki masalah kesehatan atau penyakit keturunan lainnya.

Tn.N mengatakan tidak memiliki teman dekat di panti. Masalah yang mempengaruhi klien saat ini klien mengatakan tidak mau berinteraksi, karena merasa takut dan cemas untuk menjalin hubungan dengan orang lain.

Mekanisme koping terhadap masalahnya cukup buruk dimana pasien terlihat tidak ada kemauan untuk mengatasi masalahnya dan saat terjadi masalah pasien lebih memilih untuk sendiri, tidur, serta suka berjalan-jalan sekeliling wisma. Hal yang dipikirkan pasien saat ini pasien ingin bertemu dengan anaknya. Tn.N mengatakan saat ia merasa stress , biasanya ia mengatasinya dengan sering menghabiskan waktu menyendiri, berdiam diri dikamar, sering tidur, dan melakukan kegiatan seperti memperbaiki jamnya. Hal yang sangat dipikirkan klien saat ini adalah Tn.N ingin bertemu dengan anaknya. Aktifitas keagamaan yang dilakukan yaitu sholat tapi klien tampak tidak pernah melakukan sholat, saat ditanya atau disuruh sholat klien hanya menjawab ya. Tn.N mengatakan tidak tau melakukan kegiatan keagamaan yang ingin di lakukan. Klien mengatakan percaya adanya kematian dan setiap yang hidup akan mengalaminya.

Pola kebiasaan sehari-hari klien adalah makan 3x sehari dengan nasi, lauk, buah dan sayur, kebiasaan makan klien sering makan di tempat yang sepi di wisma kosong yang berada di ujung wisma, mencuci tangan dan berdo'a, nafsu makan klien kurang baik klien sering tidak menghabiskan makanannya, klien tidak ada riwayat elergi makanan, berat badan klien adalah 51 Kg dan tinggi 165 cm. Kebiasaan berkemih klien adalah 5-6 x sehari dengan warna kekuningan dan tidak ada keluhan saat buang air kecil (BAK). Kebiasaan buang air besar (BAB) klien adalah 1x dalam dua hari dengan warna kuning kecoklatan, konsistensi padat, dan bau khas dan agak menyengat. Klien tidak ada masalah dengan buang air besar (BAB), klien buang air besar setiap pagi hari.

Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat laksatif dan biasanya hanya makan buah dan sayur untuk memperlancar buang air besar (BAB). Kebiasaan mandi klien adalah 1x sehari pada pagi hari dengan menggunakan sabun, gosok gigi 1x sehari pada pagi hari dengan menggunakan odol, cuci rambut 1 x sehari dengan menggunakan shampo, dan gunting kuku 1 kali seminggu. Kebiasaan tidur klien adalah 5-6 jam

pada malam hari, klien mengeluh sulit tidur, sering terbangun saat malam hari karena gatal-gatal yang ia rasakan di kedua kakinya, klien sering tidur siang 2-3 jam dan mengeluh sering terbangun juga karna gatal-gatal. Klien jarang mengikuti kegiatan yang ada di panti. Klien jarang berolah raga, biasanya klien jalan pagi sendiri. Aktivitas yang sering dilakukan Tn.N saat waktu luang hanya sibuk dengan kegiatan yang dibuatnya sendiri seperti membongkar jam di belakang wisma dan juga sering tidur. Tn.N mengatakan ia tidak pernah merokok, meminum-minuman keras dan tidak ada ketergantungan obat.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn.N keadaan umum baik, dengan tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 88x/menit, pernapasan 21 x/menit dan suhu 36,5 °C. Klien biasa menggunakan topi setiap harinya, rambut pendek, ada uban dan bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak menggunakan kaca mata. Hidung bersih, simetris kiri dan kanan, tidak ada secret, tidak ada pembengkakan. Telinga simetris kiri dan kanan, telinga tampak bersih, tidak ada masalah dengan pendengaran, pada leher tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, mukosa bibir kering, tidak pucat, gigi klien tidak lengkap, terlihat kotor pada gigi. Pemeriksaan pada dada ditemukan simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, fremitus kiri dan kanan teraba baik, tidak ada nyeri saat dipalpasi, sonor dan terdengar vesikuler. Abdomen simetris dan supel tidak ada asites, tidak terjadi pembekakan pada abdomen, tidak ada perbesaran hepar, , ekstremitas atas bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, CRT <2 detik, akral hangat, ekstremitas bawah bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, CRT <2 detik, kulit kaki kering terdapat ruam kemerahan akibat digaruk karna gatal.

Data yang diperoleh dari hasil pengkajian status mental klien adalah saat dilakukan pengkajian, daya orientasi waktu pasien dapat menyebutkan hari, bulan dan tahun namun tidak dapat menyebutkan tanggal saat ditanya, klien mengetahui tempat dimana dia sekarang, klien tau nama teman sekamar dan

nama peneliti. Daya ingat jangka panjang dan jangka pendek klien masih baik dibuktikan dengan klien mampu menceritakan pekerjaannya dahulu yaitu berladang dan mampu beraktivitas secara mandiri. Klien juga mampu menceritakan tentang keluarganya. Klien mampu mengingat kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya yaitu ia sudah makan pagi dan mandi. Selama wawancara klien tidak ada melakukan kontak mata dengan peneliti dan suka menunduk saat diajak berbicara. Klien selama wawancara tampak tidak tenang, gelisah, raut wajah datar dan menjawab seadanya.

Kamar klien memakai alas kasur, tertata rapi dan bersih. Tempat tidur klien terlihat bersih dan lantai kamar klien bersih, penerangan kamar klien kurang, ada dua jendela yang tertutup setiap hari, ada ventilasi, sirkulasi udara di kamar kurang, halaman wisma klien cukup luas dan ada pepohonan dan bunga. Keadaan kamar mandi cukup baik, menggunakan keramik dan sedikit licin, terdapat satu buah mesin cuci. Pembuangan air kotor pada masing-masing penghuni wisma yaitu terdapat got di belakang wisma, sumber air minum dari air yang sudah direbus yang sudah disediakan oleh panti, sampah di buang ke tong sampah dan dibakar dibelakang wisma, sampah yang dibuang sebarangan menjadi sumber pencemaran diwisma.

2. Diagnosis keperawatan

- a. Isolasi sosial b.d perubahan status mental d.d klien measa tidak nyaman berada dikeramaian / tempat umum, klien sering berada di dalam kamar, tidak ada melakukan interaksi dengan teman diwisma.**
Data subjektif yang didapatkan klien mengatakan tidak mau berinteraksi, malas mengikuti kegiatan yang ada di panti, klien mengatakan tidak bersemangat, klien mengatakan sulit berkonsentrasi saat memperbaiki jam. Data objektif yang didapatkan klien tampak lebih banyak berdiam diri tidak ada melakukan interaksi dengan orang yang ada di wisma, saat di ajak berbicara klien tidak ada kontak mata dan mengalihkan penglihatanya ke arah lain, saat diajak mengobrol klien tampak gelisah dan suka menunduk, raut wajah tampak datar tanpa ekspresi, saat ditanya klien hanya menjawab ya dan seadanya dengan suara pelan dan sedikit bergetar, klien tidak pernah memulai

pembicaraan mauapun pengenalan dengan orang yang ada diwisma, saat diajak berinteraksi dengan orang lain atau orang yang ada di wisma klien tampak tidak minat dan sedikit menolak.

- b. Ansietas b.d krisis mutuasional** Data subjektif yang didapatkan klien klien merasa khawatir karna sudah lama tidak dikunjungi anaknya klien bingung karna gatal-gatal dikakinya tidak sembuh-sembuh klien sulit konsentrasi menghafal nama teman diwismanya. Klien mengatakan sulit tidur.

Data ojektifnya yang didapatkan klien tampak gelisah saat diajak untuk mengikuti kegiatan kesenian di aula dan klien memilih pergi kabur dari sana dan tampak menghindar dari peneliti, saat diajak berbicara klien tidak ada melakukan kontak mata, suka menunduk dan mengalihkan pandangan ketempat lain, tangan klien tampak tremor, klien menjawab dengan suara yang pelan, sedikit bergetar, klien tampak lesu dan tidak semangat. Klien sering berjalan-jalan keliling wisma sendirian.

- c. Gangguan integritas kulit b.d proses penuaan**

Data subjektif yang didapatkan klien mengeluh gatal-gatal, merasa tidak nyaman, sering terbangun saat tidur di malam atau siang hari karna gatal-gatal yang klien rasakan di bagian kedua kaki bagian bawah dekat daerah mata kaki klien. klien mengatakan jarang memakai salepnya. Data objektif yang didapatkan kulit kaki klien tampak ruam kemerahan, kering dan bersisik. Klien tampak meringis klien tampak sering mengaruk luka yang ada di kaki karna gatal salep yang digunakan Desoximetasome.

3. Intervensi Asuhan Kperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan dengan menentukan kriteria hasil dan rencana kegiatan yang dilakukan. Intervensi keperawatan yang disusun pada Tn.N berdasarkan SLKI dan SIKI. Berikut adalah intervensi keperawatan pada Tn.N:

a. Isolasi sosial berhubungan dengan Perubahan status mental

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **interaksi sosial meningkat** dengan kriteria hasil perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat, perasaan mudah menerima atau mengomunikasikan perasaan meningkat, responsive pada orang lain meningkat, perasaan tertarik pada orang lain meningkat, minat melakukan kontak emosi meningkat, kontak mata meningkat, ekspresi wajah responsive meningkat, kooperatif dengan teman sebaya meningkat, gejala cemas menurun.

Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) yang akan dilakukan pertama adalah **Promosi Sosialisasi** yaitu dengan Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain, Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain, Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan, Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan, Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok, Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (mis. Jalan-jalan), Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri, berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan. Intervensi selanjutnya yaitu melakukan **Modifikasi perilaku keterampilan sosial** dengan Identifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial, identifikasi focus pelatihan keterampilan sosial, Motivasi untuk berlatih keterampilan sosial, beri umpan balik positif (mis: pujian atau penghargaan) terhadap kemampuan sosialisasi.

b. Ansietas berhubungan dengan krisis mutuasional

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **Tingkat ansietas menurun** dengan kriteria hasil verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik. Pola tidur membaik.

Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) yang akan dilakukan adalah **Reduksi Ansietas** yaitu dengan Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor), Identifikasi kemampuan mengambil keputusan, Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang. Intervensi selanjutnya yaitu **Terapi Relaksasi** yaitu dengan identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif identifikasi, teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan, monitor respons terhadap terapi relaksasi, ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing).

c. Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan proses penuaan

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **Integritas kulit/ jaringan meningkat** kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, kemerahan menurun, tekstur membaik, perfusi jaringan meningkat.

Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) yang akan dilakukan adalah **Perawatan Integritas Kulit** yaitu dengan melakukan identifikasi

penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas), ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring, lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu, bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive, hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering, anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum), anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim, anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah, anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. Rencana kedua yaitu **Perawatan kenyamanan** dengan identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, gatal, nyeri, sesak), identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya, identifikasi masalah emosional dan spiritual, berikan posisi yang nyaman, ciptakan lingkungan yang nyaman, dukungan penasuh terlihat dalam terapi/pengobatan, diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/ pengobatan yang diinginkan.

4. Implementasi Asuhan Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada Tn.N sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya berdasarkan SIKI dan hasil pengkajian serta observasi. Implementasi ini dilakukan selama 5 hari mulai dari tanggal 15 februari 2025 - 19 februari 2025 yang dapat dilihat sebagai berikut :

a. Isolasi sosial berhubungan dengan Perubahan status mental

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah membina hubungan saling percaya dengan klien, mengidentifikasi kemampuan klien melakukan interaksi, mengidentifikasi hambatan klien dalam melakukan interaksi dan mengajarkan klien bagaimana berinteraksi

dengan orang lain. Memotivasi klien berpartisipasi dalam aktivitas keterampilan, berinteraksi diluar lingkungan (mis. Jalan-jalan), melakukan kegiatan yang menyenangkan dan memberikan umpan balik positif.

b. Ansietas berhubungan dengan krisis mutuasional

Implementasi keperawatan yang dilakukan mengidentifikasi kemampuan klien mengambil keputusan, mengukur tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal). Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan klien, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan klien, menemani klien untuk mengurangi kecemasan. Mendengarkan semua cerita klien dengan penuh perhatian, mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan pada klien. Melatih teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi kecemasan klien.

c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan

Implementasi keperawatan yang dilakukan mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit pada klien, mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan, masalah emosional dan spiritual, menganjurkan menggunakan minyak pada kulit kering, produk berbahan ringan/alami, pelembab (lotion), minum air yang cukup, mandi dan menggunakan sabun secukupnya. Menganjurkan klien memakai salep secara rutin. menciptakan lingkungan yang nyaman untuk klien, anjurkan klien untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

5. Evaluasi Asuhan Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada klien selama 5 hari yang didapatkan yaitu:

a. Isolasi sosial berhubungan dengan Perubahan status mental

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis **isolasi sosial berhubungan dengan status mental** mulai teratasi sebagian di hari keempat

ditunjukkan saat hari pertama hingga ketiga klien masih sulit untuk diajak berkomunikasi dengan baik di tandai dengan kontak mata tidak ada dan suka menunduk, saat diajak berbicara klien menjawab seadanya dengan suara lambat, bergetar dan gelisah. Sedangkan hari keempat dan kelima klien mulai menunjukkan sikap terbuka, klien sudah mau diajak berbicara lebih lama dan mau diajak berinteraksi dengan teman sekamar. Klien juga mulai mau disarankan untuk berinteraksi dengan teman yang ada diwisma, mengikuti kegiatan sosial seperti kesenian, senam dan wirid atau pengajian.

b. Ansietas berhubungan dengan krisis muturasional

Hasil evaluasi diagnosis keperawatan **ansietas berhubungan dengan krisis muturasional** mulai teratasi sebagian di hari keempat dan kelima ditunjukkan saat hari pertama hingga hari ketiga klien merasa cemas dan takut ketika berada di ruangan yang banyak orang, gelisah, kontak mata tidak ada, tangan tremor, sering menunduk, saat diajak berbicara suara klien lambat dan bergetar. Sedangkan hari keempat dan kelima klien menunjukkan sikap terbuka, klien sudah mau diajak berinteraksi dengan orang banyak walau tidak di dalam ruangan, klien mengatakan rasa cemasnya mulai berkurang, klien tampak sudah tidak gelisah lagi dan kontak mata mulai membaik.

c. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan proses penuaan

Hasil evaluasi diagnosis keperawatan **gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan proses penuaan** mulai teratasi sebagian di hari keempat sampai kelima ditunjukkan saat hari pertama hingga hari ketiga klien masih merasa gatal-gatal di kaki. Sedangkan di hari empat dan kelima gatal-gatal pada kaki klien mulai berkurang, klien tampak sudah tidak gelisah lagi dan tidurnya mulai nyenyak dan tidak ada terbangun pada malam / siang hari lagi.

B. Pembahasan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn.N berusia 64 tahun dengan masalah Isolasi sosial di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin, maka BAB ini peneliti akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan hasil yang ditemukan dalam perawatan lansia dengan Isolasi sosial. Pembahasan ini sesuai dengan tahapan proses keperawatan yang dimulai dengan pengkajian, penegakan diagnosis, membuat intervensi, melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan. Telah dilakukan asuhan keperawatan mulai tanggal 13 februari 2025 - 19 februari 2025 di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin yang dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Saat dikaji Tn.N berada didalam kamar, klien tidak mau diganggu, klien tampak sering menyendiri dan menjauh dari orang-orang, klien mengatakan merasa tidak nyaman berada dikeramaian/tempat umum, klien mengatakan tidak mau berinteraksi, malas mengikuti kegiatan yang ada di panti, klien mengatakan tidak bersemangat, klien mengatakan sulit berkonsentrasi saat memperbaiki jam klien mengatakan suka menyendiri dan malas berinteraksi dengan teman diwisma. Klien tampak lebih banyak berdiam diri tidak ada melakukan interaksi dengan orang yang ada di wisma, saat ditanya klien hanya menjawab seadanya saja, suara sedikit bergetar, kontak mata klien tidak ada, klien tampak gelisah dan sering menunduk. Klien tampak tidak berminat untuk berinteraksi.

Sesuai dengan teori Slametiningih tahun 2019 yang berjudul Buku Ajar Keperawatan Jiwa menyatakan seseorang yang mengalami isolasi sosial sering kali merasa tidak mampu untuk berinteraksi dengan orang lain karena merasa ditolak, malas mengikuti kegiatan aktivitas sosial dan kesepian²⁵.

Tanda dan gejala yang ditemukan pada Tn.N memiliki beberapa persamaan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Sutiyono tentang Perbedaan Penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien Isolasi Sosial dengan

Pendekatan Psikoedukasi Keluarga dan Sosial Skill Theraphy. Dalam penelitian tersebut menjelaskan tanda dan gejala isolasi sosial yaitu kurang spontan, apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan), ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi sedih), afek tumpul, tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri, komunikasi verbal menurun atau tidak ada. klien tidak bercakap-cakap dengan orang lain, menyendiri, tidak atau kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya, pemasukan makan dan minuman terganggu, aktivitas menurun, harga diri rendah, menolak berhubungan dengan orang lain³³. Hasil ini juga didukung oleh penelitian Setiawan tahun 2024 tentang “Penerapan Cara Berkenalan Dalam Upaya Meningkatkan Kemampuan Sosialisasi Pada Klien Isolasi Sosial Di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung” yang menyatakan Klien yang mengalami isolasi sosial ditandai dengan afek klien tampak datar, sedih, ingin kesendirian, ketidakmampuan memenuhi harapan orang lain, menarik diri, menunjukkan permusuhan, merasa tidak aman di tempat umum, perasaan beda dari orang lain, riwayat ditolak, tidak ada kontak mata, dan tidak mempunyai tujuan³⁴.

Sedangkan menurut teori Ummah tanda dan gejala yang ditemukan pada klien isolasi sosial yaitu kurang spontan, apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan), ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi sedih), afek tumpul, tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri, tidak ada atau kurang terhadap komunikasi verbal, menolak berhubungan dengan orang lain, mengisolasi diri (menyendiri), kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya, asupan makan dan minuman terganggu, aktivitas menurun, rendah diri³⁵.

Peneliti mengemukakan bahwa terdapat kesamaan pada pasien isolasi sosial pada Tn.N dengan penelitian Sutiyono yaitu apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan), ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi sedih), afek tumpul, tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri, menolak berhubungan dengan orang lain, merasa tidak aman di tempat umum, suka menyendiri, klien tampak gelisah, sering menunduk dan tidak ada melakukan interaksi

dengan orang lain. Tanda dan gejala yang ada pada peneliti, hasil penelitian sutiyono dengan teori memiliki kesamaan.

2. Diagnosa keperawatan

Pada perumusan diagnosa yang didapatkan dari analisa data berdasarkan data subjektif dan objektif. Diagnosa yang ditemukan pada klien yaitu isolasi sosial berhubungan dengan status mental, ansietas berhubungan dengan krisis mutuasional, gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan proses penuaan, gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

Diagnosa keperawatan gerontik yang muncul dalam tinjauan teori dengan masalah isolasi sosial menurut (SDKI 2018) yaitu isolasi sosial, ansietas, gangguan rasa nyaman, gangguan interaksi sosial, berduka, koping tidak efektif, risiko jatuh, risiko defisit nutrisi, konfusi akut, defisit perawatan diri, gangguan integritas kulit/jaringan.

Isolasi sosial b.d perubahan status mental di tandai dengan data subjektif yang didapatkan klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan keramaian / tempat umum, klien mengatakan tidak mau berinteraksi, malas mengikuti kegiatan yang ada di panti, klien mengatakan tidak bersemangat, klien mengatakan sulit berkonsentrasi saat memperbaiki jam. Data objektif yang didapatkan klien tampak lebih banyak berdiam diri tidak ada melakukan interaksi dengan orang yang ada di wisma, saat di ajak berbicara klien tidak ada kontak mata dan mengalihkan penglihatanya ke arah lain, saat diajak mengobrol klien tampak gelisah dan suka menunduk, raut wajah tampak datar tanpa ekspresi, saat ditanya klien hanya menjawab ya dan seadanya dengan suara pelan dan sedikit bergetar, klien tidak pernah memulai pembicaraan maupun pengenalan dengan orang yang ada diwisma, saat diajak berinteraksi dengan orang lain atau orang yang ada di wisma klien tampak tidak minat dan sedikit menolak.

Berdasarkan data yang didapatkan peneliti memiliki kesesuaian dengan teori SDKI (2018), dengan tanda dan gejala mayor : merasa ingin sendiri, merasa tidak aman di tempat umum, menarik diri, tidak berminat /menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan. Gejala dan tanda minor : merasa berbeda dengan orang lain, merasa asyik dengan diri sendiri, merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas, afek datar, afek sedih, riwayat ditolak, menunjukkan permusuhan, tidak mampu memenuhi harapan orang lain, kondisi difabel, tindakan tidak berarti, tidak ada kontak mata, perkembangan terlambat, tidak bergairah /lesu³⁶.

Sesuai dengan hasil penelitian Agustina tahun 2023 tentang “Intervensi Latihan Keterampilan Sosial Pada Pasien Isolasi Sosial: a Case Report” yang menyatakan pasien yang mengalami isolasi sosial tampak murung, sulit tidur, gelisah, lemah, malas beraktivitas, kurang bersemangat, menarik diri, menjauhi orang lain, jarang atau bahkan tidak sama sekali melakukan komunikasi dengan orang lain, menghindari kontak mata, kehilangan minat berkomunikasi, malas mengikuti kegiatan aktivitas sosial, berdiam diri di kamar, menolak dan tidak mau menjalin hubungan dengan orang lain⁸. Hasil penelitian ini juga didukung oleh jurnal Jahja tahun 2023, menjelaskan tanda dan gejala dari isolasi sosial yaitu ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi sedih), afek datar, tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri, komunikasi verbal menurun atau tidak ada³⁷.

Berdasarkan beberapa data dari penelitian teori diatas, ditemukan bahwa tidak ada terdapat perbedaan antara teori dengan peneliti temukan di lingkungan praktek. Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan dengan masalah yang ada, dimana klien yang mengalami isolasi sosial tidak mau berinteraksi dengan orang lain, suka menyendiri, tidak ada melakukan interaksi dengan teman diwisma, malas mengikuti kegiatan yang ada di panti, kontak mata klien tidak ada, suka berada di kamar, suka menunduk, tampak gelisah dan klien sering melakukan kegiatan sendiri.

Ansietas b.d krisis mutuasional di tandai dengan data subjektif : didapatkan klien merasa khawatir karna sudah lama tidak dikunjungi anaknya klien bingung karna gatal-gatal dikakinya tidak sembuh-sembuh, klien sulit konsentrasi menghafal nama teman di wismanya. Klien mengatakan sulit tidur. klien mengatakan merasa cemas saat berada di ruangan yang banyak orang dan bertemu dengan orang baru, klien juga sulit tidur. Data objektifnya yang didapatkan klien tampak gelisah saat diajak untuk mengikuti kegiatan kesenian di aula dan klien memilih pergi kabur dari sana dan tampak menghindar dari peneliti, saat diajak berbicara klien tidak ada melakukan kontak mata, suka menunduk dan mengalihkan pandangan ke tempat lain, tangan klien tampak tremor, klien menjawab dengan suara yang pelan, sedikit bergetar, klien tampak lesu dan tidak semangat. Klien sering berjalan-jalan keliling wisma sendirian.

Berdasarkan data yang didapatkan peneliti memiliki kesesuaian dengan teori SDKI (2018), Gejala dan tanda mayor : Merasa bingung, Merasa khawatir dengan akibat kondisi yang dihadapi, Sulit berkonsentrasi, Tampak gelisah, Tampak tegang, Sulit tidur, Gejala dan tanda minor : mengeluh pusing, Anoreksia, Palpitasi, Merasa tidak berdaya, Frekuensi nafas meningkat, Frekuensi nadi meningkat, Tekanan darah meningkat, Diaphoresis, Tremor, Muka tampak pucat, Suara bergetar, Kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu³⁸.

Sesuai dengan penelitian Lidiana tahun 2022 tentang Upaya Penurunan Ansietas Pada Masyarakat Di Desa Jati Kabupaten Karanganyar menjelaskan bahwa klien yang mengalami ansietas sering merasa cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri serta mudah tersinggung, pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut, pasien mengatakan takut bila sendiri atau pada keramaian dan banyak orang, mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menegangkan³⁹. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Rindayati tahun 2020 tentang Gambaran Kejadian dan Tingkat Kecemasan pada

Lanjut Usia mengatakan Gejala ansietas antara lain kegelisahan, mudah lelah, kesulitan konsentrasi, lekas marah, ketegangan otot dan gangguan tidur⁴⁰.

Berdasarkan beberapa data dari penelitian teori diatas, ditemukan bahwa tidak ada terdapat perbedaan antara teori dengan peneliti temukan di lingkungan praktek. Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan dengan masalah yang ada, klien dengan ansietas mengeluh sulit tidur dan merasa cemas berada di tempat yang banyak orang, tampak gelisah, banyak menunduk ketika diajak untuk berkomunikasi, tangan tremor, suara lambat dan bergetar.

Gangguan integritas kulit b.d proses penuaan di tandai dengan data subjektif yang didapatkan klien mengeluh gatal-gatal pada kedua kaki pada bagian bawah, klien mengatakan jarang memakai salepnya. Data objektif yang didapatkan kulit kaki klien tampak ruam kemerahan, kering dan bersisik. Klien tampak meringis klien tampak sering menggaruk luka yang ada di kaki karna.

Berdasarkan data yang didapatkan peneliti memiliki kesesuaian dengan teori SDKI (2018), tanda dan gejala mayor : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, tanda dan gejala minor : mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu³⁶.

Berdasarkan temuan penelitian Korespondensi tahun 2023 Karakteristik Dan Perjalanan Dermatitis Atopik Dengan Riwayat Asma Bronkial Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Hang Tuah Departemen Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran

Universitas Hang Tuah Surabaya Provinsi Jawa Timur menjelaskan gejala pada dermatitis atopik yaitu kulit kering dan gatal hingga eritema, pengelupasan kulit, penebalan kulit, sekret, hiperpigmentasi, dan likenifikasi⁴¹. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Sari tahun 2021 tentang Gambaran Pengelolaan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan di Desa Lungge Kabupaten Temanggung tentang tanda dan gejala gangguan integritas kulit/jaringan terdapat lima tanda/gejala yaitu kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan dan hematoma⁴².

Berdasarkan beberapa data dari penelitian teori diatas, ditemukan bahwa tidak ada terdapat perbedaan antara teori dengan peneliti temukan di lingkungan praktek. Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan dengan masalah yang ada, klien dengan gangguan integritas kulit/jaringan yang disebabkan oleh dermatitis mengalami gatal-gatal, ruam kemerahan, bersisik kulit kening, pengelupasan kulit, dan penebalan kulit. Terdapat perbedaan antara analisa peneliti dengan hasil penelitian lain terkait dengan tanda dan gejala yaitu pada klien tidak ada terjadi perdarahan. Sedangkan dalam penelitian korespondensi menyatakan ada tanda dan gejala seperti perdarahan.

3. Intervensi asuhan keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan dengan menentukan kriteria hasil dan rencana kegiatan yang dilakukan. Intervensi keperawatan yang disusun pada Tn.N berdasarkan SLKI dan SIKI. Berikut adalah intervensi keperawatan pada Tn.N :

Isolasi sosial berhubungan dengan Perubahan status mental Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **interaksi sosial meningkat** dengan kriteria hasil perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat, perasaan mudah menerima atau mengomunikasikan perasaan meningkat, responsive pada orang lain meningkat, perasaan tertarik pada orang lain meningkat, minat melakukan kontak emosi meningkat, kontak mata meningkat, ekspresi wajah responsive meningkat, kooperatif dengan teman

sebayanya meningkat, gejala cemas menurun. Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) yang akan dilakukan pertama adalah **Promosi Sosialisasi** yaitu dengan mengidentifikasi kemampuan klien melakukan interaksi dengan orang lain, mengidentifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain, memotivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan, memotivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok, memotivasi berinteraksi diluar lingkungan (mis. Jalan-jalan), berikan umpan balik positif dalam perawatan diri, berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan. Intervensi selanjutnya yaitu melakukan **modifikasi perilaku keterampilan sosial** dengan mengidentifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial, mengidentifikasi fokus pelatihan keterampilan sosial, memotivasi klien untuk berlatih keterampilan sosial.

Perencanaan ini disusun berdasarkan pada Standar Intervensi Keperawatan SIKI 2018, identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain, identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain, memotivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan, memotivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan, memotivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan, memotivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok, memotivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis: jalan-jalan, ke toko buku), diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain, diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan, berikan umpan balik positif dalam perawatan diri, berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan, anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap, anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan, anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain, anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain, anjurkan penggunaan alat bantu (mis: kacamata dan alat bantu dengar), anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus, latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi, latih mengekspresikan marah dengan tepat⁴⁵.

Rencana tindakan keperawatan sesuai dengan hasil penelitian Edi Iskandar tahun 2024 tentang Edukasi interaksi sosial pada keluarga lansia sebagai upaya peningkatan kualitas hidup lansia mengatakan bahwa dengan edukasi interaksi sosial sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan untuk meningkatkan pemahaman lansia akan pentingnya berinteraksi dengan sesama⁴⁶. Hasil ini didukung dari hasil penelitian Oktaviana tahun 2023 tentang Intervensi Social Skills Training (SST) Pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Isolasi Sosial : A Systematic Review mengatakan penggunaan terapi spesialis khususnya Social Skills Therapy (SST) merupakan salah satu terapi yang efektif untuk meningkatkan keterampilan sosialnya dalam bersosialisasi dan berinteraksi dengan orang lain maupun lingkungannya⁴⁷.

Penyusunan rencana keperawatan pada Tn.N terdapat kesamaan dengan hasil penelitian dan teori yaitu dengan edukasi interaksi sosial dan mengajak berinteraksi dapat meningkatkan kualitas hidup lansia dan pemahaman akan pentingnya berinteraksi dengan sesama, dengan memberikan dukungan berupa dukungan emosional, penghargaan, informasi, dan instrumental. Dukungan emosional dapat membantu klien mengungkapkan perasaan sedih, senang, cemas, dan marah, sedangkan dukungan instrumental dapat membantu klien berani memulai interaksi dengan sesama.

Ansietas berhubungan dengan krisis mutuasional

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **tingkat ansietas menurun** dengan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik. pola tidur membaik, kontak mata membaik. Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) **reduksi ansietas** yang akan dilakukan mengidentifikasi kemampuan memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), mengambil keputusan, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. **terapi relaksasi** dengan melatih teknik relaksasi dengan tarik nafas dalam.

Perencanaan ini disusun berdasarkan pada Standar Intervensi Keperawatan SIKI (2018), identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang, jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu, anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat, latih teknik relaksasi, kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu⁴⁵.

Rencana keperawatan ini sesuai dengan hasil penelitian Harkomah tahun 2022 tentang Teknik Relaksasi Napas Dalam Menurunkan Ansietas Lansia Di Puskesmas Putri Ayu Kota Jambi mengatakan penatalaksanaan dalam mengatasi ansietas dapat dilakukan dengan membantu klien mengenal ansietas. Terapi ini memiliki 2 prinsip utama, yaitu membantu klien mengenal masalah ansietas yang dirasakan, melatih klien mengatasi ansietas baik fisik, sosial, emosional dan spiritual⁴⁸. Hasil ini didukung juga dengan hasil penelitian Muliani tahun 2024 Efektifitas Relaksasi Napas dalam pada Lansia yang Mengalami Kecemasan di RS Bhayangkara Palu Polda Sulteng yaitu perencanaan pada klien ansietas dilakukan dengan monitor tanda-tanda ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, dengarkan

dengan penuh perhatian, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang di alami, melatih relaksasi napas dalam untuk mengurangi tingkat kecemasan⁴⁹.

Penyusunan rencana keperawatan pada Tn.N terdapat kesamaan dengan hasil penelitian dan teori yaitu dengan membantu klien mengenal ansietas dan melatih klien mengatasi ansietas, monitor tanda- tanda ansietas, dengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang di alami, melatih relaksasi napas dalam untuk mengurangi tingkat kecemasan.

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah integritas kulit / jaringan meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, kemerahan menurun, Tekstur membaik, Perfusi jaringan meningkat.

Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) yang akan dilakukan yaitu mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit pada klien, mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan, masalah emosional dan spiritual, menganjurkan menggunakan minyak pada kulit kering, produk berbahan ringan/alami, pelembab (lotion), minum air yang cukup, mandi dan menggunakan sabun secukupnya. Menganjurkan klien memakai salep secara rutin. menciptakan lingkungan yang nyaman untuk klien, anjurkan klien untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

Perencanaan ini disusun berdasarkan pada Standar Intervensi Keperawatan SIKI (2018), identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas), ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring, lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu, bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering,

gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive, hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering, anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum), anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim, anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah, anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya⁴⁵.

Perencanaan keperawatan ini sesuai dengan hasil penelitian Yudianti tahun 2020 tentang Intervensi Keperawatan Pada Klien Dermatitis menjelaskan intervensi yang dapat dilakukan dengan memberikan penjelasan mengenai penyakit yang sedang diderita oleh pasien yang berisikan edukasi berupa pengetahuan tentang penyakit yang diderita serta perilaku menjaga kesehatan kulit yang baik. Pasien diedukasi untuk tidak menggaruk lesi, memberikan motivasi untuk menggunakan obat yang diresepkan dokter, melakukan perilaku perawatan tangan dengan menghindari garukan dan menjaga kelembapan kulit, mengganti dan menghindari jenis sabun yang iritatif, dan mengingatkan pasien untuk selalu menggunakan obat yang diberikan dan menjaga kesehatan kulit⁵⁰. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Ratnaningtyas tahun 2019 tentang Pengobatan Topikal pada Pasien Dermatitis Atopik menjelaskan dengan pemberian obat Desoksimeson dapat mengurangi rasa gatal-gatal yang disebabkan dermatitis⁴³. Rencana keperawatan ini juga didukung oleh hasil penelitian Aisyah tahun 2024 tentang Hubungan Personal Hygiene Dengan Gejala Dermatitis Pada Tahun 2024 menjelaskan menjaga kebersihan pakaian merupakan salah satu bentuk upaya dalam mencegah terjadinya dermatitis. Pakaian banyak menyerap keringat dan kotoran yang dikeluarkan oleh badan. Pakaian bersentuhan langsung dengan kulit sehingga apabila pakaian yang basah karena keringat dan kotor akan menjadi tempat berkembang biaknya bakteri di kulit. Kebersihan pakaian sangat berperan penting dalam proses penyebaran dermatitis. Hal ini dipengaruhi oleh ketika terjadi kontak fisik dengan lingkungan yang kotor apalagi kontak dengan penderita

dermatitis, maka bakteri penyebab dermatitis akan menetap dan berkembangbiak pada pakaian tersebut, oleh sebab itu kebersihan pakaian sangat penting untuk dijaga agar terhindar dari penyakit dermatitis⁵¹.

Penyusunan rencana keperawatan pada Tn.N terdapat kesamaan dengan hasil penelitian dan teori yaitu dengan memberikan edukasi tentang pemberian obat topikal dan patuh dalam pemakaian obat dapat menjadi strategi utama untuk mengatasi keluhan gatal-gatal yang disebabkan dermatitis dan juga menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada Tn.N dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya berdasarkan SIKI dan hasil pengkajian serta observasi. Implementasi ini dilakukan selama 5 hari mulai dari tanggal 13-19 februari 2025 yang dapat dilihat sebagai berikut :

Isolasi sosial berhubungan dengan Perubahan status mental

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah membina hubungan saling percaya dengan klien, mengidentifikasi kemampuan klien melakukan interaksi, mengidentifikasi hambatan klien dalam melakukan interaksi dan mengajarkan klien bagaimana berinteraksi dengan orang lain. Memotivasi klien berpartisipasi dalam aktivitas keterampilan, berinteraksi diluar lingkungan (mis. Jalan-jalan), melakukan kegiatan yang menyenangkan dan memberikan umpan balik positif.

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan hasil penelitian Edi Iskandar tahun 2024 tentang Edukasi interaksi sosial pada keluarga lansia sebagai upaya peningkatan kualitas hidup lansia mengatakan bahwa dengan edukasi interaksi sosial sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan untuk meningkatkan pemahaman lansia akan pentingnya berinteraksi dengan sesama⁴⁶. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Setyowati tahun 2023 tentang Hubungan Dukungan Keluarga dan Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia menjelaskan implementasi yang dilakukan

dengan memberikan dukungan berupa dukungan emosional, penghargaan, informasi dan instrumental. Seperti memberikan dukungan kepada lansia untuk mengungkapkan perasaan sedih, senang, cemas, dan marah ataupun memberikan dukungan kepada lansia untuk berani memulai interaksi dengan sesama⁵².

Asumsi peneliti tidak ada perbedaan antara implementasi yang peneliti lakukan dengan hasil penelitian sebelumnya. Dimana implementasi yang dapat dilakukan pada klien yaitu dengan menganjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap dan mengajak berinteraksi dengan lansia lainnya sesuai dengan strategi pelaksanaan yang telah direncanakan sebelumnya.

Ansietas berhubungan dengan krisis mutuasional

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi kemampuan klien mengambil keputusan, mengukur tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal). Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan klien, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan klien, menemani klien untuk mengurangi kecemasan. Mendengarkan semua cerita klien dengan penuh perhatian, mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan pada klien. Melatih teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi kecemasan klien.

Implementasi ini sesuai dengan hasil penelitian Harkomah tahun 2022 tentang Teknik Relaksasi Napas Dalam Menurunkan Ansietas Lansia Di Puskesmas Putri Ayu Kota Jambi mengatakan penatalaksanaan dalam mengatasi ansietas dapat dilakukan dengan membantu klien mengenal ansietas. Terapi ini memiliki 2 prinsip utama, yaitu membantu klien mengenal masalah ansietas yang dirasakan, melatih klien mengatasi ansietas baik fisik, sosial, emosional dan spiritual⁴⁸. Hasil ini didukung juga dengan hasil penelitian Muliani tahun 2024 Efektifitas Relaksasi Napas dalam pada Lansia yang Mengalami Kecemasan di RS Bhayangkara Palu Polda Sulteng yaitu perencanaan pada klien ansietas dilakukan dengan monitor tanda-

tanda ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, dengarkan dengan penuh perhatian, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang di alami, melatih relaksasi napas dalam untuk mengurangi tingkat kecemasan⁴⁹.

Asumsi peneliti memiliki kesamaan antara implementasi yang peneliti lakukan dengan hasil penelitian sebelumnya. Dimana implementasi yang dapat dilakukan pada klien dengan yaitu dengan menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, mengidentifikasi situasi yang membuat ansietas, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, memberikan motivasi kepada pasien untuk mengurangi rasa cemas terhadap sesuatu hal yang dilakukannya, melatih teknik relaksasi sesuai dengan strategi pelaksanaan yang telah direncanakan sebelumnya.

Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan proses penuaan

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit pada klien, menganjurkan menggunakan minyak pada kulit kering, produk berbahan ringan/alami, pelembab (lotion), minum air yang cukup, mandi dan menggunakan sabun secukupnya. Menganjurkan klien memakai salep secara rutin.

Analisa ini sesuai dengan hasil penelitian Yudianti tahun 2020 tentang Intervensi Keperawatan Pada Klien Dermatitis menjelaskan implementasi yang dilakukan pada penderita dermatitis dengan memberikan penjelasan mengenai penyakit yang sedang diderita oleh pasien yang berisikan edukasi berupa pengetahuan tentang penyakit yang diderita serta perilaku menjaga kesehatan kulit yang baik. Pasien diedukasi untuk tidak menggaruk lesi, memberikan motivasi untuk menggunakan obat yang diresepkan dokter, melakukan perilaku perawatan tangan dengan menghindari garukan dan menjaga kelembapan kulit, mengganti dan menghindari jenis sabun yang iritatif, dan mengingatkan pasien untuk selalu menggunakan obat yang diberikan dan menjaga kesehatan kulit⁵⁰. Penelitian ini juga di dukung oleh

penelitian Aisyah tahun 2024 tentang Hubungan Personal Hygiene Dengan Gejala Dermatitis Pada Tahun 2024 mengatakan dengan memberikan edukasi mengenai kebersihan diri dan lingkungan. Kebersihan pakaian merupakan salah satu bentuk upaya dalam mencegah terjadinya dermatitis. Kebersihan pakaian sangat berperan penting dalam proses penyebaran dermatitis. Hal ini dipengaruhi oleh ketika terjadi kontak fisik dengan lingkungan yang kotor apalagi kontak dengan penderita dermatitis, maka bakteri penyebab dermatitis akan menetap dan berkembangbiak pada pakaian tersebut, oleh sebab itu kebersihan pakaian sangat penting untuk dijaga agar terhindar dari penyakit dermatitis⁵¹.

Asumsi peneliti tidak ada perbedaan antara implementasi yang peneliti lakukan dengan hasil penelitian sebelumnya. Dimana implementasi yang dilakukan pada klien dermatitis dengan memberikan edukasi tentang penyakit dan pengobatannya sesuai dengan strategi pelaksanaan yang telah direncanakan sebelumnya dan menjaga kebersihan dan lingkungan agar dermatitis yang diderita klien tidak bertambah buruk sesuai dengan strategi pelaksanaan yang telah direncanakan sebelumnya.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan lansia/pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan berdasarkan buku SLKI dan SIKI. Kriteria hasil yang diharapkan pada tahap evaluasi harga diri rendah yaitu melihat konsentrasi meningkat, perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun (PPNI, 2019). Setelah dilakukan implementasi keperawatan dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada klien selama 5 hari yang didapatkan yaitu :

Isolasi sosial berhubungan dengan Perubahan status mental

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis isolasi sosial berhubungan dengan status mental mulai teratasi sebagian di hari keempat ditunjukkan saat hari pertama hingga ketiga klien masih sulit untuk diajak berkomunikasi dengan baik di tandai dengan kontak mata tidak ada dan suka menunduk, saat diajak

berbicara klien menjawab seadanya dengan suara lambat , bergetar dan gelisah. Sedangkan hari keempat dan kelima klien mulai menunjukkan sikap terbuka, klien sudah mau diajak berbicara lebih lama dan mau diajak berinteraksi dengan teman sekamar. Klien juga mulai mau disarankan untuk berinteraksi dengan teman yang ada diwisma, mengikuti kegiatan sosial seperti kesenian, senam dan wirid atau pengajian.

Sesuai dengan hasil penelitian Iskandar tahun 2024 tentang “Edukasi interaksi sosial pada keluarga lansia sebagai upaya peningkatan kualitas hidup lansia” dengan memberikan edukasi interaksi sosial dapat meningkatkan kualitas hidup lansia dan pemahaman lansia akan pentingnya berinteraksi dengan sesama⁴⁶. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Setyowati tahun 2023 tentang Hubungan Dukungan Keluarga dan Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia mengatakan dengan memberikan dukungan berupa dukungan emosional, penghargaan, informasi dan instrumental. Seperti memberikan dukungan kepada lansia untuk mengungkapkan perasaan sedih, senang, cemas, dan marah ataupun memberikan dukungan kepada lansia untuk berani memulai interaksi dengan sesama dapat meningkatkan kemampuan lansia dalam berinteraksi⁵².

Peneliti mengemukakan bahwa terdapat kesamaan antara hasil evaluasi diagnosis dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya dengan melatih klien untuk berinteraksi dengan sesamanya dan menyarankan untuk mengikuti kegiatan yang ada dipanti sangat berpengaruh dalam peningkatan kemampuan komunikasi pada klien.

Ansietas berhubungan dengan krisis muturasional

Hasil evaluasi diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis muturasional mulai teratasi sebagian di hari keempat dan kelima ditunjukkan saat hari pertama hingga hari ketiga klien merasa cemas dan takut ketika berada diruangan yang banyak orang, gelisah, kontak mata

tidak ada, tangan tremor, sering menunduk, saat diajak berbicara suara klien lambat dan bergetar. Sedangkan hari keempat dan kelima klien menunjukkan sikap terbuka, klien sudah mau diajak berinteraksi dengan orang banyak walau tidak di dalam ruangan, klien mengatakan rasa cemasnya mulai berkurang, klien tampak sudah tidak gelisah lagi dan kontak mata mulai membaik.

Sesuai dengan hasil penelitian Harkomah tahun 2022 tentang “Teknik Relaksasi Napas Dalam Menurunkan Ansietas Lansia” dengan membantu klien mengenal masalah ansietas yang dirasakan, melatih klien mengatasi ansietas baik fisik, sosial, emosional dan spiritual dapat meningkatkan pengetahuan lansia tentang kecemasan⁴⁸. Hasil ini didukung oleh penelitian Muliani tahun 2024 tentang “Efektifitas Relaksasi Napas dalam pada Lansia yang Mengalami Kecemasan di RS Bhayangkara Palu Polda Sulteng” menyebutkan bahwa dengan relaksasi napas dalam dapat menurunkan kecemasan pada klien⁴⁹.

Peneliti mengemukakan bahwa terdapat kesamaan antara hasil evaluasi diagnosis dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya dengan mengedukasi klien dengan masalah ansietas dan melatih teknik relaksasi napas dalam dapat menurunkan tingkat kecemasan klien.

Gangguan integritas kulit / jaringan

Hasil evaluasi diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan proses penuaan mulai teratasi sebagian di hari keempat sampai kelima ditunjukkan saat hari pertama hingga hari ketiga klien masih merasa gatal-gatal di kaki. Sedangkan di hari empat dan kelima gatal-gatal pada kaki klien mulai berkurang, klien tampak sudah tidak gelisah lagi.

Sesuai dengan hasil penelitian Yudianti tahun 2020 tentang “Jurnal Penelitian Perawat Profesional Pencegahan Dermatitis” dengan memberikan penjelasan mengenai penyakit yang sedang diderita oleh

pasien yang berisikan edukasi berupa pengetahuan tentang penyakit yang diderita serta perilaku menjaga kesehatan kulit yang baik. Pasien diedukasi untuk tidak menggaruk lesi, memberikan motivasi untuk menggunakan obat yang diresepkan dokter, melakukan perilaku perawatan tangan dengan menghindari garukan dan menjaga kelembapan kulit, mengganti dan menghindari jenis sabun yang iritatif, dan mengingatkan pasien untuk selalu menggunakan obat yang diberikan dan menjaga kesehatan kulit dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit dan pengobatan pada penyakit dermatitis⁵⁰.

Peneliti mengemukakan bahwa terdapat kesamaan antara hasil evaluasi diagnosis dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya dengan pemberian salep dan rutin menggunakannya dapat mengurangi rasa gatal-gatal pada kaki klien. Dengan menjaga kebersihan diri dan lingkungan dapat mengurangi rasa gatal pada klien sehingga dapat meningkatkan kenyamanan klien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Isolasi sosial di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2025, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian Keperawatan

Pada hasil pengkajian didapatkan data klien yang mengalami Isolasi sosial sudah sesuai dengan teori dan tanda gejala yang ditemukan, Tn.N Sering menyendiri, suka berdiam diri di dalam kamar, tidak ada melakukan kontak interaksi dengan orang yang berada di wisma, suka melakukan kegiatan sendiri, saat diajak berkomunikasi Tn.N hanya menjawab seadanya dan suka menunduk. Tn.N juga merasa cemas jika berada di tempat yang banyak orang. Tn.N mengeluh gatal-gatal pada kaki bagian bawah akibat penyakit dermatitis yang diderita Tn.N. Namun hal tersebut dapat diatasi secara perlahan-lahan dengan memberikan asuhan keperawatan dengan menyusun rencana keperawatan sesuai masalah yang dialami klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan peneliti terhadap klien ditemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul yaitu isolasi sosial berhubungan dengan status mental, ansietas berhubungan dengan krisis mutuasional, gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan proses penuaan

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang direncanakan dirumuskan berdasarkan diagnosa keperawatan. Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa **Isolasi sosial berhubungan dengan status mental** yaitu melatih klien berinteraksi.

Ansietas berhubungan dengan krisis mutuasional yaitu melatih teknik relaksasi tarik nafas dalam. **Gangguan integritas kulit / jaringan**

berhubungan dengan proses penuaan yaitu memberikan salep dan memonitor pembeian obat secara rutin dan selalu menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada Tn.N sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya berdasarkan SIKI dan hasil pengkajian serta observasi. Implementasi ini dilakukan selama 5 hari mulai dari tanggal 13 februari 2025 – 19 februari 2025 yang dapat dilihat sebagai berikut : **Isolasi sosial berhubungan dengan Perubahan status mental** adalah mengajak klien untuk berinteraksi dengan teman yang ada di wisma dan menyarankan untuk mengikuti kegiatan yang ada di panti. **Ansietas berhubungan dengan krisis mutuasional** adalah melatih klien untuk teknik relaksasi tarik nafas dalam. **Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan proses penuaan** adalah memberikan salep yang sudah di resepkan dan memantau klien dalam pemakaian salep dan mengajak klien selalu menjaga kebersihan.

5. Evaluasi

Peneliti melakukan evaluasi selama 5 hari, setiap selesai melakukan implementasi dengan membuat catatan perkembangan dengan metode dalam bentuk SOAP untuk masalah keperawatan dari 4 diagnosa, dengan dilakukannya implementasi selama 5 hari masalah keperawatan pada 4 diagnosa tersebut dapat teratasi sebagian.

6. Dokumentasi

Peneliti melakukan pendokumentasikan dari tahap informed consent sampai tahap evaluasi. Dari hasil pendokumentasian tersebut digunakan untuk bukti peneliti melakukan penelitian.

7. Rencana tindak lanjut

Rencana tindak lanjut yang dilakukan pada Tn.N adalah menganjurkan Tn.N untuk tetap bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan dan

orang sekitar, menganjurkan untuk selalu mengungkapkan perasaan untuk mengurangi perasaan negatif yang ada pada diri klien.

B. Saran

1. Bagi Pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin

Kepada Pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin melalui kepala PSTW agar pengasuh dapat melanjutkan penanganan kepada lansia yang mengalami masalah Isolasi sosial dengan melakukan pendekatan pada klien yang mengalami Isolasi sosial, mengajak klien untuk selalu berinteraksi dengan teman yang ada di wisma dan melakukan kegiatan yang ada di panti, meningkatkan motivasi lansia dalam meningkatkan hal-hal positif yang ada pada lansia itu sendiri. Sehingga lansia yang mengalami Isolasi sosial dapat teratasi dan berkurang, bahkan tidak terjadi lagi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah informasi tentang asuhan keperawatan pada lansia dengan isolasi sosial sebagai bahan kepustakaan asuhan keperawatan gerontik khususnya dengan isolasi sosial pada lansia.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan pada peneliti selanjutnya setelah dilakukan penelitian ini dapat melakukan pengkajian yang lebih komprehensif dan mendalam pada lansia. Serta dapat membahas diagnosis lain dalam asuhan keperawatan pada lansia dengan isolasi sosial yang tidak hanya disebabkan karena faktor internal namun juga karena adanya faktor eksternal seperti tekanan yang dialami pasien akibat lansia lainnya. Sehingga dapat terlaksananya asuhan keperawatan yang komprehensif terutama pada lansia yang mengalami masalah kesehatan pada psikologis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mahyar Suara, Tri M, Ochartini. konsep keperawatan gerontik. 1st ed. tunut ari maftuhin, editor. jakarta: cv trans info media; 2023.
2. Yulistanti. Y. FullBook Keperawatan Gerontik. Vol. 1, Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. 2023.
3. Kusumo MP. BUKULANSIA11-2.pdf. 2020. p. 65.
4. Andis Pratama, Iwan shalahuddin T. GAMBARAN MASALAH KESEHATAN JIWA PADA LANSIA DI PANTI WERDHA: NARRATIVE REVIEW. 2 [Internet]. 2023;11. Available from: file:///C:/Users/HP/Downloads/10782-36691-1-PB.pdf
5. S.panggalo L. Kesehatan Mental. 1st ed. Daryaswanti PI, editor. kota jambi: PT.Sonpedia Publising Indonesia; 2024.
6. Samsuddin S, Jaya MA. Buku Ajar Psikogeriatri. PT. Nas Me. Makasar: 1; 2024.
7. Kurniasih E, Pradana AA. Telaah Pengetahuan Keluarga Akan Kondisi Demensia pada Lansia. J Ilmu Kesehat Dharmas Indones. 2022;2(1):16–22.
8. Agustina F, Rafiyah I. Intervensi Latihan Keterampilan Sosial Pada Pasien Isolasi Sosial: a Case Report. SENTRI J Ris Ilm. 2023;2(8):2922–31.
9. Minarti. Konsep Lanjut Lansia. Anggraini NV, editor. Rizmedia Pustaka Indonesia; 2024.
10. Pitayanti A. Pengaruh Pemberian Terapi Kelompok Sosial Skill Pada Lansia. J Keperawatan [Internet]. 2020;1. Available from: <https://e-journal.lpppmidianhusada.ac.id/index.php/jk/article/download/74/68>
11. WHO. Data Jumlah Lansia. 2022; Available from: <https://www.bps.go.id/id/publication/2022/12/27/3752f1d1d9b41aa69be4c65c/statistik-penduduk-lanjut-usia-2022.html>
12. WHO. kesehatan mental. 2023; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
13. BKKBN. Gangguan Kesehatan Mental pada Lansia dan Cara Mencegahnya. 2023;10–3. Available from: <https://golantang.bkkbn.go.id/upload/artikel/pdf/1029-gangguan-kesehatan-mental-pada-lansia-dan-cara-mencegahnya.pdf>
14. BPS. Data jumlah lansia. 2023; Available from: <https://www.bps.go.id/id/publication/2023/12/29/5d308763ac29278dd5860fad/statistik-penduduk-lanjut-usia-2023.html>

15. BPS. Badan Pusat Statistik Sumatra Barat 2023. 2023; Available from: <https://sumbar.bps.go.id/id/publication/2023/02/28/873d22882726e76b9d86b105/provinsi-sumatera-barat-dalam-angka-2023.html>
16. (BY-NC) AN commercial. Data PSTW. DATA DIREKTORAT PELAYANAN Sos LANJUT USIA [Internet]. Available from: <https://www.scribd.com/doc/103559360/data-pstw>
17. Aulia hasanah, yenita yatim E. PELAKSANAAN FUNGSI PEMELIHARAAN ORANG TUA LANJUT USIA (LANSIA) OLEH PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA SABAI NAN ALUIH SICICIN KABUPATEN PADANG PARIAMAN. Pendidik Sej [Internet]. 2022;7. Available from: file:///C:/Users/HP/Downloads/33536-73326-1-SM.pdf
18. Sarida M, Hamonangan D. Buku gerontik. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. 2020. 1 p.
19. Mujiadi, Rachmah S. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. STIKes Majapahit Mojokerto. 2022. 1 p.
20. Kurniyanti M. Buku Deteksi Dini Kesehatan Lansia Pasca Bencana. Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. 2024. viii + 70.
21. Kurniyanti, M. A., Ulfa, M., & Nurcahyaningtyas W. Buku Deteksi Dini Kesehatan Lansia Pasca Bencana. Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. 2024. viii + 70.
22. Setyarini EA, Niman S, Parulian TS, Hendarsyah S. Prevalensi Masalah Emosional: Stres, Kecemasan dan Depresi pada Usia Lanjut. Bull Couns Psychother. 2022;4(1):21–7.
23. Wulandari I, Luthfa I, Aspian M. Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Dengan. J Ilm Sultan Agung. 2023;000:402–10.
24. Amalia Yunia Rahmawati. Buku Asuhan Jiwa. 2020. 1–23 p.
25. Slametiningih, Yunitri N, Nuraenah, Hendra. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bukuajar [Internet]. 2019;(KEPJIWA):1–91. Available from: https://repository.umj.ac.id/12864/1/BUKU_AJAR_KEP_JIWA_GANGGUAN_PENELITIAN_new.pdf
26. Avelina Y. Buku digital keperawatan jiwa. 2022. 6 p.
27. Yuswatiningsih E, Rahmawati IMH. Terapi Social Skill Training (SST) Untuk Klien Isolasi Sosial [Internet]. E-Book Penerbit STIKes Majapahit Mojokerto. 2020. 1–128 p. Available from: <http://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/EBook/article/view/661>
28. Tim Pokja P. Standar Dagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: DPP PPNI; 2017.
29. Diyan Yuli Wijayanti, Sri Padma Sari MD. Manajemen Asuhan

Keperawatan Jiwa [Internet]. Vol. 2, UNDIP Press. 2019. 87 p. Available from: http://www.ghbook.ir/index.php?name=فرهنگ و رسانه های نوین&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chhashk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component%0Ahttp://www.albayan.ae%0Ahttps://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&q=APLI KASI+PENGENA

30. Risnawati. Konsep Dokumentasi Keperawatan. In: Eureka Media Aksara. 2023.
31. Nursalam. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. EDISI E. Lestari PP, editor. Salemba Medika; 2020.
32. Sulung U, Muspawi M. Jurnal Edu Research Indonesian Institute For Corporate Learning And Studies (IICLS) Page 110. 2024;5(September):110–6.
33. Sutiyono, Niken K. Perbedaan Penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien Isolasi Sosial dengan Pendekatan Psikoedukasi Keluarga dan Sosial Skill Theraphy. TSCD3Kep J [Internet]. 2021;6(2):10–21. Available from: <https://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/TSCD3Kep/article/view/295/306>
34. Setiawan A. Penerapan Cara Berkenalan Dalam Upaya Meningkatkan Kemampuan Sosialisasi Pada Klien Isolasi Sosial Di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. Cendikia Muda [Internet]. 2024;4:101–9. Available from: <https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/569/374>
35. Ummah MS. Buku keperawatan jiwa [Internet]. Vol. 11, Sustainability (Switzerland). 2019. 1–14 p. Available from: http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI
36. PPNI. Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia. 1 E, editor. Jakarta: DPP PPNI; 2018.
37. Jahja FF, Sukamti N. Analisis Asuhan Keperawatan melalui Intervensi Mengajarkan Pasien Berinteraksi Bertahap pada Ny.H dan Ny.A dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Panti Sosial Bina Laras Harapan 2. J Kreat Pengabdian Kpd Masy. 2023;6(3):1058–70.
38. PPNI. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI; 2018.
39. Lidiana EH, Hartutik S, Mustikasari H. Upaya Penurunan Ansietas Pada Masyarakat Di Desa Jati Kabupaten Karanganyar. Empower J. 2022;2(2):55–61.

40. Rindayati R, Nasir A, Astriani Y. Gambaran Kejadian dan Tingkat Kecemasan pada Lanjut Usia. *J Kesehat Vokasional*. 2020;5(2):95.
41. Korespondensi E, Hp T. KARAKTERISTIK DAN PERJALANAN DERMATITIS ATOPIK DENGAN RIWAYAT ASMA BRONKIAL Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Hang Tuah Departemen Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Hang Tuah Surabaya Provinsi Jawa Timur. 2023;3(1):34–45.
42. Sari DNM, Mukhamad M. Gambaran Pengelolaan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan di Desa Lungge Kabupaten Temanggung. *Indones J Nurs Res*. 2021;4(2):99–105.
43. Ratnaningtyas WD, Hutomo M. Penelitian Retrospektif: Pengobatan Topikal pada Pasien Dermatitis Atopik. *Berk Ilmu Kesehat Kulit dan Kelamin – Period Dermatology Venereol*. 2019;28(3):1–7.
44. Merarie L. HUBUNGAN PERSONAL HYGIENE DENGAN KEJADIAN DERMATITIS PADA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS CEMPAKA KOTA BANJARMASIN. *Nurs Sci J [Internet]*. 2024;5. Available from: file:///C:/Users/HP/Downloads/269-Article Text-1525-1-10-20241231-2.pdf
45. PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI; 2018.
46. Edi iskandar², Supatmi³, Sri Yuni Tursilowati⁴ S. Edukasi interaksi sosial pada keluarga lansia sebagai upaya peningkatan kualitas hidup lansia. 2024;06(03):94–101.
47. Oktaviana W, Aprilliana A. Intervensi Social Skills Training (SST) Pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Isolasi Sosial : A Systematic Review. *J Keperawatan [Internet]*. 2023;15(S4):243–50. Available from: <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
48. Harkomah I, Maulani M, AZ R, Dasuki D. Teknik Relaksasi Napas Dalam Menurunkan Ansietas Lansia Di Puskesmas Putri Ayu Kota Jambi. *JUKESHUM J Pengabd Masy*. 2022;2(2):184–90.
49. Muliani SS, Tahir.Maryam. Efektifitas Relaksasi Napas dalam pada Lansia yang Mengalami Kecemasan di RS Bhayangkara Palu Polda Sulteng The Effectiveness of Deep Breathing Relaxation Hypertensive Elderly who Experience Anxiety at the Bhayangkara Hospital Palu Regional Sul. 2024;7(1):102–9.
50. Yudianti NN. Intervensi Keperawatan Pada Klien Dermatitis. *Br Med J*. 2020;2(5474):1333–6.
51. Aisyah Rahmadiyah¹, Andy Amir¹, Fajrina Hidayati¹, Guspianto¹ FEP. Hubungan Personal Hygiene Dengan Gejala Dermatitis Pada Tahun 2024. 2024;8(2).

52. Setyowati S, Rahayu BA, Purnomo PS, Supatmi S, Purwaningsih E. Hubungan Dukungan Keluarga dan Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia. *J Keperawatan*. 2023;15(4):25–32.

KTI_KOMPRES_NADA_FIIIX(1)_3_A CC turnitin.docx

by CEK TURNITIN

Submission date: 03-Jun-2025 08:29AM (UTC-0400)

Submission ID: 2668605986

File name: KTI_KOMPRES_NADA_FIIIX_1_3_ACC_turnitin.docx (611.02K)

Word count: 14459

Character count: 109558

KTI_KOMPRE_NADA_FIIIX(1)_3_ACC turnitin.docx

ORIGINALITY REPORT

9%	5%	2%	7%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	2%
2	Submitted to Universitas Djuanda Student Paper	1%
3	Submitted to unimal Student Paper	1%
4	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	<1%
5	repo.unand.ac.id Internet Source	<1%
6	Submitted to IAIN Samarinda Student Paper	<1%
7	Submitted to Universitas Muhammadiyah Palembang Student Paper	<1%
8	Submitted to IAIN Bengkulu Student Paper	<1%
9	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	<1%
10	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	<1%
11	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Student Paper	<1%

12	repository.stikeswirahusada.ac.id Internet Source	<1 %
13	Submitted to Universitas Jambi Student Paper	<1 %
14	www.scribd.com Internet Source	<1 %
15	Submitted to Universitas Riau Student Paper	<1 %
16	Submitted to STKIP Sumatera Barat Student Paper	<1 %
17	Submitted to Universitas Sultan Ageng Tirtayasa Student Paper	<1 %
18	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1 %
19	Submitted to Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya Student Paper	<1 %
20	fennykusumasari30.blogspot.com Internet Source	<1 %
21	pdfcoffee.com Internet Source	<1 %
22	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar Student Paper	<1 %
23	Submitted to itera Student Paper	<1 %
24	Submitted to Universitas Muhammadiyah Semarang Student Paper	<1 %

25	Submitted to Universitas Negeri Padang Student Paper	<1 %
26	123dok.com Internet Source	<1 %
27	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang Student Paper	<1 %
28	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Student Paper	<1 %
29	Submitted to Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama) Student Paper	<1 %
30	r2kn.litbang.kemkes.go.id Internet Source	<1 %
31	dspace.umkt.ac.id Internet Source	<1 %
32	Submitted to Saint Paul's High School Student Paper	<1 %
33	Feneria J Nu'a, Yusfina Modesta Rua, Maria Paula Marla Nahak. "ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA KLIEN YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN MASALAH GANGGUAN RASA NYAMAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS HALIWEN", Jurnal Sahabat Keperawatan, 2023 Publication	<1 %
34	Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta Indonesia Student Paper	<1 %
35	Submitted to Universitas Islam Riau Student Paper	

<1 %

36 Submitted to Universitas Papua
Student Paper

<1 %

37 eprints.umpo.ac.id
Internet Source

<1 %

38 repository.unsri.ac.id
Internet Source

<1 %

39 digilibadmin.unismuh.ac.id
Internet Source

<1 %

40 repository2.unw.ac.id
Internet Source

<1 %

41 Submitted to IAIN Purwokerto
Student Paper

<1 %

42 Submitted to LL DIKTI IX Turnitin Consortium
Part V
Student Paper

<1 %

43 metrosuara.blogspot.com
Internet Source

<1 %

44 repository.poltekkes-smg.ac.id
Internet Source

<1 %

45 repository.unair.ac.id
Internet Source

<1 %

46 scholar.unand.ac.id
Internet Source

<1 %

47 Nurvi Susanti, Zulfan Saam, Nofrizal Nofrizal,
Zahtamal Tamal, Nofri Hasrianto. "Elderly
Psychological Conditions in the Nursing Home
Tresna Werdha (Pstw): A Study Descriptive
Riau and West Sumatra Indonesia", Open

<1 %

Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 2021

Publication

48	pt.scribd.com Internet Source	<1 %
49	Submitted to IAIN Kudus Student Paper	<1 %
50	dedoubleyou.wordpress.com Internet Source	<1 %
51	eprints.uny.ac.id Internet Source	<1 %
52	es.scribd.com Internet Source	<1 %
53	id.scribd.com Internet Source	<1 %
54	journal.stikep-ppnijabar.ac.id Internet Source	<1 %
55	jurnal.poltekkespadang.ac.id Internet Source	<1 %
56	pdfs.semanticscholar.org Internet Source	<1 %
57	www.jneonatalurg.com Internet Source	<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off