

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA  
PADA TN.W DAN TN.D DENGAN ISOLASI SOSIAL  
DI CENDRAWASIH PANTI SOSIAL BINA LARAS 1  
TAHUN 2023**



**Disusun Oleh :**

**Ratna Puspitasari, S.Kep**

**22.156.03.11.072**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA**

**BEKASI**

**2022-2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA  
PADA TN.W DAN TN.D DENGAN ISOLASI SOSIAL  
DI CENDRAWASIH PANTI SOSIAL BINA LARAS 1  
TAHUN 2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners



**Disusun Oleh :**

**Ratna Puspitasari, S.Kep**

**22.156.03.11.072**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI  
2022-2023**

## LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Ratna Puspitasari

NPM : 22.156.03.11.072

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul asuhan keperawatan pada Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.W Dan Tn.D Dengan Isolasi Sosial Di Cendrawasih Panti Sosial Bina Laras 1 Tahun 2023 adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy Sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabalia dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Jakarta pada tanggal 18 Januari 2023

Jakarta, 18 Januari 2023

Ratna Puspitasari, S.Kep

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

**Karya ilmiah akhir ini telah diperiksa oleh preceptor satu dan preceptor dua  
dan disetujui untuk melaksanakan seminar hasil**

**Jakarta, 18 Januari 2023**

Penguji I

Penguji II

**I Ratna, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
NIDN. 3031126301**

**Lina Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 321108001**

Mengetahui :

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan ( S1 )  
Dan Pendidikan Profesi Ners

**Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302**

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH

Yang bertandatangan di bawah ini :  
Nama : Ratna Puspitasari  
NPM : 22.156.03.11.072  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Pada Tn.W dan  
Tn.D Dengan Isolasi Sosial di  
Cendrawasih Panti Sosial Bina Laras 1  
Tahun 2023.

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan Dalam Seminar Hasil Pada Tanggal 18 Januari  
2023

Penguji I

Penguji II

**I Ratna, S.Kep.,Ners.,M.Kep**  
NIDN. 3031126301

**Lina Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
NIDN. 321108001

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan  
Pendidikan Profesi Ners

**Puri Kresnawati, SST.,M.KM**  
NIDN. 0309049001

**Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
NIDN. 0316028302

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

**Dr.Lenny Irmawati Sirait,SST.,M.Kes**  
NIDN.302028001

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua sehingga penulis masih diberikan kesehatan, kesempatan, kesabaran, serta kemauan yang dianugerahkan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.W Dan Tn.D Dengan Isolasi Sosial Di Cendrawasih Panti Sosial Bina Laras 1 Tahun 2023". Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia.

Penyusunan karya ilmiah akhir ners ini dapat terselesaikan berkat dorongan dan bimbingan semua pihak yang turut membantu. Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa dengan Rahmat-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini.
2. Saver Mangandar Ompusunggu, S.E., selaku ketua yayasan STIKes MedistraIndonesia
3. Dr. Lenny Irmawati sirait, SST., M. Kes., selaku ketua STIKes MedistraIndonesia
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
5. Farida Banjarnahor, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi danKeuangan
6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaandan Alumni
7. Ns. Kiki Deniati, S. Kep., M. Kep, selaku Kepala Program Studi S1 Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia.
8. Roulita Sihombing, S.Kep.,M.Kep Selaku Koordinator Stase Jiwa Profesi Ners
9. Lina Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep Selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir
10. I Ratna S.Kep.,Ners.,M.Kep Selaku Dosen Penguji Karya Ilmiah Akhir

11. Dwi Selaku Pembimbing Di Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1
12. Kedua Orang Tua yaitu Didi Priadi dan Ninik Tri Lestari yang telah memberikan banyak bantuan, dukungan, Doa, dan semangat, nasihat yang diberikan kepada kehidupan penulis.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan karena pengalaman dan pengetahuan penulis yang terbatas. Oleh karena itu, kritik dan saran dari semua pihak sangat penulis harapkan demi terciptanya Karya Ilmiah Akhir Ners yang lebih baik lagi untuk masa mendatang.

Penulis mengucapkan banyak terima kasih dan semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat memberikan manfaat kepada para pembaca dan penulis khususnya.

## DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
LAMPIRAN .....	viii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A.    Latar Belakang .....	1
B.    Tujuan penulisan .....	4
BAB II LANDASAN TEORI .....	5
A.    Definisi Isolasi <i>Social</i> .....	5
B.    Rentang Respon .....	6
C.    Etiologi.....	8
D.    Manifestasi Klinik.....	17
E.    Patofisiologi.....	19
F.    Dampak Isolasi Sosial.....	20
G.    Aspek-Aspek Ketidak Mampuan Bersosialisasi .....	21
H.    Pelaksanaan Isolasi Sosial.....	24
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN .....	33
BAB IV PEMBAHASAN .....	121
A.    Pengkajian Keperawatan.....	122
B.    Diagnose.....	124

<b>C.</b>	<b>Intervensi.....</b>	<b>125</b>
<b>D.</b>	<b>Implementasi.....</b>	<b>128</b>
<b>E.</b>	<b>Evaluasi .....</b>	<b>130</b>
<b>BAB V PENUTUP .....</b>		<b>131</b>
<b>A.</b>	<b>Kesimpulan .....</b>	<b>131</b>
<b>B.</b>	<b>Saran.....</b>	<b>132</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>134</b>

## LAMPIRAN

Strategi Pelaksanaan & Catatan Keperawatan.....	137
Strategi Pelaksanaan 1 .....	142
Strategi Pelaksanaan 2 Isolasi Sosial.....	147
Strategi Pelaksanaan 1 Isolasi Sosial.....	152
Strategi Pelaksanaan 2 Isolasi Sosial.....	157
Strategi Pelaksanaan 3 Isolasi Sosial.....	162
Kegiatan Bimbingan Tugas Akhir.....	166

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Menurut Undang Undang No 18 Kesehatan Jiwa 2014 Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (UU RI, 2014).

Kesehatan jiwa menurut (Kemenkes RI, 2020) adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Menurut (Sutesyo, 2021)..

Menurut (Kemenkes RI, 2020) program Kesehatan jiwa melalui upaya promotive, preventif, kuratif, maupun rehabilitative. Permasalahan Kesehatan jiwa telah diidentifikasi dan perlu ditanggulangi dan gangguan jiwa berkaitan dengan kondisi disabilitas, gangguan Kesehatan fisik, seperti depresi, gangguan afektif bipolar, skizofrenia, gangguan kecemasan, demensia, gangguan penyalahgunaan penggunaan napza, bahkan berakibat bunuh diri. Menurut (Sutesyo, 2021) Seseorang yang mengalami sebuah ketidaknormalan pada mental atau jiwa nya akan mendapatkan sebuah pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan terutama fasilitas kesehatan jiwa sesuai dengan standar dan akan mendapatkan jaminan atas ketersediaan obat psikofarmaka sesuai dengan kebutuhannya dengan mental atau jiwa yang tidak baik merupakan salah satu

keadaan abnormal yang mempengaruhi mental, psikis, dan juga kondisi seseorang dalam berperilaku dengan tanda dan gejala menunjukkan adanya rasa tertekuk, rasa tidak nyaman dalam memenuhi kebutuhan dan kualitas hidup, serta ketidakmampuan dalam menerapkan peran sebagai manusia normal pada umumnya.

Dampak seseorang yang mengalami gangguan jiwa akan mempengaruhi fungsi fisik, psikologis, kognitif, emosional, dan social karena disebabkan adanya proses penyakit atau gangguan mental yang dialami atau timbul dengan muncul tanda tanda objektif dengan pola tingkah laku maupun cara berfikir yang abnormal seseorang pada umumnya. Seseorang yang mengalami gangguan jiwa terjadi karena adanya sebuah bentuk penolakan, penghindaran, dan bahkan kekerasan fisik yang disebabkan oleh makna budaya negative atau lingkungan sekitar.

Masalah gangguan jiwa di dunia sudah menjadi masalah yang semakin serius dan mengkhawatirkan karena berdasarkan (WHO,2020 dalam Pebrianti & Armina, 2021) bahwa sekitar 450 juta orang di dunia mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa. Sepertiga diantaranya terjadi di Negara Berkembang. Jumlah penderita skizofrenia yaitu 1% dari populasi penduduk dunia, dan jumlahnya setiap tahun akan bertambah

Menurut (Kemenkes RI, 2008 dalam Marlina et al., 2023) prevalensi gangguan mental sebesar 9,8% dari populasi orang dewasa. Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 0,67 % sedangkan menurut (Risksdas, 2018 dalam Suwarni & Rahayu, 2020) prevalensi untuk gangguan jiwa diindonesia

mencapai 7% dari 1000 orang dan usia paling banyak diatas 15 tahun yang berkisar rata-rata 9,8%. Prevalensi gangguan jiwa berat di DKI Jakarta sebesar 0,22 %.

Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1 merupakan panti sosial bagi penyandang disabilitas mental psikotik terlantar dan skizofrenia, klaster 1. Menurut Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta tahun 2022 data jumlah WBS (Warga Binaan Sosial) di Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1 pada bulan Januari tahun 2022 berjumlah 81 WBS, diantaranya terbagi dalam 6 wisma yaitu wisma Cendrawasih 129 WBS, wisma Elang 156 WBS, wisma Kenari 140 WBS, wisma Merak 136 WBS, wisma Melati 127 WBS, dan wisma Mawar 128 WBS. Wisma Cendrawasih merupakan wisma yang dihuni oleh WBS laki – laki dengan pasien gangguan jiwa yang salah satu gejalanya adalah mengalami isolasi sosial (Dinsos DKI Jakarta, 2022).

Menurut (NIMH Schizophrenia, 2020) salah satu gejala skizofrenia adalah isolasi social serta berkurangnya ekspresi emosi, berkurangnya motivasi untuk mencapai tujuan, kesulitan dalam hubungan sosial, gangguan motorik, dan gangguan kognitif, kesendirian yang dialami individu, menarik diri dari masyarakat tidak ada kontak mata. Berdasarkan data (Ayu Affiroh & Mar'atus Sholikhah, 2020) Kasus pasien gangguan jiwa yang mengalami gejala isolasi social sendiri tergolong tinggi yaitu 72%.

Isolasi social merupakan suatu keadaan seseorang mengalami penurunan untuk melakukan interaksi dengan orang lain, karena pasien merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, serta tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan

orang lain atau orang disekitarnya (Agustina & Maratus Solikhah, 2020).

Hubungan interpersonal perlu dibina oleh setiap individu. Namun, tidak semua orang mampu melakukan adaptasi dan mengatasinya sehingga hal tersebut akan sulit dilakukan bagi individu yang memiliki gangguan isolasi sosial yang berakibat menimbulkan gangguan kejiwaan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan pengelolaan kasus asuhan keperawatan yang dituangkan dalam Tugas Akhir Keperawatan Jiwa yang berjudul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.W dan Tn.D dengan Isolasi Sosial di Cendrawasih, Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa.

## **B. Tujuan penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Memberikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.W dan Tn.D dengan isolasi social.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Memahami tentang konsep dasar isolasi social
- b. Mengetahui evidence based mengenai isolasi social
- c. Melakukan pengkajian pada Tn.W dan Tn.D
- d. Menentukan masalah keperawatan pada Tn.W dan D
- e. Merencanakan Tindakan keperawatan pada Tn.W dan Tn.D
- f. Mengimplementasikan rencana Tindakan pada Tn.W dan Tn.D
- g. Mengevaluasi Tindakan yang diberikan pada Tn.W dan Tn.D

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **A. Definisi Isolasi *Social***

Isolasi *social* adalah perasaan kesendirian yang dialami oleh individu yang dianggap disebabkan oleh orang lain dan dinilai sebagai situasi yang negative atau mengancam (Marliana et al., 2023). Menurut (Ayu Affiroh & Mar'atus Sholikhah, 2020 ; SDKI, 2016) isolasi social yaitu kondisi kesendirian yang negative, kondisi ini merupakan ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain. Klien dengan isolasi social tidak mampu untuk bersosialisasi dan sulit mengungkapkan keinginan serta tidak mampu berkomunikasi dengan baik.

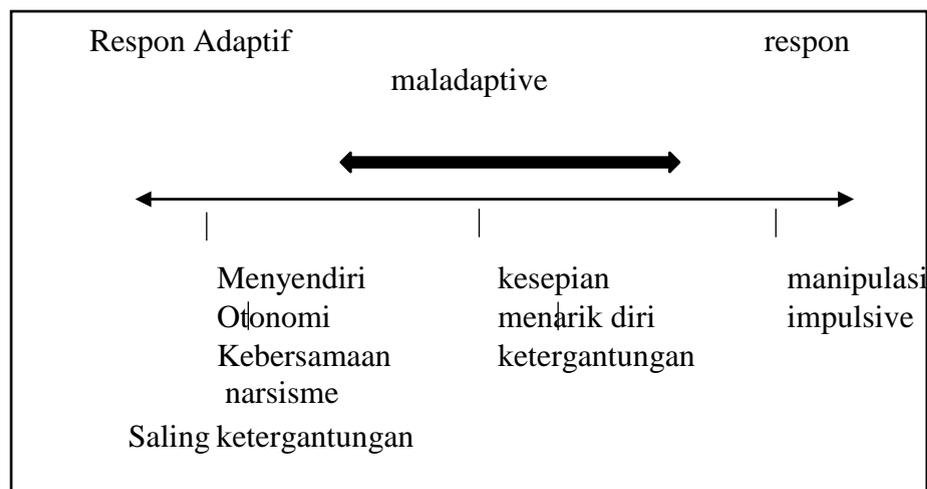
Isolasi Sosial adalah suatu keadaan kesepian yang dirasakan seseorang karena orang lain menyatakan negatif dan mengancam. Sedangkan menarik diri secara fisik maupun psikis adalah usaha menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain maupun komunikasi dengan orang lain, Individu merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi perasaan, pikiran, prestasi atau kegagalannya (Sumarno, 2019).

Isolasi sosial adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam klien yang mengalami isolasi sosial akan cenderung muncul perilaku menghindar saat berinteraksi dengan dengan orang lain dan lebih suka menyendiri terhadap lingkungan agar pengalaman yang tidak menyenangkan

dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang Kembali (Sutesyo, 2021).

## B. Rentang Respon

Gangguan kepribadian biasanya dapat dikenali pada masa remaja atau lebih awal dan berlanjut sepanjang masa dewasa. Gangguan tersebut merupakan pola respon, tidak maladaptive fleksibel, dan menetap yang cukup berat menyebabkan disfungsi perilaku atau distress yang nyata.



Menurut (Riyadi Sdan Purwanto,2013 dalam Sumarno, 2019)

1. Respon adaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan dengan cara yang dapat diterima oleh norma-norma masyarakat. respon ini meliputi:
  - a. Menyendiri merupakan respon yang dilakukan individu untuk merenungkan apa yang telah terjadi atau dilakukan dan suatu cara mengevaluasi diri dalam menentukan rencana-rencana.
  - b. Otonomi merupakan kemampuan individu dalam menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial, individu mampu menetapkan untuk interdependen dan pengaturan diri.

- c. Kebersamaan merupakan kemampuan individu untuk saling pengertian, saling memberi, dan menerima dalam hubungan interpersonal.
- d. Saling ketergantungan merupakan suatu hubungan saling ketergantungan saling tergantung antar individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal. Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang bertentangan dengan norma agama dan masyarakat

## 2. Respon maladaptive

- a. Manipulasi Merupakan gangguan sosial dimana individu memperlakukan orang lain sebagai objek, hubungan terpusat pada masalah mengendalikan orang lain dan individu cenderung berorientasi pada diri sendiri. Tingkah laku mengontrol digunakan sebagai pertahanan terhadap kegagalan atau frustrasi dan dapat menjadi alat untuk berkuasa pada orang lain
- b. Impulsif Merupakan Merupakan respon sosial yang ditandai dengan individu sebagai subyek yang tidak dapat diduga, tidak dapat dipercaya, tidak mampu merencanakan tidak mampu untuk belajar dari pengalaman dan miskin penilaian
- c. Narsisme Respon sosial ditandai dengan individu memiliki tingkah laku egosentris, harga diri yang rapuh, terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan mudah marah jika tidak mendapat dukungan dari orang lain

### **C. Etiologi**

Setiap individu menghadapi berbagai stressor di setiap proses tumbuh kembang sepanjang kehidupannya. Kegagalan yang terjadi secara terus menerus dalam menghadapi stressor dan penolakan dari lingkungan akan mengakibatkan individu tidak mampu berpikir logis dimana individu akan berpikir bahwa dirinya tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan perannya sesuai tahap tumbuh kembang. Ketidakmampuan berpikir secara logis ini menyebabkan harga diri rendah sehingga individu merasa tidak berguna, malu dan tidak percaya diri yang dimanifestasikan melalui perilaku isolasi sosial. Model stress Adaptasi Stuart dapat menggambarkan proses terjadinya isolasi sosial dengan menganalisis factor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan mekanisme coping yang digunakan individu sehingga menghasilkan respon bersifat konstruktif dan destruktif dalam rentang adaptif sampai maladaptive. Menurut (Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020) Terjadinya gangguan ini dipengaruhi oleh factor predisposisi dan factor presipitasi.

#### **1. Factor predisposisi**

Faktor predisposisi adalah factor risiko yang dipengaruhi oleh jenis dan jumlah sumber risiko yang dapat menyebabkan individu mengalami stress. Factor ini meliputi biologis, psikologis dan sosial budaya.

##### **a. Factor biologis**

Factor predisposisi biologis meliputi riwayat genetic, status nutrisi, status kesehatan secara umum, sensitivitas biologi dan terpapar racun. Banyak riset menunjukkan peningkatan risiki mengalami

skizofrenia pada individu dengan riwayat genetic terdapat anggota keluarga dengan skizofrenia.

b. Factor psikologis

Factor predisposisi psikologis meliputi intelektualitas, ketrampilan verbal, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, dan pertahanan psikologis. Skizofrenia dapat terjadi pada individu yang mengalami kegagalan pada tahap awal perkembangan psikososial, misalnya pada usia bayi tidak terbentuk hubungan saling percaya maka terjadi konflik intrapsikis. Menurut (Fontaine,2003 dalam Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020) menyatakan bahwa anak yang tumbuh dalam keluarga dengan kondisi tidak bahagia dan tegang akan menjadi individu yang tidak sensitive secara psikologis. Kondisi keluarga dan karakter setiap orang dalam keluarga mempengaruhi perkembangan psikologis seseorang. Ibu yang overprotective, ibu selalu cemas, konflik perkawinan, dan komunikasi yang buruk serta interaksi yang kurang dalam keluarga berisiko terjadinya skizofrenia pada individu anggota keluarga tersebut.

c. Factor social budaya

Faktor predisposisi sosial budaya meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, status sosial, latar belakang budaya, agama dan keyakinan dan kondisi politik. Menurut (Townsend,2009 dalam Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020) menjelaskan bahwa factor social meliputi : umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan keyakinan. Skizofrenia terjadi pada semua kelompok sosial ekonomi, namun lebih banyak terjadi pada kelompok sosial ekonomi rendah. Kondisi sosial ekonomi yang rendah berpengaruh terhadap kondisi kehidupan yang

dijalani meliputi : nutrisi yang tidak adekuat, rendahnya pemenuhan perawatan untuk anggota keluarga, perasaan tidak berdaya, perasaan ditolak oleh orang lain dan lingkungan sehingga berusaha menarik diri dari lingkungan.

Beberapa ahli sosial meyakini bahwa stress kehidupan dalam kelompok sosial ekonomi rendah cukup sering mencetuskan terjadinya skizofrenia pada masyarakat. Klien dengan skizofrenia akibat stress psikologis menunjukkan harga diri rendah dan persepsi diri yang buruk serta mengalami keterbatasan sumber koping terhadap situasi yang dihadapi. Status sosial ekonomi rendah tidak hanya berdampak pada fungsi psikologis, tetapi juga biologis yang semakin menambah gejala-gejala kronis, misalnya klien skizofrenia yang berasal dari kelompok sosial ekonomi rendah berisiko mengalami infeksi seperti tuberculosis.

## 2. Factor presipitasi

Factor presipitasi adalah stimulus yang bersifat menantang dan mengancam individu serta menimbulkan kondisi tegang dan stress sehingga memerlukan energi yang besar untuk menghadapinya. Factor presipitasi dapat bersifat stressor biologic, psikologik serta sosial budaya yang berasal dari dalam diri individu (internal) maupun dari lingkungan eksternal individu. Selain sifat dan asal stressor, waktu dan jumlah stressor juga merupakan komponen factor presipitasi. Dimensi waktu meliputi kapan stressor terjadi, seberapa lama terpapar stressor dan frekuensi terpapar stressor. Menurut (Townsend, 2009 dalam Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020) peristiwa dalam kehidupan yang penuh dengan tekanan dan stressor

menjadi pencetus serangan atau munculnya gejala skizofrenia dan meningkatkan angka kambuh.

a. Stressor biologi

Stressor biologis yang berkaitan dengan isolasi sosial meliputi penyakit infeksi, penyakit kronis dan adanya kelainan struktur otak. Ini terkait juga dengan interaksi beberapa neuroendokrin, hormone pertumbuhan, prolactin, ACTH, LH/FSH, vasopressin, hormone tiroid, insulin, oksitosin, epinefrin, norepinefrin, dan beberapa neurotransmitter lain di otak. Dapat disimpulkan stressor biologis berkaitan dengan adanya gangguan struktur dan fungsi tubuh serta system hormonal yang abnormal

b. Stressor psikologis

Respon sosial maladaptive merupakan hasil pengalaman negative yang mempengaruhi emosi seseorang. Stressor psikologis dapat berupa kondisi seperti hubungan keluarga tidak harmonis, ketidakpuasan kerja dan kesendirian. Diyakini bahwa ansietas berat dan berkepanjangan dengan kemampuan coping yang terbatas menyebabkan gangguan berhubungan dengan orang lain. Sikap atau perilaku tertentu seperti harga diri rendah, tidak percaya diri, merasa dirinya gagal, merasa dirinya lebih dibandingkan orang lain, tidak memiliki ketrampilan sosial dan perilaku agresif merupakan presipitasi terjadinya skizofrenia. Tipe kepribadian tertentu seperti borderline dan narsistik cenderung mengalami kecemasan tinggi

sehingga kesulitan dalam membina hubungan dengan oranglain.

c. Stressor sosial budaya

Stressor sosial budaya dapat berasal dari keluarga, misalnya kurangnya support system dalam keluarga dan kontak/hubungan yang kurang antar anggota keluarga. Stressor lain yang dapat menjadi pencetus terjadinya perilaku isolasi sosial adalah kondisi lingkungan yang bermusuhan, lingkungan penuh dengan kritik, tekanan di tempat kerja atau kesulitan mendapatkan pekerjaan, kemiskinan, dan stigma yang ada di lingkungan tempat tinggal seseorang

3. Penilaian terhadap stressor

Penilaian terhadap stressor menggambarkan arti dan makna sumber stress pada suatu situasi yang dialami individu. Penilaian terhadap stressor dapat dilihat melalui respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan social

a. Respon kognitif

Respon kognitif memegang peran sentral dalam proses adaptasi, dimana factor kognitif mempengaruhi dampak suatu kejadian yang oenuh dengan stress, memilih coping yang akan digunakan dan reaksi emosi, fisiologis, perilaku dan sosial seseorang. Penilaian secara kognitif merupakan mediator fisiologis antara individu dengan lingkungannya terhadap suatu stressor. Terdapat tiga tipe utama penilaian terhadap stressor yang bersifat kognitif, yaitu :

- 1) Stressor dinilai sebagai bahaya yang akan terjadi
- 2) Stressor dinilai sebagai ancaman sehingga perlu antisipasi

- 3) Stressor dinilai sebagai peluang/tantangan untuk tumbuh menjadi lebih baik

Individu yang menilai stressor sebagai suatu tantangan akan mengubah stressor menjadi peristiwa yang menguntungkan bagi dirinya sehingga menurunkan tingkat stress yang dialami. Pada klien isolasi social penilaian terhadap stressor secara kognitif berupa merasa kesepian, merasa ditolak orang lain/lingkungan, dan merasa tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak berguna, merasa putus asa dan tidak memiliki tujuan hidup, merasa tidak aman berada diantara orang lain, serta tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan.

b. Respon afektif

Respon afektif menunjukkan suatu perasaan. Penilaian terhadap stressor secara afektif tidak spesifik dan umumnya berupa reaksi cemas yang diekspresikan sebagai emosi. Respon afektif meliputi gembira, sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi dan terkejut. Pengetahuan yang baik, optimis, dan sikap positif dalam menilai peristiwa kehidupan yang dialami diyakini dapat menimbulkan perasaan sejahtera dan memperpanjang usia Menurut (Stuart & Laraia, 2005 dalam Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020). Respon afektif dipengaruhi oleh kegagalan individu dalam menyelesaikan tugas perkembangan di masa lalu terutama terkait dengan pengalaman berinteraksi dengan orang lain. Menurut (Townsend, 2009 dalam Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020) secara

afektif klien dengan isolasi sosial merasa bosan dan lambat dalam menghabiskan waktu, sedih, afek tumpul dan kurang motivasi

c. Respon fisiologis

Respon fisiologis merefleksikan interaksi beberapa neuroendokrin seperti hormone pertumbuhan, prolactin, ACTH, luteinizing dan follicle-stimulating hormone, TSH, vasopressin, oksitosin, insulin, epineprin, norepineprin, dan beberapa neurotransmitter dalam otak. Respon fisiologis fight-or-flight menstimulasi system saraf otonom yaitu saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas adrenal pituitary. Respon fisiologis yang terjadi pada klien isolasi sosial berupa lemah, penurunan atau peningkatan nafsu makan, malas beraktivitas, lemah dan kurang energi.

d. Respon perilaku

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri dan mempunyai bentangan yang luas meliputi berjalan, berbicara, dan bereaksi, dimana semua itu dapat diamati, bahkan dipelajari. Perilaku yang ditunjukkan klien isolasi sosial meliputi menarik diri, menjauh dari orang lain, tidak atau jarang melakukan komunikasi, tidak ada kontak mata, kehilangan gerak dan minat, malas melakukan kegiatan sehari-hari, berdiam diri di kamar, menolak hubungan dengan orang lain, dan sikap bermusuhan.

e. Respon social

Respon sosial individu dalam menghadapi stressor terdiri dari tiga kegiatan, yaitu :

- 1) Mencari makna, individu mencari informasi tentang masalah yang dihadapi. Dalam hal ini perlu memikirkan strategi koping yang akan digunakan untuk merespon masalah yang dihadapi secara rasional.
- 2) Atribut sosial, individu mencoba mengidentifikasi factor – factor yang berkontribusi terhadap masalah yang ada. Individu yang memandang masalahnya sebagai akibat dari kelalaiannya mungkin tidak dapat melakukan suatu respon koping. Dalam hal ini individu akan lebih menyalahkan diri sendiri, bersikap pasif dan menarik diri.
- 3) Perbandingan sosial, individu akan membandingkan ketrampilan dan kemampuan yang dimiliki dengan orang lain yang memiliki masalah yang sama. Hasil perbandingan sosial ini tergantung pada siapa yang dibandingkan dengan tujuan akhir untuk menentukan kebutuhan support system, sedangkan support system yang dibutuhkan tergantung usia, tahap perkembangan, latar belakang sosial budaya

4. Sumber koping

Sumber koping merupakan pilihan atau strategi yang dapat membantu menentukan apa yang dapat dilakukan dalam menghadapi suatu masalah.

Sumber koping meliputi : asset ekonomi, kemampuan dan ketrampilan, teknik pertahanan diri, dukungan sosial dan motivasi. Sumber koping dapat bersifat internal maupun eksternal. Hubungan antara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat merupakan sesuatu yang penting sebagai sumber koping seseorang. Sumber koping individu yang lain dalam menghadapi stressor adalah kesehatan dan energy keyakinan/spiritual, keyakinan positif, ketrampilan sosial dan pemecahan masalah, sumber – sumber sosial dan material, dan kesejahteraan secara fisik.

#### 5. Mekanisme koping

Mekanisme koping merupakan suatu usaha yang dilakukan untuk mengatasi stress. Terdapat tiga tipe utama mekanisme koping menurut (Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020) yaitu :

- a. Mekanisme koping berfokus pada masalah (problem-focused),  
Merupakan mekanisme koping yang meliputi tugas dan usaha langsung dalam mengatasi masalah yang mengancam individu, seperti negosiasi, konfrontasi dan meminta nasihat.
- b. Mekanisme koping berfokus pada kognitif (cognitively-focused),  
Mekanisme koping dimana seseorang berusaha untuk mengontrol arti permasalahan dan berusaha menetralkannya, seperti membuat perbandingan positif, pemberian hadiah, mengabaikan dan evaluasi terhadap keinginan.
- c. Mekanisme koping yang berpusat pada emosi (emotion-focused),  
Mekanisme koping dimana individu diorientasikan untuk

menenangkan emosi yang mengancam, seperti penggunaan mekanisme pertahanan ego misalnya denial, supresi atau proyeksi.

Mekanisme koping yang digunakan untuk menyelesaikan masalah dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Mekanisme koping bersifat konstruktif jika individu menganggap stressor sebagai tanda peringatan dan menerimanya sebagai tantangan untuk mengatasi masalahnya, sebaliknya bersifat destruktif jika stressor yang dihadapi tidak diatasi atau diselesaikan atau lari dari masalah. Pada klien isolasi sosial ketika menghadapi stressor tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang efektif. Mekanisme koping yang digunakan yaitu denial, regresi, proyeksi, identifikasi, dan religiosity yang berakhir dengan koping maladaptive berupa terjadi episode awal psikosis atau serangan ulang skizofrenia dengan munculnya gejala – gejala skizofrenia termasuk isolasi sosial

#### **D. Manifestasi Klinik**

Tanda gejala yang muncul pada klien dengan isolasi social menarik diri menurut (Sumarno, 2019) seperti

1. Gejala Subyektif
  - a. Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain
  - b. Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain
  - c. Respon verbal kurang atau singkat
  - d. Klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain

- e. Klien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu
- f. Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan
- g. Klien merasa tidak berguna
- h. Klien tidak yakin dapat melangsungkan hidup
- i. Klien merasa ditolak

## 2. Gejala Objektif

- a. Klien banyak diam dan tidak mau bicara
- b. Tidak mengikuti kegiatan
- c. Banyak berdiam diri di kamar
- d. Klien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat
- e. Klien tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal
- f. Kontak mata kurang
- g. Kurang spontan
- h. Apatik (acuh terhadap lingkungan)
- i. Ekspresi wajah kurang berseri
- j. Tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri
- k. Mengisolasi diri
- l. Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya
- m. Memasukan makanan dan minuman terganggu
- n. Retensi urine dan feses
- o. Aktifitas menurun

- p. Kurang energi ( tenaga )
- q. Rendah diri

### **E. Patofisiologi**

Individu yang mengalami Isolasi Sosial sering kali beranggapan bahwa sumber/penyebab Isolasi sosial itu berasal dari lingkungannya. Padahalnya rangsangan primer adalah kebutuhan perlindungan diri secara psikologik terhadap kejadian traumatik sehubungan rasa bersalah, marah, sepi dan takut dengan orang yang dicintai, tidak dapat dikatakan segala sesuatu yang dapat mengancam harga diri (self esteem) dan kebutuhan keluarga dapat meningkatkan kecemasan. Untuk dapat mengatasi masalah- masalah yang berkaitan dengan ansietas diperlukan suatu mekanisme koping yang adekuat.

Sumber koping meliputi ekonomi, kemampuan menyelesaikan masalah, tehnik pertahanan, dukungan sosial dan motivasi. Sumber koping sebagai model ekonomi dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang berhasil.

Semua orang walaupun terganggu prilakunya tetap mempunyai beberapa kelebihan personal yang mungkin meliputi : aktivitas keluarga, hobi, seni, kesehatan dan perawatan diri, pekerjaan kecerdasan dan hubungan interpersonal. Dukungan sosial dari peningkatan respon psikofisiologis yang adaptif, motifasi

berasal dari dukungan keluarga ataupun individu sendiri sangat penting untuk meningkatkan kepercayaan diri pada individu(Sumarno, 2019)

#### **F. Dampak Isolasi Sosial**

Menurut (Sutesyo, 2021) Dampak bagi seseorang terutama yang menderita gangguan jiwa akan mempengaruhi fungsi fisik, psikologis, kognitif, emosional dan social dimana hal tersebut disebabkan karena adanya proses penyakit atau gangguan mental yang dialami atau timbul dengan muncul tanda tanda objektif dengan pola tingkah laku maupun cara berfikir yang abnormal seseorang pada umumnya. Seseorang yang dikatakan mempunyai suatu penyakit jiwa sering terjadi baik dalam segi individual maupun kelompok terjadi karena adanya sebuah bentuk penolakan, penghindaran, dan bahkan kekerasan fisik yang disebabkan oleh makna budaya negatif atau lingkungan sekitar yang terkait dengan gangguan jiwa pada seseorang tersebut.

Klien dengan isolasi sosial semakin tenggelam dalam perjalanan dan tingkah laku masa lalu primitive antara lain pembicaraa yang autistic dan 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 deficit perawatan diri (Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020).

### **G. Aspek-Aspek Ketidak Mampuan Bersosialisasi**

Menurut (Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020) aktivitas pasien yang mengalami ketidakmampuan bersosialisasi secara garis besar dapat dibedakan menjadi tiga yaitu Tingkah laku yang berhubungan dengan kegiatan kebutuhan hidup sehari-hari (activity daily living = ADL), Tingkah laku sosial dan Tingkah laku okupasional yang dapat dijabarkan sebagai berikut

1. Activity Daily Living (ADL) Adalah tingkah laku yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan sehari-hari yang meliputi:
  - a. Bangun tidur, yaitu semua tingkah laku/perbuatan pasien sewaktu bangun tidur.
  - b. Buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), yaitu semua bentuk tingkah laku/perbuatan yang berhubungan dengan BAB dan BAK.
  - c. Waktu mandi, yaitu tingkah laku sewaktu akan mandi, dalam kegiatan mandi dan sesudah mandi.
  - d. Ganti pakaian, yaitu tingkah laku yang berhubungan dengan keperluan berganti pakaian.
  - e. Makan dan minum, yaitu tingkah laku yang dilakukan pada waktu, sedang dan setelah makan dan minum.
  - f. Menjaga kebersihan diri, yaitu perbuatan yang berhubungan dengan kebutuhan kebersihan diri, baik yang berhubungan dengan

kebersihan pakaian, badan, rambut, kuku dan lain-lain.

- g. Menjaga keselamatan diri, yaitu sejauhmana pasien mengerti dan dapat menjaga keselamatan dirinya sendiri, seperti, tidak menggunakan/menaruh benda tajam sembarangan, tidak merokok sambil tiduran, memanjat ditempat yang berbahaya tanpa tujuan yang positif.
  - h. Pergi tidur, yaitu perbuatan yang mengiringi seorang pasien untuk pergi tidur. Pada pasien gangguan jiwa tingkah laku pergi tidur ini perlu diperhatikan karena sering merupakan gejala primer yang muncul pada gangguan jiwa. Dalam hal ini yang dinilai bukan gejala insomnia (gangguan tidur) tetapi bagaimana pasien mau mengawali tidurnya.
2. Tingkah laku sosial Adalah tingkah laku yang berhubungan dengan kebutuhan sosial pasien dalam kehidupan bermasyarakat yang meliputi :
- a. Kontak sosial terhadap teman, yaitu tingkah laku pasien untuk melakukan hubungan sosial dengan sesama pasien, misalnya menegur kawannya, berbicara dengan kawannya dan sebagainya
  - b. Kontak sosial terhadap petugas, yaitu tingkah laku pasien untuk melakukan hubungan sosial dengan petugas seperti tegur sapa, menjawab pertanyaan waktu ditanya, bertanya jika ada kesulitan dan sebagainya.
  - c. Kontak mata waktu berbicara, yaitu sikap pasien sewaktu berbicara dengan orang lain seperti memperhatikan dan saling menatap sebagai tanda adanya kesungguhan dalam berkomunikasi. Bergaul,

- yaitu tingkat laku yang berhubungan dengan kemampuan bergaul dengan orang lain secara kelompok (lebih dari dua orang).
- d. Mematuhi tata tertib, yaitu tingkah laku yang berhubungan dengan ketertiban yang harus dipatuhi dalam perawatan rumah sakit.
  - e. Sopan santun, yaitu tingkah laku yang berhubungan dengan tata krama atau sopan santun terhadap kawannya dan petugas maupun orang lain. Menjaga kebersihan lingkungan, yaitu tingkah laku pasien yang bersifat mengendalikan diri untuk tidak mengotori lingkungannya, seperti tidak meludah sembarangan, tidak membuang puntung rokok sembarangan dan sebagainya.
3. Tingkah laku okupasional Adalah tingkah laku yang berhubungan dengan kegiatan seseorang untuk melakukan pekerjaan, hobby dan rekreasi sebagai salah satu kebutuhan kehidupannya yang meliputi :
- a. Tertarik pada kegiatan/pekerjaan, yaitu timbulnya rasa tertarik untuk berbuat sesuatu, baik berupa pekerjaan, hobi dan rekreasi, seperti menyapu, membantu orang lain, bermain, menonton dan sebagainya.
  - b. Bersedia melakukan kegiatan/pekerjaan, yaitu bentuk kegiatan yang dilakukan pasien untuk bekerja, berekreasi, melaksanakan hobi atau melakukan kegiatan positif lainnya, seperti sembahyang dan membaca.
  - c. Aktif/rajin melakukan kegiatan atau pekerjaan, yaitu tingkah laku pasien yang bersedia melakukan kegiatan dengan menunjukkan keaktifan/kerajinannya.

- d. Produktif dalam melakukan kegiatan, yaitu adanya hasil perbuatan yang dapat diamati/observasi, baik kualitas maupun kuantitasnya.
- e. Terampil dalam melakukan kegiatan/pekerjaan, yaitu sejauhmana pasien memiliki kemampuan, kecakapan dan keterampilan dalam melakukan tindakannya (wajar, tidak kaku, enak dilihat orang sehingga tidak menimbulkan rasa khawatir bagi petugas/orang lain).
- f. Menghargai hasil pekerjaan dan milik pribadi, yaitu tingkah laku pasien untuk menghargai (punya tenggang rasa) terhadap hasil pekerjaannya sendiri dan hasil pekerjaan orang lain.
- g. Bersedia menerima perintah, larangan dan kritik, yaitu sikap dan perbuatan pasien terhadap perintah, larangan maupun kritik dari orang lain. Sikap dan perbuatan tersebut berupa reaksi pasien bila diperintah/disuruh, dilarang/ dikritik, reaksi tersebut dapat lambat, cepat, menolak, tak mengindahkan dan sebagainya.

## **H. Pelaksanaan Isolasi Sosial**

Penatalaksanaan keperawatan Pasien dengan isolasi sosial selain dengan pengobatan psikofarmaka juga dengan pemberian terapi modalitas yang salah keperawatan yang sama. Aktifitas digunakan sebagai terapi individu, dan kelompok digunakan sebagai target asuhan (Suwarni & Rahayu, 2020).

Menurut (Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020) Pelaksanaan isolasi social yaitu :

### **1. Terapi Farmakologis**

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang

tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya Clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Apabila tidak ada, dapat digunakan dosis efektif rendah. Contohnya Trifluoperasine estelasine, bila tidak ada juga, maka dapat menggunakan Transquilizer bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi

## 2. Terapi individu

Terapi individu pada pasien dengan masalah isolasi sosial dapat diberikan strategi pertemuan (SP) yang terdiri dari tiga SP dengan masing-masing strategi pertemuan yang berbeda-beda. Pada SP satu, perawat mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, berdiskusi dengan pasien mengenai keuntungan dan kerugian apabila berinteraksi dan tidak berinteraksi dengan orang lain, mengajarkan cara berkenalan dan memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain ke dalam kegiatan harian. Pada SP kedua, perawat mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, memberi kesempatan pada klien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang dan membantu klien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian. Pada SP tiga, perawat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, memberi kesempatan untuk berkenalan dengan dua orang atau lebih dan menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

### 3. Terapi kelompok

#### a. Pengertian

Kelompok adalah kumpulan individu yang mempunyai hubungan satu dengan yang lain, saling ketergantungan dan mempunyai norma yang sama. Penggunaan kelompok dalam praktik keperawatan jiwa memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, pengobatan atau terapi serta pemulihan Kesehatan seseorang. Meningkatnya penggunaan kelompok terapeutik dan modalitas merupakan bagian dan memberikan hasil yang positif terhadap perubahan perilaku klien, dan meningkatkan perilaku adaptif dan mengurangi perilaku maladaptive.

Terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok klien yang mempunyai masalah keperawatan yang sama. Aktivitas digunakan sebagai target asuhan. Didalam kelompok terjadi dinamika yang saling bergantung, saling membutuhkan, dan menjadi laboratorium tempat klien berlatih perilaku baru yang adaptif untuk memperbaiki perilaku lama yang maladaptive. Pada terapi kelompok, klien berpartisipasi dalam sesi bersama sekelompok individu. Para anggota kelompok bertujuan sama diharapkan memberi kontribusi pada kelompok untuk membantu yang lain dan juga mendapat bantuan dari yang lain (Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020).

Terapi Aktivitas Kelompok sangat efektif mengubah perilaku karena

di dalam kelompok terjadi interaksi satu dengan yang lain dan saling mempengaruhi. Dalam kelompok akan terbentuk satu sistem sosial yang saling berinteraksi dan menjadi tempat Pasien berlatih perilaku baru yang adaptif untuk memperbaiki perilaku lama yang maladaptif . TAKS adalah upaya memfasilitasi sosialisasi sejumlah pasien dengan perilaku menarik diri secara kelompok(Suwarni & Rahayu, 2020).

b. Jenis Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) 1)

1) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Kognitif/Persepsi

Klien dilatih mempersiapkan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Terapi Aktivitas Kelompok stimulus kognitif/persepsi adalah terapi yang bertujuan untuk membantu klien yang mengalami kemunduran orientasi, menstimuli persepsi dalam upaya memotivasi proses berfikir dan afektif serta mengurangi perilaku maladaptif.

2) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Aktivitas

Digunakan untuk memberikan stimulasi pada sensasi klien, kemudian di observasi reaksi sensori klien berupa ekspresi emosi atau perasaan melalui gerakan tubuh, ekspresi muka, ucapan. Terapi aktivitas kelompok untuk menstimulasi sensori pada penderita yang mengalami kemunduran fungsi sensori. Tehnik yang digunakan meliputi fasilitas penggunaan panca indera dan kemampuan mengekspresikan stimulus baik

dari internal maupun eksternal

### 3) Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realitas

Terapi aktivitas kelompok orientasi realitas adalah pendekatan untuk mengorientasikan klien terhadap situasi nyata (realitas). Umumnya dilaksanakan pada kelompok yang mengalami gangguan orientasi terhadap orang, waktu dan tempat. Teknik yang digunakan meliputi inspirasi represif, interaksi bebas maupun secara didaktik. Klien diorientasikan pada kenyataan yang ada disekitar klien yaitu diri sendiri, orang lain yang ada disekeliling klien atau orang yang dekat dengan klien, lingkungan yang pernah mempunyai hubungan dengan klien dan waktu saat ini dan yang lalu

### 4) Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

Klien dibantu untuk melakukan sosialisai dengan individu yang ada disekitar klien. Kegiatan sosialisasi adalah terapi untuk meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial maupun berperan dalam lingkungan sosial. Sosialisai dimaksudkan memfasilitasi psikoterapis untuk :

- a) Memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal.
  - b) Memberi tanggapan terhadap orang lain.
  - c) Mengekpresikan ide dan tukar persepsi.
  - d) Menerima stimulus eksternal yang berasal dari lingkungan
- Penyalur Energi Penyaluran energi merupakan tehnik untuk

menyalurkan energi secara konstruktif dimana memungkinkan pengembangan pola-pola penyambungan energi seperti katarsis, peluapan marah dan rasa batin secara konstruktif dengan tanpa menimbulkan kerugian pada diri sendiri maupun lingkungan.

c. Tujuan Terapi Aktvitas Kelompok (TAK)

- 1) Meningkatkan kemampuan menguji kenyataan (reality testing).
- 2) Membantu sosialisasi.
- 3) Meningkatkan fungsi psikologis, yaitu meningkatkan kesadaran tentang hubungan sosial dan adaptasi.
- 4) Membangun motivasi untuk kemajuan psikologis baik afektif maupun kognitif.
- 5) Penyaluran emosi.
- 6) Melatih pemahaman identitas diri. (Kusumawati, 2010)

d. Manfaat Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Terapi aktivitas kelompok mempunyai

- 1) Manfaat : Umum
  - a) Meningkatkan kemampuan uji realitas (reality testing) melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain.
  - b) Melakukan sosialisasi
  - c) Membangkitkan motivasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif.

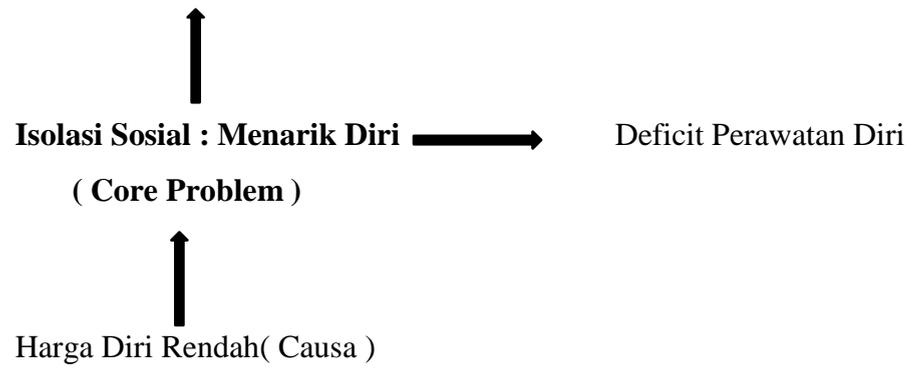
- 2) Khusus
    - a) Meningkatkan identitas diri.
    - b) Menyalurkan emosi secara konstruktif.
    - c) Meningkatkan ketrampilan hubungan interpersonal dan sosial.
  - 3) Rehabilitasi
    - a) Meningkatkan ketrampilan ekspresi diri.
    - b) Meningkatkan ketrampilan sosial.
    - c) Meningkatkan kemampuan empati.
    - d) Meningkatkan kemampuan pemecahan masalah. (Direja, 2011)
- e. Tahap Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Menggambarkan fase-fase dalam terapi aktivitas kelompok adalah sebagai berikut : Pre kelompok Dimulai dengan membuat tujuan, merencanakan siapa yang menjadi leader, anggota, tempat dan waktu kegiatan kelompok akan dilaksanakan serta membuat proposal lengkap dengan media yang akan digunakan.
- 1) Fase awal Pada fase ini terdapat 3 tahapan yang terjadi, yaitu :
    - a) Orientasi Anggota mulai mencoba mengembangkan system sosial masing- masing, leader mulai menunjukkan mengatasi masalah, anggota mulai menemukan siapa dirinya.

- b) Fase kerja Pada tahap ini kelompok sudah menjadi tim.
  - c) Fase terminasi
- f. Indikasi Terapi Aktivitas Kelompok Indikasi dan kontra Indikasi
- Terapi aktivitas kelompok yaitu :
- 1) Semua klien, terutama klien rehabilitasi perlu memperoleh terapi aktivitas kelompok kecuali mereka yang psikopat, sosiopat, selalu diam, autistic, delusi tak terkontrol, mudah bosan.
  - 2) Ada berbagai syarat bagi klien untuk bisa mengikuti TAK antara lain : sudah diobservasi dan didiagnosis yang jelas, sudah tidak terlalu gelisah, agresif dan inkoheren, dan waham tidak terlalu berat sehingga kooperatif dan tidak mengganggu proses TAK.
  - 3) Untuk pelaksanaan TAK di rumah sakit jiwa di upayakan pertimbangan tertentu seperti : tidak terlalu ketat dalam teknik terapi, diagnosis klien dapat bersifat heterogen, tingkat kemampuan berpikir dan pemahaman relative setara sebisa mungkin pengelompokan berdasarkan masalah yang sama.

## g. Pohon Masalah

Resiko gangguan persepsi

Sensori : Halusinasi( Effect )



## h. Diagnose Keperawatan

Diagnose keperawatan yang muncul dengan isolasi social :  
menarik diri Menurut (Sumarno, 2019) :

- 1) Isolasi Sosial : Menarik Diri
- 2) Harga Diri Rendah
- 3) Resiko Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi
- 4) Deficit Perawatan Diri

## BAB III

### ASUHAN KEPERAWATAN

#### GAMBARAN KASUS

##### A. Pengkajian

Ruangan Rawat : Cendrawasih

Tanggal Dirawat : 12 – 03 – 2018

##### I. Identitas Klien

Inisial : Tn.W

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Tanggal pengkajian : 11 Januari 2023 Umur: 36 Tahun

Informan : Pasien , Petugas PSBL

##### II. Alasan Masuk

Klien belum bisa berbicara kenapa alasan pasien bisa dibawa masuk ke panti karena keterbatasan komunikasi, klien masih sulit diajak komunikasi

##### III. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?

Ya

Tidak

2) Pengobatan sebelumnya

Berhasil

Kurang berhasil

Tidak berhasil

3)

Pelaku/usia

Korban/usia

Saksi/usia

Aniaya fisik

33

Aniaya seksual

Penolakan

Kekerasan kriminal

Jelaskan No. 1, 2, 3 :

Pasien belum bisa berbicara tentang masa lalunya yang mengakibatkan pasien diam.

4) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya  Tidak

Hubungan keluarga      Gejala      Riwayat  
pengobatan/perawatan

Pasien belum bisa menceritakan hubungan keluarga karena pasien tidak mau mengobrol dan klien pasif

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien tidak bisa menceritakan masa lalu karena keterbatasan komunikasi klien masih sulit diajak berkomunikasi.

IV. Fisik

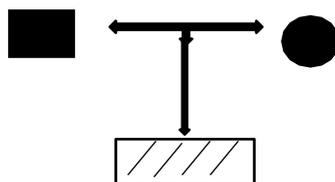
a. Tanda vital : TD : 120/80 N : 85 x/m S : 37°C P : 20 x/m

b. Ukur : TB : 147 BB : 40

c. Keluhan fisik :  Ya  Tidak

V. Psikososial

a) Geogram



Jelaskan : Dikeluarga Tn. W merupakan anak pertama, pasien belum menikah dan tidak bekerja.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

b) Konsep Diri

1) Gambaran diri:

Klien mengatakan tidak menyukai bagian tubuh manapun dan cara berpakaian pasien seperti biasanya, rambut klien tertata rapi, klien tampak lesu, klien mengatakan lebih suka menggunakan baju lengan pendek dan celana panjang.

2) Identitas diri :

Klien berjenis kelamin laki-laki , berusia 36 tahun, klien belum bekerja dan belum menikah

3) Peran diri :

Klien mengatakan belum menikah dan belum mempunyai anak.

4) Ideal diri :

Klien mengatakan tidak memiliki tujuan hidupnya

5) Harga diri :

Kontak mata klien kurang, sangat sulit berkomunikasi, saat di wawancara lebih banyak diam, pasien hanya menunduk

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

c) Hubungan Sosial

1) Orang yang berarti :

Pasien belum bisa memberikan gambaran tentang orang yang berarti

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Klien tidak aktif dalam kegiatan dimasyarakat karena malas berinteraksi.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Klien sulit bersosialisasi dengan orang lain.

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

d) Spiritual

1) Nilai dan keyakinan :

Klien beragama islam , tetapi tidak bisa sholat dan mengaji, klien juga jarang beribadah.

2) Kegiatan ibadah :

Klien jarang beribadah, tidak bisa sholat dan mengaji, saat diajak berdoa pasien hanya bisa menunduk

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

## VI. Status Mental

a. Penampilan

Tidak rapih

Penggunaan pakaian tidak sesuai

Cara berpakaian seperti biasanya

Jelaskan :

Klien sehari-hari tampak berpakaian kurang rapih, baju klien tampak kedodoran dan bolong-bolong. Klien tidak pernah menggunakan sandal, gigi klien tampak karang gigi. klien tampak kusam dan lesu

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

b. Pembicaraan

Cepat

Keras

Gagap

Inkoheren

Apatis

Lambat

Membisu

Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan :

Pada saat interaksi pasien hanya diam, pemalu, kepala menunduk.

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

c. Aktivitas motorik

Lesu

Tegang

Gelisah

Agitasi

Tik  Grimasen  Tremor  Kompulsif

Jelaskan :

Saat berkomunikasi banyak diam, lesu, sering menundukan kepala

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

d. Alam perasaan

Sedih  Ketakutan  Putus asa  Khawatir  Gembira berlebihan

Jelaskan :

Klien hanya bisa diam dan tidak kooperatif

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

e. Afek

Datar  Tumpul  Labil  Tidak sesuai

Jelaskan :

Afek Tumpul, tatapan mata kosong, bahasa tubuh yang sangat kurang. Ekspresi monoton, menjawab pertanyaan seperlunya saja

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

f. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan  Tidak kooperatif  Mudah tersinggung  
 Kontak mata (-)  Defensif  Curiga

Jelaskan :

Selama interaksi kontak mata (-), selalu menunduk, klien hanya diam, tidak fokus, klien menjawab pertanyaan seperlunya saja.

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

g. Persepsi

Pendengaran

Penglihatan

Perabaan

Pengecapan

Penghiduan

Jelaskan :

Klien saat ini sudah tidak ada halusinasi, namun saat awal masuk ke panti klien pernah mendengar bisikan suara pada saat malam hari dan saat melamun dan respon klien hanya diam, sejak saat itu sampai sekarang sudah tidak mendengar lagi, pasien sulit berkonsentrasi

**Masalah Keperawatan : Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.**

h. Proses pikir

Sirkumtansial

Tangensial Kehilangan

Asosiasi

Flight of idea

Blocking

Pengulangan  
pembicaraan

Jelaskan :

Klien berbicara tidak terlalu jelas, klien juga dapat merespon tetapi dengan konsentrasi rendah, saat pasien berusaha menjelaskan tetapi pembicaraannya tidak sesuai.

**Masalah Keperawatan : Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.**

## i. Isi pikir

Obsesi

Fobia

Hipokondria

Dipersonalisasi

Ide yang terkait

Pikiran magis

**Waham**

Agama

Somatik

Kebesaran

Curiga

Nihilistic

Sisip pikir

Siar pikir

Kontrol pikir

Jelaskan

: klien tidak menunjukkan adanya waham

**Masalah Keperawatan****: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

## j. Tingkat kesadaran

Bingung

Sedasi

Stupor

Disorientasi

Waktu

Tempat

Orang

Jelaskan

:

Klien memiliki kesadaran penuh, klien tidak bingung, sedasi dan stupor. Klien orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang.

**Masalah Keperawatan****: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

## k. Memori

Gangguan daya ingat  
jangka panjangGangguan daya ingat  
saat iniGangguan daya ingat  
jangka pendek

Konfabulasi

Jelaskan : saat berbincang-bincang, berhitung, mengenal angka dan abjad pasien sulit berkonsentrasi.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mudah beralih	Tidak mampu Konsentrasi	Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : klien tidak berkonsentrasi saat berhitung, mengenal abjad

**Masalah Keperawatan : Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.**

m. Kemampuan penilaian

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gangguan ringan	Gangguan bermakna

Jelaskan :

Klien tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

n. Daya tilik diri

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mengingkari penyakit yang diderita	Menyalahkan hal-hal di luar dirinya

Jelaskan : klien belum bisa berbicara tentang dirinya yang mengakibatkan pasien tidak mau berbicara

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

## VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

### a. Makan

Bantuan minimal

Bantuan total

### b. BAB/BAK

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan  :

klien saat makan minum dibantu oleh pekerja

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

### c. Mandi

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan :

klien mengatakan mandi dibantu oleh petugas, mandi 2 kali sehari tetapi jarang menyikat gigi , kuku panjang.

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

### d. Berpakaian / berhias

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan : pasien tidak pernah berhias

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

## e. Istirahat dan tidur

Tidur siang lama : 10.00 s/d 12.00

Tidur malam lama : 21.00 s/d 04.00

Kegiatan sebelum / sesudah tidur :

klien sebelum tidur hanya melamun dan duduk menyendiri

## f. Penggunaan obat

Bantuan minimal

Bantuan total

## g. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan  Ya  Tidak

Perawatan pendukung  Ya  Tidak

## h. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan  Ya  Tidak

Menjaga kerapian rumah  Ya  Tidak

Mencuci pakaian  Ya  Tidak

Pengaturan ruangan

Ya

Tidak

i. Kegiatan di luar rumah

Belanja

Ya

Tidak

Transportasi

Ya

Tidak

Lain-lain

Ya

Tidak

Jelaskan : klien tidak mencuci pakaian, mempersiapkan makanan

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

VIII. Mekanisme Koping

**Adaptif**

Bicara dengan orang lain

Mampu menyelesaikan masalah lambat/berlebih

Teknik relaksasi

Aktifitas konstruktif

Olah raga

**Maladaptif**

Minum alkohol

Reaksi

Bekerja berlebihan

Menghidar

Mencederai diri

Lainnya .....

Menghindar .....

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

## IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : klien kurang berbaur dengan temannya karena pemalu dan menarik diri, klien tidak memiliki keterampilan.

Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : klien terlihat tidak bergaul, pasif dan suka menyendiri

Masalah dengan pendidikan, spesifik : klien pernah bersekolah tetapi tidak tamat sd, karena tidak ada biaya.

Masalah dengan pekerjaan, spesifik : klien pasif tidak kooperatif serta tidak mau berbicara tentang pekerjaannya

Masalah dengan perumahan, spesifik : klien tidak bisamenceritakan masalah dengan perumahannya karena pasien masih sulit berbicara.

Masalah ekonomi, spesifik . : klien tidak bisa menceritakan masalah ekonomi karena keterbatasan komunikasi.

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : klien inkoheren, pasif, konstreasi rendah, klien menggunakan bpjs

Masalah lainnya, spesifik : klien mengatakan banyak luka didaerah tubuh terutama kaki, klien menggunakan bpjs dari panti untuk jaminan kesehatan.

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

X. Pengetahuan Kurang Tentang

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input type="checkbox"/> Sistem pendukung          |
| <input type="checkbox"/> Faktor predisposisi      | <input checked="" type="checkbox"/> Penyakit fisik |
| <input type="checkbox"/> Koping                   | <input type="checkbox"/> Obat-obatan               |

**Masalah Keperawatan : Kurangnya Pengetahuan**

XI. Aspek Medik

Diagnosa medik : Skizofrenia

Terapi medik :

- Trihexyphenidil (THP) 2 mg 1x1
- Clozapine 2 mg 1 x 1
- Resperidon 2 mg 1 x 1

XII. Pohon Masalah



### XIII. Daftar Masalah Keperawatan

- a. Isolasi Sosial
- b. Harga Diri Rendah
- c. Resiko Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.
- d. Defisit Perawatan Diri
- e. Defisit Pengetahuan

## B. Data Fokus

Tabel data fokus

Data Subjektif	Data Objektif
<p>a. Klien mengatakan malu saat berbicara dengan orang lain</p> <p>b. Klien mengatakan mandi 2 kali sehari tetapi jarang menyikat gigi.</p> <p>c. Pasien mengatakan saat ini sudah tidak ada halusinasi, namun saat awal masuk ke panti klien pernah mendengar setiap malam saat klien melamun dan respon klien hanya diam saja.</p>	<p>a. Pasien tampak menarik diri</p> <p>b. Pasien tampak lesu</p> <p>c. Pasien tampak tidak berminat dengan orang lain atau lingkungan</p> <p>d. Klien kurang kooperatif saat di wawancarai</p> <p>e. Klien tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu pada lawan bicara</p> <p>f. Klien selama berinteraksi banyak diam</p> <p>g. Klien tidak mengikuti kegiatan kelompok apapun</p> <p>h. Pasien tampak menunduk saat berinteraksi, kontak mata (-)</p> <p>i. Pasien tampak sulit berkonsentrasi saat berhitung, mengenal angka, dan mengenal abjad</p> <p>j. Pasien tampak inkoheren</p> <p>k. Pasien tampak melamun</p> <p>l. Klien tampak kusam</p> <p>m. Terdapat karies gigi</p> <p>n. Kaki pasien tampak banyak luka</p> <p>o. Pasien tampak gatal-gatal di bagian kaki dan tangan</p>

### C. Analisis Data

Tabel 3.2 Analisa Data

Data	Diagnosa keperawatan
<p>Data subjektif :</p> <p>Klien mengatakan malu saat bicara dengan orang lain</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak menarik diri</li> <li>2. Pasien tampak lesu</li> <li>3. Pasien tampak tidak berminat dengan orang lain atau lingkungan</li> <li>4. Saat berinteraksi klien selalu menunduk</li> <li>5. Klien kurang kooperatif saat di wawancara</li> <li>6. Klien tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu pada lawanbicara</li> <li>7. Klien selama berinteraksi banyak diam</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Isolasi social (SDKID.0121)</p>
<p>Data subjektif</p> <p>Klien mengatakan malu saat berinteraksi dengan orang lain</p> <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tidak mengikuti kegiatan kelompok apapun</li> <li>2. Klien tampak lesu</li> <li>3. Pasien tampak menunduk saat berinteraksi, kontak mata (-)</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Harga diri rendah (SDKI D.0086)</p>

<p>Data subjektif Klien mengatakan mandi 2 kali sehari tetapi jarang menyikat gigi.</p> <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien tampak kusam dan lesu</li><li>2. Terdapat karies gigi</li><li>3. Kaki pasien tampak banyak luka</li><li>4. Pasien tampak gatal-gatal di bagian kakidan tangan</li></ol>	<p>Deficit perawatam diri (SDKI D.0109)</p>
---	---

#### D. Nursing Care Planning (NCP)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi	Rasional
Isolasi sosial ( SDKI.D.0121)	TUM : Klien dapat meningkatkan hubungan sosial  TUK :1 Klien dapat membina hubungan saling percaya.	Setelah 3 kali interaksi klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspresi wajah bersahabat.</li> <li>• Menunjukkan rasa senang.</li> <li>• Ada kontak mata.</li> <li>• Mau berjabat tangan.</li> <li>• Mau menyebutkan nama.</li> <li>• Mau menjawab salam.</li> <li>• Mau duduk berdampingan dengan perawat.</li> <li>• Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi.</li> </ul>	1.1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal dan nonverbal.</li> <li>▪ Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan.</li> <li>▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien.</li> <li>▪ Buat kontrak yang jelas.</li> <li>▪ Tunjukkan sikap jujur. dan menepati janji setiap kali interaksi.</li> <li>▪ Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya.</li> <li>▪ Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.</li> <li>▪ Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien.</li> <li>▪ Dengarkan dengan penuh perhatian</li> </ul>	Hubungan saling percaya merupakan dasar dari terjadinya komunikasi terapeutik sehingga akan memfasilitasi dalam pengungkapan perasaan, emosi, dan harapan klien

			ekspresiperasaan klien.	
	TUK 2  Klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri	Setelah 3 kali interaksi klien dapat menyebutkan minimal satu satu penyebab menarik diri dari: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diri sendiri</li> <li>▪ Orang lain</li> <li>▪ lingkungan</li> </ul>	2.1. Tanyakan pada klien tentang: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang yang tinggal serumah/sekamardengan klien</li> <li>▪ Orang yang paling dekat dengan klien di rumah/ di ruang perawatan</li> <li>▪ Apa yang membuat klien dekat denganorang tersebut</li> </ul>	Bila klien sudah mau mengungkapkansemua perasaannya akan mempermudah perawat melaksanakan asuhan keperawatannya.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang yang tidak dengan klien dirumah/diruang perawatan</li> <li>▪ Apa yang membuat klien tidak dekatdengan orang tersebut</li> <li>▪ Upaya yang sudah dilakukan agar dekatdngan orang lain</li> </ul> <p>2.2. Diskusikan dengan klien penyebab dan akibat menarik diri</p> <p>2.3. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya</p>	<p>Untuk mengidentifikasi apa yang menyebabkan klien menarik diri dan untuk menilai perasaan klien bila tidak berinteraksi</p> <p>Untuk meningkatkan harga diri dan percaya diri klien</p>
	<p>TUK 3</p> <p>Klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan sosial dan kerugian menarik diri</p>	<p>Setelah 3 x interaksi klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial, misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banyak teman</li> <li>▪ Tidak kesepian</li> <li>▪ Bisa diskusi</li> <li>▪ Saling menolong</li> </ul> <p>Dan kerugian menarik diri, misalnya: Sendiri, kesepian, tidak bisa diskusi</p>	<p>3.1. Tanyakan pada klien tentang manfaat hubungan sosial dan kerugian menarik diri</p> <p>3.2. Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan sosial dan kerugian menarik diri</p> <p>3.3. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya</p>	<p>Tingkat pengetahuan membantu perawat mengarahkan klien untuk berhubungan dengan orang lain. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki klien dan untuk meningkatkan harga diri dan percayadiri klien</p> <p>Reinforcement positif akan menambah rasa percaya diri klien.</p>

	<p>TUK 4</p> <p>Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap</p>	<p>Setelah 3 x interaksi klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan : perawat, perawat lain, klien lain, dan kelompok</p>	<p>4.1. Beri motivasi dan Bantu klien untuk berkenalan dengan : perawat lain, klien lain, dan kelompok.</p> <p>4.2. Tingkatkan interaksi klien secara bertahap dengan perawat lain, klien lain, dan kelompok</p> <p>4.3. Libatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi</p>	<p>Dengan berhubungan secara bertahap, diharapkan klien mampu mengadopsi perilaku tersebut dan memudahkan klien mengingat hubungan yang telah dilakukan.</p> <p>Melakukan hubungan secara bertahap mengurangi kecemasan klien dalam berhubungan dengan orang lain dan meminimalkan kekecewaan dan meningkatkan percaya diri dalam berhubungan dengan orang lain</p> <p>Melibatkan klien dalam aktivitas kelompok akan membuat klien</p>
--	--	--	---	---

			<p>4.4. Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi</p> <p>4.5. Beri motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat</p> <p>4.6. Beri pujian terhadap kemampuan klien memperluas pergaulannya melalui aktivitas yang telah dilaksanaka</p>	<p>merasa diperlukan dan merasa hargadirinya bertambah</p> <p>Meningkatkan rasa percaya diri klien, sehingga klien akanmengulangi perbuatan yang serupa</p>
	<p>TUK 5</p> <p>Klien mampu menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial</p>	<p>Setelah 3 x interaksi klien dapat menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan : orang lain,dan kelompok.</p>	<p>5.1. Diskusikan dengan klien tentang perasaannya setelah berhubungan sosial dengan orang lain dan kelompok</p> <p>5.2. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasannya</p>	<p>Dengan mengetahui perasaan klien akan mempermudah perawat untuk melakukan intervensi selanjutnya dan untuk menilai kepuasan klien dan hambatan dalam berhubungan denganorang lain.</p> <p>Meningkatkan harga diri klien dan memotovasi klien untuk berhubungandengan orang lain</p>

	<p>TUK 6</p> <p>Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam memperluas hubungan sosial</p>	<p>1. Setelah 3 x pertemuan keluarga dapat menjelaskan tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengertian menarik diri</li> <li>▪ Tanda dan gejala menarik diri</li> <li>▪ Penyebab dan akibat menarik diri</li> <li>▪ Cara merawat klien menarik diri</li> </ul> <p>2. Setelah 3 x pertemuan keluarga dapat mempraktekkan cara merawat klien menarik diri</p>	<p>6.1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku menarik diri</p> <p>6.2. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku menarik diri</p> <p>6.3. Jelaskan pada keluarga tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengertian menarik diri</li> <li>▪ Tanda dan gejala menarik diri</li> <li>▪ Penyebab dan akibat menarik diri</li> </ul> <p>6.4. Latih keluarga cara merawat klien menarik diri</p> <p>6.5. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang telah dilatih</p> <p>6.6. Beri motivasi keluarga agar membantu klien untuk bersosialisasi</p> <p>6.7. Beri pujian terhadap keluarga atas keterlibatannya merawat klien di rumah sakit</p>	<p>Dukungan keluarga, mendukung proses perubahan perilaku menarik diri yang dialami klien.</p> <p>Untuk meningkatkan motivasi klien dalam berhubungan dengan orang lain</p> <p>Untuk memberikan pengetahuan kepada keluarga sehingga keluarga dapat memahami cara yang tepat dalam menangani klien dan pentingnya perhatian keluarga.</p> <p>Agar keluarga dapat merawat klien di rumah secara mandiri.</p>
--	--	---	---	---

				<p>Untuk meningkatkan motivasi klien dalam berhubungan dengan orang lain</p> <p>Untuk memotivasi keluarga agar terus membantu klien</p>
--	--	--	--	---

<p>Harga Diri Rendah (SDKI D.0086)</p>	<p>TUM : Klien dapat meningkatkan harga dirinya.</p> <p>TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p>	<p>Setelah 3 kali interaksi, klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi</p>	<p>1.1 Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal</li> <li>▪ Perkenalkan diri dengan sopan</li> <li>▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien</li> <li>▪ Jelaskan tujuan pertemuan</li> <li>▪ Jujur dan menepati janji</li> <li>▪ Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</li> </ul> <p>1.2. Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien</p>	<p>Perasaan aman dan percaya dapat membantu klien mengungkapkan perasaan, pemikiran dan permasalahannya</p>
--	---	--	---	---

	<p>TUK 2</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki</p>	<p>Setelah 3 kali interaksi klien menyebutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien</li> <li>▪ Aspek positif keluarga</li> <li>▪ Aspek positif lingkungan</li> </ul>	<p>2.1. Diskusikan dengan klien tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aspek positif yang dimiliki klien, keluarga, lingkungan</li> <li>▪ Kemampuan yang dimiliki klien</li> </ul> <p>2.2. Bersama klien buat daftar tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspek positif klien, keluarga, lingkungan</li> <li>• Kemampuan yang dimiliki klien</li> </ul> <p>2.3. Beri pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negatif.</p>	<p>Pengungkapan tentang kemampuan diri diperlukan untuk merubah diri klien dan tindakan selanjutnya.</p> <p>Untuk meningkatkan harga diri klien</p>
	<p>TUK 3</p> <p>Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</p>	<p>Setelah 3 kali interaksi klien menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan</p>	<p>3.1. Diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan</p> <p>3.2. Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya</p>	<p>Penilaian klien terhadap positif dirinya bisa membantu aktualisasi diri</p>

	<p>TUK 4</p> <p>Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki</p>	<p>Setelah 3 kali interaksi klien membuat rencana kegiatan harian</p>	<p>4.1. Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kegiatan mandiri</li> <li>• Kegiatan dengan bantuan</li> </ul> <p>4.2. Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien</p> <p>4.3. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan.</p>	<p>Perencanaan yang baik membantu klien memilih potensi mana yang ingin dia kembangkan</p> <p>Melatih klien untuk melaksanakan kegiatan yang dapat klien lakukan</p>
	<p>TUK 5</p> <p>Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat</p>	<p>Setelah 3x interaksi klien melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat</p>	<p>5.1 Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan</p> <p>5.2 Pantau kegiatan yang dilaksanakan klien</p> <p>5.3 Beri pujian atas usaha yang dilakukan klien.</p> <p>5.4 Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang</p>	<p>Implementasi dapat membuat klien semakin yakin dengan positif dirinya.</p> <p>Meningkatkan harga diri klien</p>

	TUK 6 Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada	Setelah 3x interaksi klien memanaatkansistem pendukung keluarga yang ada dikeluarga	6.1 Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah  6.2 Bantu keluarga memberikan dukungan selamaklien dirawat.  6.3 Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.	Dukungan yang terbaik bagi klienadalah orang sekitarnya terutama keluarganya.  Dukungan keluarga dapat membantumeningkatkan harga diri klien
Defisit Perawatan Diri(SDKI, D. 0109)	TUM: Klien dapat melakukan perawatan diri secara mandiri			

	<p>TUK :</p> <p>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p>	<p>Dalam 3 x interaksi klien menunjukkan tanda-tanda percaya terhadap perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wajah cerah, tersenyum</li> <li>• Mau berkenalan</li> <li>• Ada kontak mata</li> </ul> <p>Bersedia menceritakan perasaannya</p>	<p>1.1. Bina hubungan saling percaya :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beri salam setiap interaksi</li> <li>• Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan</li> <li>• Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien</li> <li>• Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi dengan klien</li> <li>• Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien</li> <li>• Buat kontrak interaksi yang jelas</li> <li>• Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien</li> <li>• Penuhi kebutuhan dasar klien</li> </ul>	<p>Kepercayaan dari klien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap klien</p>
	<p>TUK 2</p> <p>Klien mengetahui pentingnya perawatan diri</p>	<p>Dalam 3 x interaksi klien menyebutkan ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Penyebab tidak merawat diri</li> <li>▪ Manfaat merawat diri</li> <li>▪ Tanda-tanda bersih dan rapi</li> <li>▪ Akibat dari tidak merawat diri</li> </ul>	<p>2.1. Diskusikan dengan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Penyebab klien tidak merawat diri</li> <li>▪ Manfaat perawatan diri untuk keadaan fisik, mental, dan sosial</li> <li>▪ Tanda-tanda perawatan diri yang baik</li> <li>▪ Penyakit atau gangguan kesehatan yang bisa dialami oleh klien bila perawatan diri tidak adekuat</li> </ul>	<p>Pengetahuan tentang pentingnya perawatan diri dapat meningkatkan motivasi pasien. Menyiapkan untuk meningkatkan kemandirian. Bimbingan perawat akan mempermudah pasien melakukan perawatan diri secara mandiri.</p>

	<p>TUK 3</p> <p>Klien mengetahui cara-caramelakukan perawatan diri</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dalam 3 x interaksi klien menyebutkan frekuensi menjaga perawatan diri: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frekuensi mandi</li> <li>▪ Frekuensi gosok gigi</li> <li>▪ Frekuensi keramas</li> <li>▪ Frekuensi ganti pakaian</li> <li>▪ Frekuensi berhias</li> <li>▪ Frekuensi gunting kuku</li> </ul> </li> <li>2. Dalam 3 x interaksi klien menjelaskan cara perawatan diri: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cara mandi</li> <li>▪ Cara gosok gigi</li> <li>▪ Cara keramas</li> <li>▪ Cara berpakaian</li> <li>▪ Cara berhias</li> <li>▪ Cara gunting kuku</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Diskusikan frekuensi menjaga perawatan diriselama ini : mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, gunting kuku</li> <li>3.2. Diskusikan cara praktek perawatan diri yangbaik dan benar : mandi, gosok gigi, keramas,berpakaian, berhias, dan gunting kuku</li> <li>3.3. Berikan pujian untuk setiap respon klien yangpositif</li> </ol>	<p>Membiasakan diri untuk melakukan perawatan diri sendiri. Bimbingan perawat akan mempermudah pasien melakukan perawatan diri secura mandiri Penguatan (reinforcement) dapat meningkatkan motivasi pasien</p>
--	--	--	--	--

	<p>TUK 4</p> <p>Klien dapat melaksanakan perawatan diri dengan bantuan perawat</p>	<p>Dalam 3 x interaksi klien mempraktekkan perawatan diri dengan dibantu oleh perawat :Mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian, berhias, dan gunting kuku</p>	<p>4.1. Bantu klien saat perawatan diri : mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, dan guntingkuku</p> <p>4.2. Beri pujian setelah klien selesai melaksanakanperawatan diri</p>	<p>Identifikasi mengenai penyebab pasien tidak mau makan menentukan intervensi perawat selanjutnya. Pengetahuan tentang pentingnya perawatan diri meningkatkan motivasi. Pasien mungkin kesulitan dalam mempersiapkan, mengambil makanan sendiri,dan merapikan peralatan. Menambah wawasan pasien tentang personal hygiene: makan Penguatan (reinforcement) dapat meningkatkan motivasi pasien.</p>
--	--	---	---	---

	<p>TUK 5</p> <p>Klien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri</p>	<p>Dalam 3 x interaksi klien melaksanakan praktek perawatan diri secara mandiri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mandi 2x sehari</li> <li>▪ Gosok gigi sehabis makan</li> <li>▪ Keramas 2x seminggu</li> <li>▪ Ganti pakaian 1x sehari</li> <li>▪ Berhias sehabis mandi</li> <li>▪ Gunting kuku setelah mulai panjang</li> </ul>	<p>5.1. Pantau klien dalam melaksanakan perawatan diri : mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian, berhias, dan gunting kuku</p> <p>5.2. Beri pujian saat klien melaksanakan perawatan diri secara mandiri</p>	<p>Mengetahui kebiasaan pasien dalam toileting dapat membantu perawat melakukan intervensi selanjutnya. Hambatan mobilitas menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Mengetahui pentingnya personal hygiene bagi pasien. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk membantu pasien</p>
--	--	---	---	--

	<p>TUK 6</p> <p>Klien dapat dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatandiri</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dalam 3 kali interaksi keluargamenjelaskan cara-cara membantu klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya</li> <li>2. Dalam 3x interaksi keluarga menyiapkan sarana perawatan diri klien: sabun mandi, pasta gigi, sikat gigi, shampo, handuk, pakaian bersih, sandal, dan alat berhias</li> <li>3. Keluarga mempraktekkan perawatan diri klien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6.1. Diskusikan dengan keluarga: Penyebab klien tidak melaksanakan perawatandiri</li> <li>6.2. Tindakan yang telah dilakukan klien selama di rumah sakit dalam menjaga perawatan diri dan kemajuan yang telah dialami klien</li> <li>6.3. Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam perawatan diri</li> <li>6.4. Diskusikan dengan keluarga tentang : Sarana yang diperlukan untuk menjaga perawatan diri klien</li> <li>6.5. Anjurkan kepada keluarga untuk menyiapkan sarana tersebut</li> <li>6.6. Diskusikan dengan keluarga hal-hakl yang perlu dilakukan keluraga dalam perawatan diri klien :</li> <li>6.7. Anjurkan keluarga untuk mempraktekkan perawatan diri (mandi, gosok gigi, keramas,</li> </ol>	<p>Memberikan kesempatan pada keluarga untuk membantu pasien dan memberikan motivasi Keluarga sebagai sistem pendukung berperan penting dalam membantu pasien</p>
--	--	---	---	---

			<p>berpakaian, berhias, dan gunting kuku)</p> <p>6.8. Ingatkan klien waktu mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, dan gunting kuku</p> <p>6.9. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam perawatan diri</p> <p>6.10. Berikan pujian atas keberhasilan klien</p>	
--	--	--	---	--



	<p>Evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian pasien lanjutkan intervensi dengan isolasi social dengan mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap : berkenalan dengan orang pertama</p>	<p><b>Planning</b></p> <p>K : anjurkan klien untuk bisa berkenalan secara bertahap dengan orang lain dan masukan ke dalam jadwal kegiatan harian P : lanjutkan SP 1</p>
<p>Harga diri rendah (SDKI D.0086)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</li> <li>2. Mendiskusikan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki</li> <li>3. Memberikan pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negative</li> <li>4. Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</li> <li>5. Merencanakan aktivitas bersama klien yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan meningkatkan kegiatan sesuai kondisi klien</li> <li>6. Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien</li> <li>7. Menganjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah di rencanakan. Dan memantau kegiatan yang dilaksanakan klien</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Latih pasien dengan kegiatan yang positif</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan malu saat berinteraksi dengan orang lain</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien belum bisa melakukan kegiatan yang sudah dipilih</li> <li>• Klien belum bisa terbuka kepada perawat</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Harga diri Rendah belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p><b>K :</b> anjurkan klien untuk bisa melakukan kegiatan positif <b>P :</b> lanjutkan SP 1</p>

	yang dimiliki pasien	
Deficit perawatan diri (SDKI D.0109)	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Mendiskusikan dengan klien mengetahui pentingnya perawatan diri</li> <li>3. Mendiskusikan frekuensi menjaga perawatan diri selama ini : mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias</li> <li>4. Mendiskusikan cara praktek perawatan diri yang baik dan benar mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias</li> <li>5. Membantu klien saat perawatan diri : mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, dan gunting kuku</li> <li>6. Memantau klien dalam melaksanakan perawatan : mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, dan gunting kuku.</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Latihan cara perawatan diri : menjaga kebersihan diri : mandi, gosok gigi</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <p>Klien mengatakan mandi 2 kali sehari tetapi jarang menyikat gigi.</p> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak kusam dan lesu</li> <li>• Terdapat karies gigi</li> <li>• Kaki pasien tampak banyak luka</li> <li>• Pasien tampak gatal-gatal di bagian kaki dan tangan</li> </ul> <p><b>Assessment</b></p> <p>deficit perawatan diri belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p><b>P :</b> lanjutkan SP 1</p> <p><b>K :</b> Latihan cara perawatan diri mandi 2 x sehari , gosok gigi 2 x sehari <b>dan</b> masukan ke dalam jadwal kegiatan harian.</p>



	<p><b>RTL :</b></p> <p>Evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian pasien lanjutkan intervensi dengan isolasi social dengan mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap : berkenalan dengan orang pertama ( seorang perawat)</p>	
<p>Harga diri rendah (SDKI D.0086)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik</li> <li>2. Mendiskusikan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki</li> <li>3. Memberikan pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negative</li> <li>4. Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</li> <li>5. Merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan meningkatkan kegiatan sesuai kondisi klien</li> <li>6. Menganjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah di rencanakan. Dan memantau kegiatan yang dilaksanakan klien</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Latih pasien dengan kegiatan yang positif yang dimiliki pasien : menyapu ( alat dan cara )</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan malu saat berinteraksi dengan orang lain</li> <li>• Klien mengatakan tidak bisa melakukan apa-apa</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien belum bisa melakukan kegiatan yang sudah dipilih</li> <li>• Klien belum bisa terbuka kepada perawat</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Harga diri Rendah belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p><b>K</b> : Anjurkan klien untuk bisa melakukan kegiatan positif</p> <p><b>P</b> : lanjutkan SP 1</p>

<p>Deficit perawatan diri (SDKI D.0109)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Mendiskusikan dengan klien mengetahui pentingnya perawatan diri</li> <li>3. Mendiskusikan frekuensi menjaga perawatan diri selama ini : mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias</li> <li>4. Mendiskusikan cara praktek perawatan diri yang baik dan benar mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias</li> <li>5. Membantu klien saat perawatan diri : mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, dan gunting kuku</li> <li>6. Memantau klien dalam melaksanakan perawatan : mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, dan gunting kuku.</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Latihan cara perawatan diri : cara makan yang baik dan cara BAB/BAK yang benar</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan mandi 2 kali sehari</li> <li>• Klien mengatakan sudah menyikat gigi setelah mandi 1 kali sehari</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak kusam dan lesu</li> <li>• Terdapat karies gigi</li> <li>• Kaki pasien tampak banyak luka</li> <li>• Pasien tampak gatal-gatal di bagian kaki dan tangan</li> </ul> <p><b>Assessment</b></p> <p>deficit perawatan diri teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p><b>P</b> : lanjutkan SP 2 dan 3 dan evaluasi SP 1  <b>K</b> : menganjurkan klien untuk bisa melakukan makan, BAB/BAK yang baik dan masukan ke dalam jadwal kegiatan harian.</p>
---	---	--

Nama Klien : Tn.W Pertemuan : 3 (13 Januari 2023)

Usia : 36 Tahun Ruangan : Cendrawasih

<b>Diagnose Keperawatan</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
<p>Isolasi social  (SDKI D.0121)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik</li> <li>2. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain</li> <li>3. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain</li> <li>4. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi</li> <li>5. Memberikan motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat</li> <li>6. Mendiskusikan dengan klien tentang perasanya setelah berhubungan social dengan orang lai dan kelompok</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian pasien lanjutkan intervensi dengan isolasi social dengan mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap : berkenalan dengan 2 orang</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih malu saat berinteraksi dengan orang lain</li> <li>• Klien mengatakan sudah melakukan cara berkenalan dengan perawat</li> <li>• Klien mengatakan senang bisa berkenalan dengan perawat</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien menjawab salam</li> <li>• Klien mau berjabat tangan</li> <li>• Klien sudah mau menjawab beberapa pertanyaan walaupun kadang diam saja ketika ditanya</li> <li>• Saat berlatih berkenalan klien hanya menjawab nama</li> <li>• Klien dapat mengikuti kegiatan cara berkenalan dengan pasien.</li> <li>• Saat interaksi klien selalu menundukan kepala</li> <li>• Klien tidak pernah</li> </ul>

		<p>memulai pembicaraan terlebih dahulu pada lawan bicara</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mau duduk berhadapan dengan perawat dan Kontak mata klien kurang</li> </ul> <p><b>Assessment</b></p> <p>Isolasi social teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p>K : anjurkan klien untuk bisa berkenalan secara bertahap dengan orang lain dan masukan ke dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>P : lanjutkan SP 2</p>
<p>Harga diri rendah (SDKI D.0086)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik</li> <li>2. Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</li> <li>3. Memberikan pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negative</li> <li>4. Merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan meningkatkan kegiatan sesuai kondisi klien</li> <li>5. Menganjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah di rencanakan. Dan memantau kegiatan yang dilaksanakan klien</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan malu saat berinteraksi dengan orang lain</li> <li>• Klien mengatakan sudah melakukan menyapu di halaman belakang</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien bisa melakukan kegiatan yang sudah dipilih : menyapu</li> <li>• Klien dapat menyebutkan alat dan cara untuk menyapu</li> <li>• Klien belum bisa terbuka kepada perawat</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Harga diri Rendah teratasi</p>

	<p><b>RTL :</b></p> <p>Latih pasien dengan kegiatan yang positif yang dimiliki pasien</p>	<p><b>Planning</b></p> <p><b>K :</b> Anjurkan klien untuk bisa melakukan kegiatan positif masukan ke dalam jadwal kegiatan harian.</p> <p><b>P :</b> lanjutkan SP 2 dan evaluasi SP 1</p>
<p>Deficit perawatan diri (SDKI D.0109)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Mendiskusikan frekuensi menjaga perawatan diri selama ini : mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias</li> <li>3. Memantau klien dalam melaksanakan perawatan : mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, dan gunting kuku, BAB/BAK</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Latihan cara perawatan diri : berhias/berdandan</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <p>Klien mengatakan mandi 2 kali sehari tetapi jarang menyikat gigi.</p> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak kusam dan lesu</li> <li>• Terdapat karies gigi</li> <li>• Kaki pasien tampak banyak luka</li> <li>• Pasien tampak gatal-gatal di bagian kaki dan tangan</li> </ul> <p><b>Assessment</b></p> <p>deficit perawatan diri belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p><b>P :</b> lanjutkan SP 4 dan evaluasi SP 1, SP 2, SP 3 dan masukan ke dalam jadwal kegiatan harian.</p> <p><b>K :</b> menganjurkan klien untuk bisa berhias</p>

## A. Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa

Ruangan Rawat : Cendrawasih

Tanggal Dirawat : 29-11-2019

### I. Identitas Klien

Inisial : Tn. D

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Tanggal Pengkajian : 11 Januari 2023

Umur : 19 tahun

Informan : Pasien

### II. Alasan Masuk

Pasien mengatakan dirawat di Panti Sosial Bina Laras 1 karena ditangkap satpol pp disaat pasien sedang tidur dan tidak menunjukkan kartu identitas sehingga pasien dibawa ke psbl 2 cipayung.klien mengatakan tidak memiliki teman. Klien tidak mau bersosialisas.

### III. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?

Ya

Tidak

2) Pengobatan sebelumnya

Berhasil  
berhasil

Kurang berhasil

Tidak

3) Pelaku/usia

Korban/usia

Saksi/usia

Aniaya fisik

Aniaya seksual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penolakan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kekerasan kriminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan No. 1, 2, 3 :

Pasien belum bisa berbicara tentang masa lalunya yang mengakibatkan pasien menarik diri tetapi pasien selalu bilang jika pasien salah dan sudah mengikhlaskan keberadaannya tidak diterima keluarga.

4) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya

Tidak

Hubungan keluarga      Gejala      Riwayat  
pengobatan/perawatan

Pasien mengatakan tidak ada yang mengalami gangguan kejiwaan

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien tidak bisa menceritakan masa lalu karena keterbatasan komunikasi

#### IV. Fisik

a. Tanda vital : TD : 115/85 N : 60 x/m S : 36,2°C P : 22 x/m

b. Ukur : TB : 150 Cm BB : 50Kg

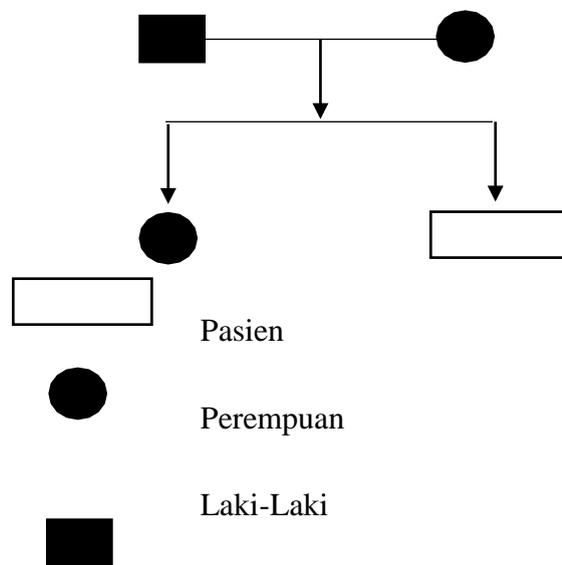
c. Keluhan fisik :

Ya

Tidak

## V. Psikososial

### a. Genogram



Jelaskan :

Dikeluarga Tn. D merupakan anak ke dua dari dua bersaudara, pasien mengatakan belum menikah dan belum mempunyai anak.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Pada Genogram.**

### b. Konsep diri

#### a) Gambaran diri:

klien mengatakan tidak menyukai bagian tubuh manapun karena dia merasa dirinya tidak berguna, pasien juga merasa putus asa, dan cara berpakaian pasien seperti biasanya, rambut klien tertata rapi, klien mengatakan lebih suka menggunakan baju lengan pendek dan celana panjang.

#### b) Identitas diri:

klien berjenis kelamin laki-laki , berusia 19 tahun, klien belum bekerja, belum menikah dan belum mempunyai anak.

c) Peran diri :

klien mengatakan belum menikah dan belum mempunyai anak.

d) Ideal diri :

klien mengatakan tidak memiliki tujuan hidupnya

e) Harga diri :

kontak mata klien kurang, saat di wawancara lebih banyak diam, pasien hanya menunduk

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

c. Hubungan sosial

a) Orang yang berarti :

pasien mengatakan orang yang berarti itu adalah orang tuanya, karena orang tuanya baik

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

klien tidak aktif dalam kegiatan kelompok karena klien lebih nyaman sendiri.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

klien sulit bersosialisasi dengan orang lain, klien merasa tidak nyaman berada di luar wisma, klien lebih senang tinggal sendiri.

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

d. Spiritual

a) Nilai dan keyakinan:

klien beragama islam , tetapi tidak bisa sholat dan mengaji, klien juga jarang beribadah.

b) Kegiatan ibadah :

klien jarang beribadah, tidak bisa sholat dan mengaji, saat diajak berdoa pasien hanya bisa menunduk

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah**

VI. Status Mental

a. Penampilan

Tidak rapih berpakaian       Penggunaan pakaian tidak sesuai       Cara seperti biasanya

biasanya

Jelaskan :

Klien sehari-hari tampak berpakaian kurang rapih, baju klien tampak kedodoran dan bolong-bolong. Klien tidak pernah menggunakan sandal, gigi klien tampak karang gigi. klien tampak kusam dan lesu

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

b. Pembicaraan

Cepat       Keras       Gagap       Inkoheren  
 Apatis       Lambat       Membisu       Tidak mampu memulai pembicaraan

pembicaraan

Jelaskan :

Pada saat interaksi pasien hanya diam, pemalu, kepala menunduk.

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

c. Aktivitas motorik

Lesu     Tegang     Gelisah     Agitasi  
 Tik     Grimasen     Tremor      
 Kompulsif

Jelaskan :

Saat berkomunikasi banyak diam, lesu, sering menundukan kepala

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

d. Alam perasaan

Sedih     Ketakutan     Putus asa     Khawatir   

Gembira

berlebihan

Jelaskan :

Klien hanya bisa diam dan tidak kooperatif

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

e. Afek

Datar     Tumpul     Labil     Tidak

sesuai

Jelaskan :

Afek Tumpul, tatapan mata kosong, bahasa tubuh yang sangat kurang. Ekspresi monoton, menjawab pertanyaan seperlunya saja

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

f. Interaksi selama wawancara



pembicaraan

Jelaskan :

Klien berbicara tidak terlalu jelas, klien juga dapat merespon tetapi dengan konsentrasi rendah, saat pasien berusaha menjelaskan tetapi pembicaraannya tidak sesuai.

**Masalah Keperawatan : Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.**

i. Isi pikir

Obsesi

Fobia

Hipokondria

Dipersonalisasi

Ide yang terkait

Pikiran

magis

**Waham**

Agama

Somatik

Kebesaran

Curiga

Nihilistic

Sisip pikir

Siar pikir

Kontrol

pikir

Jelaskan : klien tidak menunjukkan adanya waham

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

## j. Tingkat kesadaran

 Bingung Sedasi Stupor

## Disorientasi

 Waktu Tempat Orang

Jelaskan :

Klien memiliki kesadaran penuh, klien tidak bingung, sedasi dan stupor.  
Klien orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

## k. Memori

 Gangguan daya ingat  
jangka panjang Gangguan daya ingat  
jangka pendek Gangguan daya ingat  
saat ini Konfabulasi

Jelaskan : saat berbincang-bincang, berhitung, mengenal  
angka dan abjad pasien sulit berkonsentrasi.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

## l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

 Mudah beralih  
Konsentrasi Tidak mampu  
berhitung sederhana Tidak mampu

Jelaskan : klien tidak berkonsentrasi saat berhitung, mengenal abjad

**Masalah Keperawatan : Resiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.**

m. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan

Gangguan bermakna

Jelaskan :

Klien tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

n. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : klien belum bisa berbicara tentang dirinya yang mengakibatkan pasien tidak mau berbicara

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

o. Makan

Bantuan minimal

Bantuan total

p. BAB/BAK

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan :

klien saat makan minum dibantu oleh pekerja

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

q. Mandi

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan :

klien mengatakan mandi dibantu oleh petugas, mandi 2 kali sehari tetapi jarang menyikat gigi, kuku panjang.

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

r. Berpakaian / berhias

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan : pasien tidak pernah berhias

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

s. Istirahat dan tidur

Tidur siang lama : 10.00 s/d 12.00

Tidur malam lama : 21.00 s/d 04.00

Kegiatan sebelum / sesudah tidur :

klien sebelum tidur hanya melamun dan duduk menyendiri

t. Penggunaan obat

Bantuan minimal

Bantuan total

u. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan  Ya

Tidak

Perawatan pendukung  Ya

Tidak

## v. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan	<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Menjaga kerapian rumah	<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Mencuci pakaian	<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Pengaturan ruangan	<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak

## w. Kegiatan di luar rumah

Belanja	<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Transportasi	<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain	<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak

Jelaskan : klien tidak mencuci pakaian, mempersiapkan makanan

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

## VIII. Mekanisme Koping

**Adaptif**

Bicara dengan orang lain

**Maladaptif**

Minum alkohol

Mampu menyelesaikan masalah lambat/berlebih	Reaksi
<input type="checkbox"/> Teknik relaksasi	<input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan
<input type="checkbox"/> Aktifitas konstruktif	<input checked="" type="checkbox"/> v Menghidar
<input type="checkbox"/> Olah raga	<input type="checkbox"/> Mencederai diri
<input type="checkbox"/> Lainnya .....	<input type="checkbox"/> Menghindar .....

### **Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

#### IX. Masalah Psikologi Dan Lingkungan

- Masalah dengan dukungan kelompok
- spesifik : klien mendapat dukungan dari pemerintah dalam pengobatan dan perawat, serta dibantu oleh petugas panti dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari.
- Masalah berhubungan dengan lingkungan
- spesifik : klien termasuk orang yang pendiam dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain. Klien berbicara jika ada yang mengajak bicara dahulu, klien terlihat tidak bergaul, pasif dan suka menyendiri
- Masalah dengan pendidikan,
- spesifik : klien pernah bersekolah tetapi hanya lulusan sekolah dasar, pasien bisa baca dan bisa menulis.
- Masalah dengan pekerjaan,
-

spesifik : klien mengatakan tidak memiliki pekerjaan

Masalah dengan perumahan,

spesifik : klien saat ini tinggal bersama WBS di Panti Sosial

Masalah ekonomi,

spesifik . : klien mengatakan memiliki masalah ekonomi, karena klien tidak bekerja

Masalah dengan pelayanan kesehatan,

spesifik : klien tidak memiliki masalah kesehatan

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

#### X. Pengetahuan Kuran Tentang

Penyakit jiwa

Sistem pendukung

Faktor predisposisi

Penyakit fisik

Koping

Obat-obatan

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

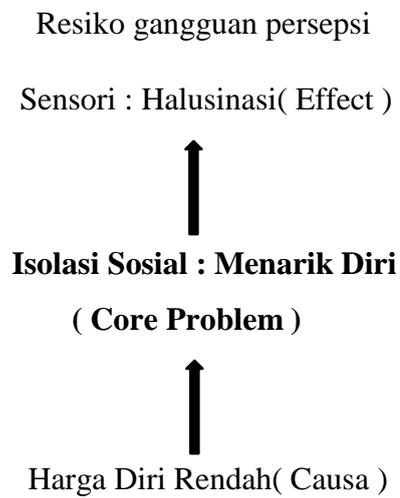
#### XI. Aspek Medik

Diagnosa medik : Skizofrenia

Terapi medik:

- a. Trihexyphenidil (THP) 2 mg 1x1
- b. Clozapine 2 mg 1 x 1
- c. Resperidon 2 mg 1 x 1

## XII. Pohon masalah



## XIII. Daftar Masalah Keperawatan

- a. Isolasi Sosial
- b. Harga Diri Rendah
- c. Resiko Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

## B. Data Fokus

Data Subjektif	Data Objektif
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan alasan di bawa ke sini karena di bawa satpol pp karena tidak memiliki identitas.</li> <li>2. Klien mengatakan malu saat berbicara dengan orang lain</li> <li>3. Klien mengatakan tidak memiliki pekerjaan</li> <li>4. Klien mengatakan belum menikah dan belum mempunyai anak</li> <li>5. Klien mengatakan tidak memiliki teman.</li> <li>6. Klien mengatakan tidak ada kegiatan kelompok ataupun masyarakat yang diikuti karena klien lebihnyaman sendiri</li> <li>7. Klien mengatakan putus asa karena tidak adalagi tujuan hidupnya</li> <li>8. Klien mengatakan kegiatan di dalam panti hanya tidur</li> <li>9. klien mengatakan tidak menyukai bagian tubuh manapun karena dia merasa dirinya tidak berguna</li> <li>10. klien sering mendengar suara orang tuanya memanggil , suara muncul ketika malam hari.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tidak mau bersosialisasi</li> <li>2. Pasien tampak menarik diri</li> <li>3. Pasien tampak tidak berminat dengan orang lain atau lingkungan</li> <li>4. Klien kurang kooperatif saat di wawancarai</li> <li>5. Klien tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu pada lawan bicara</li> <li>6. Klien selama berinteraksi banyak diam</li> <li>7. Klien tidak mengikuti kegiatan kelompok apapun</li> <li>8. Pasien tampak menunduk saat berjalan, kontak mata (-)</li> <li>9. Pasien tampak inkoheren</li> <li>10. Pasien tampak melamun</li> <li>11. Klien berbicara tidak terlalu jelas, klien juga dapat merespon tetapi saat bicara sering melantur.</li> <li>12. Saat wawancara klien selalu mengatakan saya yang salah saya sudah ikhlas di tempatkan disini</li> </ol>

### C. Analisis Data

Data	Diagnosa keperawatan
<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan malu saat bicara dengan orang lain</li> <li>2. Klien mengatakan alasan di bawa ke sini karena di bawa satpol pp karena tidak memiliki identitas.</li> <li>3. Klien mengatakan tidak memiliki teman.</li> <li>4. Klien mengatakan tidak ada kegiatan kelompok ataupun masyarakat yang diikuti karena klien lebihnyaman sendiri</li> <li>5. Klien mengatakan kegiatan di dalam panti hanya tidur</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak menarik diri</li> <li>2. Pasien tampak tidak berminat dengan oranglain atau lingkungan</li> <li>3. Klien kurang kooperatif saat di wawancarai</li> <li>4. Klien tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu pada lawan bicara</li> <li>5. Klien selama berinteraksi banyak diam</li> <li>6. Klien tidak mau bersosialisasi</li> <li>7. Klien tidak mengikuti kegiatan kelompok apapun</li> <li>8. Pasien tampak menunduk saat berjalan, kontak mata (-)</li> <li>9. Pasien tampak inkoheren</li> <li>10. Pasien tampak melamun</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Isolasi social (SDKID.0121)</p>

<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan malu saat bicara dengan orang lain</li> <li>2. Klien mengatakan tidak memiliki teman.</li> <li>3. Klien mengatakan tidak memiliki pekerjaan</li> <li>4. Klien mengatakan belum menikah</li> <li>5. Klien mengatakan putus asa karena tidak ada lagi tujuan hidupnya</li> <li>6. klien mengatakan tidak menyukai bagian tubuh manapun karena dia merasa dirinya tidak berguna</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien hanya lulusan SD</li> <li>2. Pasien tampak tidak berminat dengan oranglain atau lingkungan</li> <li>3. Klien tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu pada lawan bicara</li> <li>4. Klien selama berinteraksi banyak diam</li> <li>5. Klien tidak mau bersosialisasi</li> <li>7. Pasien tampak menunduk saat berjalan, kontakmata (-)</li> <li>8. Klien tampak pesimis dan putus asa</li> </ol>	<p>Harga diri rendah (SDKI D.0086)</p>
---	--

<p>Data subjektif</p> <p>klien sering mendengar suara orang tuanya memanggil , suara muncul ketika malam hari.</p> <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien tampak inkoheren</li><li>2. Pasien tampak melamun</li></ol>	<p>Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pengengaran. (SDKI D.0085)</p>
---	--

### D. Nursing Care Planning (NCP)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi	Rasional
Isolasi sosial ( SDKI.D.0121)	TUM : Klien dapat meningkatkan hubungan sosial  TUK :1 Klien dapat membina hubungan saling percaya.	Setelah 3 kali interaksi klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspresi wajah bersahabat.</li> <li>• Menunjukkan rasa senang.</li> <li>• Ada kontak mata.</li> <li>• Mau berjabat tangan.</li> <li>• Mau menyebutkan nama.</li> <li>• Mau menjawab salam.</li> <li>• Mau duduk berdampingan dengan perawat.</li> <li>• Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi.</li> </ul>	1.2. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal dan nonverbal.</li> <li>▪ Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan.</li> <li>▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien.</li> <li>▪ Buat kontrak yang jelas.</li> <li>▪ Tunjukkan sikap jujur. dan menepati janji setiap kali interaksi.</li> <li>▪ Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya.</li> <li>▪ Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.</li> <li>▪ Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien.</li> <li>▪ Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien.</li> </ul>	Hubungan saling percaya merupakan dasar dari terjadinya komunikasi terapeutik sehingga akan memfasilitasi dalam pengungkapan perasaan, emosi, dan harapan klien

	<p>TUK 2</p> <p>Klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri</p>	<p>Setelah 3 kali interaksi klien dapat menyebutkan minimal satu satu penyebab menarik diri dari:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diri sendiri</li> <li>▪ Orang lain</li> <li>▪ lingkungan</li> </ul>	<p>2.1. Tanyakan pada klien tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang yang tinggal serumah/sekamardengan klien</li> <li>▪ Orang yang paling dekat dengan klien dirumah/ di ruang perawatan</li> <li>▪ Apa yang membuat klien dekat denganorang tersebut</li> </ul>	<p>Bila klien sudah mau mengungkapkan semua perasaannya akan mempermudah perawat melaksanakan asuhan keperawatannya.</p>
--	---	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang yang tidak dengan klien di rumah/diruang perawatan</li> <li>▪ Apa yang membuat klien tidak dekat dengan orang tersebut</li> <li>▪ Upaya yang sudah dilakukan agar dekat dngan orang lain</li> </ul> <p>2.2. Diskusikan dengan klien penyebab dan akibat menarik diri</p> <p>2.3. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya</p>	<p>Untuk mengidentifikasi apa yang menyebabkan klien menarik diri dan untuk menilai perasaan klien bila tidak berinteraksi</p> <p>Untuk meningkatkan harga diri dan percaya diri klien</p>
--	--	--	--	--

	<p>TUK 3</p> <p>Klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan sosial dan kerugian menarik diri</p>	<p>Setelah 3 x interaksi klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial, misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banyak teman</li> <li>▪ Tidak kesepian</li> <li>▪ Bisa diskusi</li> <li>▪ Saling menolong</li> </ul> <p>Dan kerugian menarik diri, misalnya: Sendiri, kesepian, tidak bisa diskusi</p>	<p>3.1. Tanyakan pada klien tentang manfaat hubungan sosial dan kerugian menarik diri</p> <p>3.2. Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan sosial dan kerugian menarik diri</p> <p>3.3. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya</p>	<p>Tingkat pengetahuan membantu perawat mengarahkan klien untuk berhubungan dengan orang lain. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki klien dan untuk meningkatkan harga diri dan percaya diri klien</p> <p>Reinforcement positif akan menambah rasa percaya diri klien.</p>
	<p>TUK 4</p> <p>Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap</p>	<p>Setelah 3 x interaksi klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan : perawat, perawat lain, klien lain, dan kelompok</p>	<p>4.1. Beri motivasi dan Bantu klien untuk berkenalan dengan : perawat lain, klien lain, dan kelompok.</p> <p>4.2. Tingkatkan interaksi klien secara bertahap dengan perawat lain, klien lain, dan kelompok</p> <p>4.3. Libatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi</p>	<p>Dengan berhubungan secara bertahap, diharapkan klien mampu mengadopsi perilaku tersebut dan memudahkan klien mengingat hubungan yang telah dilakukan.</p> <p>Melakukan hubungan secara bertahap mengurangi kecemasan klien dalam berhubungan dengan orang lain dan meminimalkan kekecewaan dan meningkatkan percaya diri dalam berhubungan dengan orang lain</p> <p>Melibatkan klien dalam aktivitas kelompok akan membuat klien</p>

			<p>4.4. Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan bersosialisasi klien</p> <p>4.5. Beri motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat</p> <p>4.6. Beri pujian terhadap kemampuan klien memperluas pergaulannya melalui aktivitas yang telah dilaksanakan</p>	<p>merasa diperlukan dan merasa harga dirinya bertambah</p> <p>Meningkatkan rasa percaya diri klien, sehingga klien akan mengulangi perbuatan yang serupa</p>
	<p>TUK 5</p> <p>Klien mampu menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial</p>	<p>Setelah 3 x interaksi klien dapat menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan : orang lain, dan kelompok.</p>	<p>7.1. Diskusikan dengan klien tentang perasaannya setelah berhubungan sosial dengan orang lain dan kelompok</p> <p>7.2. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya</p>	<p>Dengan mengetahui perasaan klien akan mempermudah perawat untuk melakukan intervensi selanjutnya dan untuk menilai kepuasan klien dan hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.</p> <p>Meningkatkan harga diri klien dan memotivasi klien untuk berhubungan dengan orang lain</p>

	<p>TUK 6</p> <p>Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam memperluas hubungan sosial</p>	<p>3. Setelah 3 x pertemuan keluarga dapat menjelaskan tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengertian menarik diri</li> <li>▪ Tanda dan gejala menarik diri</li> <li>▪ Penyebab dan akibat menarik diri</li> <li>▪ Cara merawat klien menarik diri</li> </ul> <p>4. Setelah 3 x pertemuan keluarga dapat mempraktekkan cara merawat klien menarik diri</p>	<p>6.1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku menarik diri</p> <p>6.2. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku menarik diri</p> <p>6.3. Jelaskan pada keluarga tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengertian menarik diri</li> <li>▪ Tanda dan gejala menarik diri</li> <li>▪ Penyebab dan akibat menarik diri</li> </ul> <p>6.4. Latih keluarga cara merawat klien menarik diri</p> <p>6.5. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencobacara yang telah dilatih</p> <p>6.6. Beri motivasi keluarga agar membantu klien untuk bersosialisasi</p> <p>6.7. Beri pujian terhadap keluarga atas</p>	<p>Dukungan keluarga, mendukung proses perubahan perilaku menarik diri yang dialami klien.</p> <p>Untuk meningkatkan motivasi klien dalam berhubungan dengan orang lain</p> <p>Untuk memberikan pengetahuan kepada keluarga sehingga keluarga dapat memahami cara yang tepat dalam menangani klien dan pentingnya perhatian keluarga.</p> <p>Agar keluarga dapat merawat klien di rumah secara mandiri.</p> <p>Untuk meningkatkan motivasi klien dalam berhubungan dengan orang lain</p>
--	--	---	---	--

			keterlibatannya merawat klien di rumah sakit	Untuk memotivasi keluarga agar terus membantu klien
Harga Diri Rendah (SDKI D.0086)	<p>TUM :</p> <p>Klien dapat meningkatkan harga dirinya.</p> <p>TUK :</p> <p>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p>	<p>Setelah 3 kali interaksi, klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi</p>	<p>1.1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal</li> <li>▪ Perkenalkan diri dengan sopan</li> <li>▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien</li> <li>▪ Jelaskan tujuan pertemuan</li> <li>▪ Jujur dan menepati janji</li> <li>▪ Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</li> </ul> <p>1.2. Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien</p>	<p>Perasaan aman dan percaya dapat membantu klien mengungkapkan perasaan, pemikiran dan permasalahannya</p>

	<p>TUK 2</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki</p>	<p>Setelah 3 kali interaksi klien menyebutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien</li> <li>▪ Aspek positif keluarga</li> <li>▪ Aspek positif lingkungan</li> </ul>	<p>2.1. Diskusikan dengan klien tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aspek positif yang dimiliki klien, keluarga, lingkungan</li> <li>▪ Kemampuan yang dimiliki klien</li> </ul> <p>2.2. Bersama klien buat daftar tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspek positif klien, keluarga, lingkungan</li> <li>• Kemampuan yang dimiliki klien</li> </ul> <p>2.3. Beri pujian yang realistis, hindarkan memberipenilaian negatif.</p>	<p>Pengungkapan tentang kemampuan diri diperlukan untuk merubah diri klien dan tindakan selanjutnya.</p> <p>Untuk meningkatkan harga diri klien</p>
	<p>TUK 3</p> <p>Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</p>	<p>Setelah 3 kali interaksi klien menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan</p>	<p>3.1. Diskusikan dengan klien kemampuan</p> <p>3.2. Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya</p>	<p>Penilaian klien terhadap positif dirinya bisa membantu aktualisasidiri</p>

	<p>TUK 4</p> <p>Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki</p>	<p>Setelah 3 kali interaksi klien membuat rencana kegiatan harian</p>	<p>1.1. Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kegiatan mandiri</li> <li>• Kegiatan dengan bantuan</li> </ul> <p>1.2. Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien</p> <p>1.3. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan.</p>	<p>Perencanaan yang baik membantu klien memilih potensi mana yang ingin dia kembangkan</p> <p>Melatih klien untuk melaksanakan kegiatan yang dapat klien lakukan</p>
	<p>TUK 5</p> <p>Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat</p>	<p>Setelah 3x interaksi klien melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat</p>	<p>1.1. Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan</p> <p>7.3. Pantau kegiatan yang dilaksanakan klien</p> <p>7.4. Beri pujian atas usaha yang dilakukan klien.</p> <p>7.5. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang</p>	<p>Implementasi dapat membuat klien semakin yakin dengan positif dirinya.</p> <p>Meningkatkan harga diri klien</p>

	<p>TUK 6</p> <p>Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada</p>	<p>Setelah 3x interaksi klien memanfaatkan sistem pendukung keluarga yang ada dikeluarga</p>	<p>6.1. Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga dirirendah</p> <p>6.2. Bantu keluarga memberikan dukungan selama klien dirawat.</p> <p>6.3. Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.</p>	<p>Dukungan yang terbaik bagi klien adalah orang sekitarnya terutama keluarganya.</p> <p>Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan harga diri klien</p>
<p>Resiko Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. (SDKI D.0085)</p>	<p>TUM : Klien dapat membedakan antara halusinasi dengan realita.</p> <p>TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.</p>	<p>Setelah 3 kali interaksi klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ekspresi wajah bersahabat.</li> <li>▪ Menunjukkan rasa senang.</li> <li>▪ Ada kontak mata.</li> <li>▪ Mau berjabat tangan.</li> <li>▪ Mau menyebutkan nama.</li> <li>▪ Mau menjawab salam.</li> <li>▪ Mau duduk berdampingan dengan perawat.</li> </ul>	<p>1.1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal dan non verbal.</li> <li>▪ Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan.</li> <li>▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien.</li> </ul>	<p>Bila sudah terbina hubungan saling percaya diharapkan klien dapat kooperatif, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buat kontrak yang jelas.</li> <li>Tunjukkan sikap jujur. dan menepati janji setiap kali interaksi.</li> <li>Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya.</li> <li>Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.</li> <li>Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien.</li> <li>Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien.</li> </ul>	
	<p>TUK 2</p> <p>Klien dapat mengenal halusinasinya.</p>	<p>3. Setelah 3 x interaksi klien menyebutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Isi</li> <li>Waktu</li> <li>Frekuensi</li> <li>Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi</li> </ul> <p>4. Setelah 3 x interaksi klien menyatakan perasaan dan responnya saat mengalami halusinasi :</p>	<p>2.1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap</p> <p>2.2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, jika klien sedang berhalusinasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tanyakan apakah klien mengalami sesuatu (halusinasi dengar/ lihat/ penghidu/ raba/ kecap).</li> <li>Jika klien menjawab ya, tanyakan apa yang sedang dialaminya.</li> <li>Katakan bahwa perawat</li> </ul>	<p>Kontak sering dan singkat selain upaya membina hubungan saling percaya, jugadapat memutuskan halusinasi.</p> <p>Mengenal perilaku pada saat halusinasi timbul, memudahkan perawat dalam melakukan intervensi.</p> <p>Mengenal halusinasi memungkinkan klien untuk menghindarkan faktor pencetus timbulnya halusinasinya.</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Marah</li><li>▪ Takut</li><li>▪ Sedih</li><li>▪ Senang</li><li>▪ Cemas</li><li>▪ Jengkel</li></ul>	<p>percaya klien mengalami hal tersebut, namun perawat sendiri tidak mengalaminya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Katakan bahwa ada klien lain yang mengalami hal yang sama.</li><li>▪ Katakan bahwa perawat akan membantu klien.</li></ul> <p>2.3. Jika klien sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam atau sering dan kadang-kadang).</li><li>▪ Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi.</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<p>2.4. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.</p> <p>2.5. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.</p> <p>2.6. Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya.</p>	
	<p>TUK 3</p> <p>Klien dapat mengontrol halusinasinya.</p>	<p>Setelah 3 x interaksi klien menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.</p> <p>Setelah 3 x interaksi klien menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi.</p>	<p>1.1. Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll).</p> <p>1.2. Diskusikan cara yang digunakan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian.</li> <li>▪ Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian cara tersebut.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut.</li> <li>▪ Resinforcement positif dapat meningkatkan harga diri klien.</li> <li>▪ Memberikan alternatif pilihan bagi</li> </ul>

		<p>Setelah 3 x interaksi klien dapat memilih dan memperagakan cara mengatasi halusinasi (dengar/ lihat/ penghidu/ raba/ kecap).</p> <p>Setelah 3 x interaksi klien melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasinya.</p> <p>Setelah 3 x pertemuan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok.</p>	<p>1.3. Diskusikan cara baru untuk memutus/ mengontrol timbulnya halusinasi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata (“saya tidak mau dengar/ lihat/ penghidu/ raba/ kecap”) pada saat halusinasiterjadi.</li><li>▪ Menemui orang lain perawat/ teman/ anggota keluarga) untuk menceritakan halusinasinya.</li><li>▪ Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun.</li><li>▪ Meminta keluarga/ teman/ perawat menyapa jika sedang berhalusinasi.</li></ul> <p>1.4. Bantu klien memilih cara yang sudah diajarkan dan latih untuk mencobanya.</p> <p>1.5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dipilih dan dilatih.</p>	<p>klien untuk mengontrol lingkungan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Memotivasi dapat meningkatkan kegiatan klien untuk mencoba memilih salah satu cara mengendalikan halusinasi dan dapat meningkatkan harga diri klien.</li><li>▪ Memberi kesempatan kepada klien untuk mencoba cara yang sudah di pilih.</li><li>▪ Stimulasi persepsi dapat mengurangi perubahan interpretasi realitas klien akibat halusinasi.</li></ul>
--	--	--	---	---

			<p>1.6. Pantau pelaksanaan yang telah dipilih dan dilatih, jika berhasil beri pujian.</p> <p>1.7. Anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi.</p>	
	<p>TUK 4</p> <p>Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.</p>	<p>3. Setelah 3 x pertemuan keluarga, keluarga menyatakan setuju untuk mengikuti pertemuan dengan perawat.</p> <p>4. Setelah 3 x interaksi keluarga menyebutkan pengertian, tandan gejala, proses terjadinya halusinasi dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi</p>	<p>4.1. Buat kontrak dengan keluarga untuk pertemuan (waktu, tempat, dan topik).</p> <p>4.2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat pertemuan keluarga/kunjungan rumah).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengertian halusinasi</li> <li>• Tanda dan gejala halusinasi.</li> <li>• Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi.</li> <li>• Obat-obatan halusinasi.</li> <li>• Cara merawat anggota keluarga yang halusinasi di rumah (beri kegiatan, jangan biarkan</li> </ul>	<p>Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi.</p> <p>Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi</p> <p>Agar keluarga dapat merawat klien atau anggota keluarga lain yang berhalusinasi di rumah</p> <p>Keluarga klien menjadi tahu cara</p>

			<p>sendiri, makan bersama, bepergian bersama, memantau obat-obatan dan cara pemberiannya untuk mengatasi halusinasi).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beri informasi waktu kontrol ke rumah sakit dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi di rumah.</li> </ul>	mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi di rumah.
	<p>TUK 5</p> <p>Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.</p>	<p>4. Setelah 3 x interaksi klien menyebutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manfaat minum obat</li> <li>▪ Kerugian tidak minum obat</li> <li>▪ Nama, warna, dosis, efek terapi dan efek samping obat</li> </ul> <p>5. Setelah 3 x interaksi klien mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar.</p> <p>6. Setelah 3 x interaksi klien menyebutkan akibat minum obat tanpa konsultasi dokter.</p>	<p>5.1. Diskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat. Pantau klien saat penggunaan obat</p> <p>5.2. Beri pujian jika klien menggunakan obat dengan benar.</p> <p>5.3. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter.</p> <p>5.4. Anjurkan klien untuk konsultasi kepada dokter/ perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.</p>	<p>5. Dengan menyebutkan dosis, frekuensi dan manfaat obat, diharapkan klien melaksanakan program pengobatan.</p> <p>6. Menilai kemampuan klien dalam pengobatannya sendiri.</p> <p>7. Program pengobatan dapat berjalan sesuai rencana.</p> <p>8. Dengan mengetahui prinsip penggunaan obat, maka kemandirian klien untuk pengobatan dapat ditingkatkan secara bertahap</p>



<p>(SDKI D.0121)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik</li> <li>2. Menanyakan pada klien tentang penyebab isolasi social: menarik diri</li> <li>3. Menanyakan pada klien tentang manfaat hubungan social dan kerugian menarik diri</li> <li>4. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain</li> <li>5. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain</li> <li>6. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi</li> <li>7. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi</li> <li>8. Memberikan motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat</li> <li>9. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian pasien lanjutkan intervensi dengan isolasi social dengan mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap : berkenalan dengan orang pertama dan kedua ( 2 orang )</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu pada lawan bicara</li> <li>• Saat interaksi klien selalu menundukan kepala, kontak mata (-)</li> </ul> <p><b>Assessment</b></p> <p>Isolasi social SP 1 teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p>K : anjurkan klien untuk bisa berkenalan secara bertahap dengan orang lain dengan 2 orang dan masukan ke dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>P : lanjutkan SP 2</p>
----------------------	---	---

<p>Harga diri rendah  (SDKI D.0086)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik</li> <li>2. Mendiskusikan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki</li> <li>3. Memberikan pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negative</li> <li>4. Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</li> <li>5. Merencanakan aktivitas bersama klien yang dapat dilakukan setiap hari</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan malu saat berinteraksi dengan orang lain</li> <li>• Klien mengatakan tidak menyukai bagian tubuh manapun karena dia merasa dirinya tidak berguna.</li> <li>• Klien mengatakan tidak memiliki pekerjaan</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak pesimis dan putus asa</li> </ul>
---	--	---

	<p>sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan meningkatkan kegiatan sesuai kondisi klien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien</li> <li>7. Mengajukan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan. Dan memantau kegiatan yang dilaksanakan klien</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Latih pasien dengan kegiatan yang positif yang dimiliki pasien : menyapu ( alat dan cara )</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak menunduk saat berinteraksi dan kontak mata (-)</li> <li>• Klien belum bisa melakukan kegiatan yang sudah dipilih</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Harga diri Rendah belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p><b>K :</b> anjurkan klien untuk bisa melakukan kegiatan positif</p> <p><b>P :</b> lanjutkan SP 1</p>
<p>Resiko Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. (SDKI D.0085)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</li> <li>2. Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap</li> <li>3. Mengobservasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya jika klien sedang berhalusinasi</li> <li>4. Mendiskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasannya</li> <li>5. Mendiskusikan dengan klien tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya</li> <li>6. Mengidentifikasi Bersama klien cara atau Tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi ( tidur, marah, menyibukkan diri, dll )</li> <li>7. Mendiskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi</li> <li>8. Mengajukan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulus persepsi</li> <li>9. Mendiskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat.</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Evaluasi/validasi dan lanjutkan intervensi dengan halusinasi dengan menghardik dan anjurkan klien memasukan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien sering mendengar suara orang tuanya memanggil</li> <li>• Klien mengatakan suara suara muncul Ketika malam hari.</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak inkoheren</li> <li>• Pasien tampak melamun</li> </ul> <p><b>Assessment</b></p> <p>Halusinasi pendengaran belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p><b>P :</b> lanjutkan SP 1</p> <p><b>K :</b> menghardik 3 kali 1 hari</p>



		<p><b>Planning</b></p> <p>K : anjurkan klien untuk bisa berkenalan secara bertahap dengan orang lain dan masukan ke dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>P : lanjutkan SP 3 evaluasi SP 1 dan 2</p>
<p>Harga diri rendah (SDKI D.0086)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</li> <li>2. Memberikan pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negative</li> <li>3. Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</li> <li>4. Merencanakan aktivitas bersama klien yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan meningkatkan kegiatan sesuai kondisi klien</li> <li>5. Menganjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan. Dan memantau kegiatan yang dilaksanakan klien</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian pasien lanjutkan intervensi dengan harga diri rendah dengan melatih kemampuan pasien</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan melakukan kegiatan pertama yaitu menyapu di halaman belakang dan klien dapat menyebutkan alat dan cara menyapu</li> <li>• Klien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan positif</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak melakukan kegiatan, kontak mata sudah ada</li> <li>• Klien mengatakan masih malu saat melakukan kegiatan</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Harga diri Rendah teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p><b>K :</b> anjurkan klien untuk mengevaluasi jadwal kegiatan harian dan anjurkan klien untuk memasukan kedalam jadwal kegiatan harian pasien</p> <p><b>P :</b> lanjutkan SP 2 dan optimalkan SP 1</p>

<p>Resiko Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. (SDKI D.0085)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</li> <li>2. Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap</li> <li>3. Mengobservasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya jika klien sedang berhalusinasi</li> <li>4. Mendiskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasannya</li> <li>5. Mengidentifikasi Bersama klien cara atau Tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi ( tidur, marah, menyibukkan diri, dll )</li> <li>6. Menganjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulus persepsi</li> <li>7. Mendiskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat.</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Evaluasi/validasi dan lanjutkan intervensi dengan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien masih suka mendengar suara orang tuanya memanggil</li> <li>• Klien mengatakan jika suka mendengarkan suara sudah bisa cara menghardik</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak melamun</li> <li>• Klien mampu mengingat cara menghardik</li> </ul> <p><b>Assessment</b></p> <p>Halusinasi pendengaran teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p><b>P :</b> lanjutkan SP 2 dan evaluasi SP 1</p> <p><b>K :</b> anjurkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap sesuai jadwal harian dan menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.</p>
--	---	--



<p>Harga diri rendah (SDKI D.0086)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</li> <li>2. Memberikan pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negative</li> <li>3. Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</li> <li>4. Merencanakan aktivitas bersama klien yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan meningkatkan kegiatan sesuai kondisi klien</li> <li>5. Menganjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan. Dan memantau kegiatan yang dilaksanakan klien</li> </ol> <p><b>RTL :</b></p> <p>Evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian pasien lanjutkan intervensi dengan harga diri rendah dengan mengevaluasi jadwal kegiatan harian dan melatih kemampuan pasien</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan dirinya senang dapat melakukan kegiatan</li> <li>• klien mengatakan sudah mengikuti TAK</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak melakukan kegiatan, kontak mata sudah ada</li> <li>• Klien tampak senang karena mengikuti TAK</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Harga diri Rendah teratasi</p> <p><b>Planning</b> <b>K :</b> anjurkan klien untuk mengevaluasi jadwal kegiatan harian dan anjurkan klien untuk memasukan kedalam jadwal kegiatan harian pasien <b>P :</b> optimalkan SP 1 dan SP 2</p>
<p>Resiko Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. (SDKI D.0085)</p>	<p><b>Tindakan Keperawatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</li> <li>2. Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap</li> <li>3. Mengidentifikasi Bersama klien cara</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien masih suka mendengar suara orang tuanya memanggil</li> <li>• Klien mengatakan jika suka mendengarkan suara sudah bisa cara menghardik</li> <li>• Klien mengatakan jika</li> </ul>

	<p>atau Tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi ( tidur, marah, menyibukkan diri, dll )</p> <p>4. Menganjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulus persepsi</p> <p>5. Mendiskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat.</p> <p><b>RTL :</b></p> <p>Evaluasi/validasi dan lanjutkan intervensi dengan halusinasi dengan minum obat secara teratur</p>	<p>mulai halusinasi pasien bercakap-cakap dengan temannya</p> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak masih melamun</li> <li>• Klien mampu mengingat cara menghardik</li> </ul> <p><b>Assessment</b></p> <p>Halusinasi pendengaran teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p><b>P :</b> lanjutkan SP 4 dan evaluasi SP 1,SP 2, dan SP 3</p> <p><b>K :</b> anjurkan pasien minum obat dan menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.</p>
--	---	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada BAB ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan yang penulis laksanakan berdasarkan konsep dasar teori pada masalah keperawatan jiwa dengan pengelolaan kasus pada Tn.W usia 36 tahun dengan isolasi social pada tanggal 11 Januari 2023 dari tahap pengkajian hingga evaluasi pada bagian akhir dari penulisan tugas akhir ini, penulis akan memberikan kesimpulan dan saran yang diharapkan dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan jiwa pada pasien, khususnya pada pasien osilasi social

Isolasi Sosial adalah suatu keadaan kesepian yang dirasakan seseorang karena orang lain menyatakan negatif dan mengancam. Sedangkan menarik diri adalah usaha menghindari interaksi dengan orang lain. Individu merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi perasaan, pikiran, prestasi atau kegagalannya(Sumarno, 2019). Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain (SDKI, 2016)

Hasil pengkajian didapatkan data bahwa Tn.W dan Tn.D termasuk dalam gangguan jiwa isolasi social, hal ini karena Tn.W dan Tn.D menunjukkan tanda dan gejala dari isolasi social berupa : klien tidak bersosialisasi, klien merasa tidak memiliki teman, sering menyendiri, Klien banyak diam dan tidak mau bicara, Tidak mengikuti kegiatan, Banyak berdiam diri di kamar Adapun uraian sebagai berikut :

### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian kesehatan jiwa meliputi aspek-aspek identitas klien, alasan masuk, faktor predisposisi, fisik, psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikologis dan lingkungan, pengetahuan dan aspek medik. Dalam pengkajian ini dibuat agar relevan tentang semua masalah klien saat ini baik lampau atau potensial yang didapatkan sehingga diperoleh suatu data yang lengkap (Ayu Affiroh & Mar'atus Sholikhah, 2020).

Isolasi social merupakan keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. Untuk mengkaji pasien isolasi social dapat menggunakan wawancara dan observasi kepada pasien (Muhith, 2015).

Tn.W dan Tn.D masuk ke Panti Social Bina Laras Harapan Sentosa 1, wisma cendrawasih. Tn.W masuk pada tahun 2018 pendidikan terakhir tidak tamat SD memiliki keluhan gatal dibagian tangan dan kaki. Pasien belum bisa berbicara kenapa alasan pasien bisa dibawa masuk ke panti karena keterbatasan komunikasi dan klien masih sulit diajak komunikasi keluhan utama saat pengkajian klien sering menyendiri, suara pelan hampir tidak terdengar, tidak bergaul dengan orang lain, tidak bersemangat, lesu dan malu-malu saat diajak berbicara, kontak mata kurang dan tidak berani memulai pembicaraan. pada penjelasan genogram Tn.W anak pertama

Sedangkan Tn.D masuk pada tahun 2019 di bawa oleh satpol pp. Saat pengkajian, klien hanya diam saja setelah terus dilakukan bicara singkat pasien mulai berbicara, klien lebih suka menyendiri, pasien tidak mau bersosialisasi. klien mengatakan putus asa karena tidak ada lagi tujuan hidupnya, klien juga mengatakan tidak menyukai bagian tubuh manapaun karena dia merasa dirinya tidak berguna, klien mengatakan sering mendengar suara orang tuanya memanggil, suara muncul Ketika malam hari. Klien juga berbicara tidak terlalu jelas klien dapat merespon tetapi saat bicara sering melantur, saat wawancara klien selalu mengatakan saya yang salah saya sudah ikhlas ditempatkan disini. Pada penjelasan genogram Tn.D anak kedua dari 2 bersaudara Tn.D memiliki kakak laki-laki dari Tn.S dan Ny.N.

Tanda dan gejala pada kedua pasien tersebut sesuai dengan teori (Sumarno, 2019) yang mengatakan gejala yang muncul pada klien isolasi social : menarik diri yaitu respon verbal kurang atau singkat, tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan, pasien banyak diam dan tidak mau bicara, suka menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat, kontak mata kurang.

Pada kedua klien tersebut ada beberapa hal yang sama yaitu dengan diagnose isolasi social:menarik diri. Namun pada klien 1 Tn.W memiliki tingkat keparahan isolasi social yang cukup berat dan mengakibatkan aktivitas keseharian tersebut memiliki keterlambatan serta perlu dibantu oleh orang lain. Sedangkan pasien Tn.D memiliki tingkat keparahan isolasi social yang sudah membaik walaupun melakukan aktivitas masih dibantu oleh orang lain dan ditandai dengan halusinasi. Penulis menduga perbedaan ini karena pola respon pada kedua klien yang

berbeda. Sesuai rentang respon menurut (Riyadi Sdan Purwanto,2013 dalam Sumarno, 2019) yaitu respon adaptif meliputi : menyendiri, otonomi, kebersamaan, saling ketergantungan sedangkan respon maladaptive meliputi manipulasi, impulsive, narsisme. Pada pasien 1 Tn.W memiliki respon maladaptive narsisme respon social yang ditandai dengan individu memiliki tingkah laku egosentris dan harga diri yang rendah sedangkan Tn.D memiliki respon adaptif otonomi karena kemampuan individu dalam menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan social.

## **B. Diagnose**

Menurut (Dewi, 2021) bahwa diagnosa terdiri dari masalah atau respon klien dan faktor yang berhubungan yang mempengaruhi atau kontribusi pada masalah atau respon klien. Dari hasil pengkajian yang dilakukan di dapatkan diagnose pasien pertama yaitu Tn.W dengan isolasi social dengan data subjektif Klien mengatakan malu saat bicara dengan orang lain dan data objektif klien tampak menarik diri, saat berinteraksi klien banyak diam. Pada diagnose kedua ditemukan Harga diri rendah dengan data subjektifnya klien mengatakan malu saat berbicara dengan orang lain dan data objektifnya pasien selalu menunduk saat berinteraksi dengan orang lain , pasien tampak lesu. Pada diagnose ketiga ditemukan ditemukan deficit perawatan diri dengan data subjektif klien mengatakan mandi 2 kali sehari tetapi jarang menyikat gigi dan data objektifnya pasien tampak inkoheren dan sulit berkonsentrasi.

Sedangkan pasien kedua Tn.D didapatkan diagnose isolasi social dengan data subjektif klien mengatakan malu saat berinteraksi dengan orang lain dan klien

mengatakan alasan dibawa ke panti karna dibawa satpol pp dan data objektif pasien tampak tidak berminat dengan orang sekitar dan klien tidak mau bersosialisasi. Pada diagnose kedua yaitu ditemukannya harga diri rendah dengan data subjektif pasien mengatakan tidak menyukai bagian tubuh manapun karena dia merasa dirinya tidak berguna dan data objektif pasien tampak menunduk dan kontak mata (-) dan klien tampak pesimis dan putus asa. Pada diagnose ketiga ditemukan resiko perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran dengan data objektif klien sering mendengar suara orang tuanya memanggil dan suara muncul Ketika malam hari.

Pohon masalah pada isolasi social adalah harga diri rendah menjadi cause sehingga isolasi social menjadi core problem dan halusinasi sebagai affek. Diagnose utama yang diangkat pada Tn.W dan Tn.D adalah isolasi social, diagnose ini didukung dengan data subjektif klien mengatakan merasa malu saat berinteraksi dengan orang lain dan tidak mempunyai teman dan klien tidak bisa memulai pembicaraan. Data objektif ialah klien terlihat sering menyendiri , kontak mata kurang, jarang bersosialisasi . diagnose ini diambil sebagai prioritas utama karena pada saat pengkajian data-data tersebut lebih aktual dibanding harga diri rendah dan halusinasi. Sesuai dengan teori (Ayu Affiroh & Mar'atus Sholikhah, 2020) yaitu diagnosa Keperawatan Pada pohon masalah diperoleh inti masalah dari studi kasus yang muncul adalah isolasi sosial, penyebabnya adalah harga diri rendah dan dapat menyebabkan halusinasi dan defisit perawatan diri.

### **C. Intervensi**

Rencana keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang

muncul setelah diagnosa keperawatan yang muncul setelah melakukan pengkajian dan rencana intervensi keperawatan dilihat pada tujuan khusus (Ayu Affiroh & Mar'atus Sholikhah, 2020).

Intervensi yang dirancang sesuai dengan masalah utama yang di temukan pada kasus Tn.W dan Tn.D adalah intervensi keperawatan isolasi social menarik diri. Diagnose yang diambil Isolasi social, Harga diri rendah, Halusinasi dan pada Tn.W terdapat diagnose tambahan yaitu deficit perawat diri.

Dari masalah keperawatan pada Tn.W dan Tn.D dengan masalah isolasi social : menarik diri penulis membuat rencana Tindakan keperawatan sesuai teori dengan menggunakan strategi pelaksanaan ( SP). Strategi pelaksanaan pertama dengan mengidentifikasi penyebab isolasi social, berdiskusi tentang keuntungan berinteraksi dan kerugian jika tidak berinteraksi pada orang lain, strategi pelaksanaan ke dua mempraktekan cara berkenalan dengan satu orang dan yang ketiga memberikan kesempatan kepada klien berkenalan dengan dua orang atau lebih sambil melakukan kegiatan aktivitas.

Harga diri rendah membuat rencana Tindakan keperawatan sesuai teori dengan menggunakan strategi pelaksanaan ( SP ). Strategi pelaksanaan pertama mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang miliki pasien dan melatih sesuai dengan kemamouan yang dipilih. Strategi pelaksanaan kedua yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien dan menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal harian.

Pada halusinasi pendegaran membuat rencana Tindakan keperawatan sesuai teori dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan pertama

dengan mengidentifikasi halusinasi (jenis,waktu,frekuensi) mengontrol halusinasi. Strategi pelaksanaan kedua dengan melatih mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Strategi pelaksanaan ke tiga melatih klienmengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien. Dan strategi pelaksanaan ke empat dengan memberikan Pendidikan Kesehatan tentangpenggunaan obat secara teratur.

Sedangkan pada diagnose ke empat pada Tn.W yaitu Defisit perawatan diri penulis membuat rencana keperawatan strategi pelaksanaan. Strategi pelaksanaan pertama menjelaskan pentingnya kebersihan diri dan mempraktikan cara menjaga kebersihan diri. Strategi pelaksanaan kedua menjelaskan dan mempraktikan cara makan yang baik. Strategi pelaksanaan ketiga menjelaskan cara eliminasi yang baik dan strategi pelaksanaan ke empat dengan menjelaskan dan mempraktikan cara berhias.

Menurut (Muhith, 2015) pada intervensi melibatkan keluarga seperti melatih keluarga mempraktikan cara merawat pasien dengan masalah isolasi social langsung di hadapan pasien sedangkan penulis pada Intervensi terdapat adanya kesenjangan antara teori dan rencana tidak keperawatan yang diberikan Tn.W dan Tn.D pada teori rencana keperawatan melibatkan keluarga dalam pelaksanaan keperawatan, namun pada kasus diatas penulis tidak Menyusun rencana pada klien yang dirawat tidak melibatkan keluarga karena kedua klien tinggal di Panti Sosial Bina Laras dan tidak ada keluarga..

Penulis melakukan terapi aktivitas kepada Tn.W dan Tn.D seperti benyanyi, menggambar, menyapu, menulis dan memasukan jadwal kegiatan harian pasien.

#### **D. Implementasi**

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana Tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan dan Tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah

Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Tn.W dan Tn.D dimulai pada tanggal 11 Januari 2023 sampai 13 Januari 2023. Penulis melakukan implementasi klien setiap hari sesuai dengan rencana keperawatan. Implementasi yang dilakukan adalah membina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat, mengidentifikasi penyebab isolasi social pasien, berdiskusi dengan klien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain dan kerugian jika tidak berhubungan dengan orang lain, mengajarkan klien memasukan kegiatan latihan berkenalan dengan satu orang, menganjurkan klien memasukan kegiatan latihan. pada tanggal 11 Januari 2023 penulis melakukan SP 1 pertemuan pertama membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab menarik diri, membantu pasien mengenal keuntungan berinteraksi dengan orang lain dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, dan mengajarkan klien berkenalan. Pada saat melakukan SP 1 Tn.D cukup cepat menjawab dibandingkan Tn.W, karena Tn.w saat interaksi hanya diam, dan pasien 1 belum bisa diajak berkenalan sedangkan Tn.D dapat berkenalan dan bisa menyebutkan pertanyaan walaupun Tn.D kebanyakan diam.

Implementasi kedua dilaksanakan pada tanggal 12 Januari 2023. Penulis

melakukan strategi pelaksanaan 2 yaitu mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap ( berkenalan dengan orang pertama yaitu seorang perawat) penulis melakukan validasi dan evaluasi cara berinteraksi secara bertahap, kemudian berikan reinforcement positif pada Tn.D dan Tn.W apabila mereka berhasil mempraktikannya, respon dari pasien Tn.W dan Tn.D mampu berinteraksi secara bertahap yaitu dengan cara berkenalan dengan perawat R. pada implementasi kedua ini terdapat perbedaan karena Pasien 1 belum bisa mempraktikan cara berkenalan dan belum bisa berbicara mengenai penyebab isolasi social pasien hanya mampu melakukan strategi pelaksanaan 1 dan pasien 2 lebih cepat mengerti dibandingkan pasien 1 dan pasien 2 mampu mempraktikan dengan baik.

Implementasi ketiga dilaksanakan pada tanggal 13 Januari 2023. Pada Tn.W penulis melakukan strategi pelaksanaan 2 dan klien sudah mampu menyebutkan penyebab isolasi dan mampu menjawab beberapa pertanyaan. Dan pada Tn.D Penulis melakukan strategi pelaksanaan ketiga yaitu melatih pasien berinteraksi secara bertahap ( berkenalan dengan orang kedua seorang perawat R dan perawat S ). Penulis melakukan validasi dan evaluasi strategi pelaksanaan 1 dan 2. Kemudian berikan reinforcement positif pada Tn.D apabila berhasil mempraktikannya respon dari pasien mampu berinteraksi secara bertahap.dari implementasi yang dilakukan penulis pada Tn.W dengan isolasi social penulis dapat melakukan SP 1 sampai 2 dan Tn.D dengan isolasi social penulis dapat melakukan SP 1 sampai 3. Terdapat perbedaan menurut teori dan menurut penulis yaitu menurut (Arisandy, 2022) saat melakukan pengkajian pada Tn.H dan Nn.S dengan isolasi social dapat melakukan SP 1 sampai 3 sedangkan penulis dapat

melakukan SP 1 sampai 2 pada Tn.W dan SP 1 sampai 3 pada Tn.D

### **E. Evaluasi**

Pada tahap ini evaluasi semua diagnose keperawatan yang telah ditetapkan dan dilakukan intervensi serta implementasi selama 3 pertemuan. Kemudian penulis membandingkan antara pasien 1 dengan pasien 2 apakah masalah tersebut teratasi atau tidak. Hasil evaluasi yaitu semua masalah ada beberapa yang hanya teratasi Sebagian dan tujuan pencapaian yang telah dibuat. Maka dari itu pasien masih di lakukan perawatan klinis sehingga harus tetap mendapatkan perawatan lanjutan. Evaluasi dengan isolasi social pada Tn.W pada tanggal 11 Januari 2023 sampai 13 Januari 2023. Evaluasi yang didapat yaitu strategi pelaksanaan 1 sampai strategi pelaksanaan 2 pasien berhasil melakukan cara berkenalan walaupun hanya berbicara nama dan saat berinteraksi sering diam dan evaluasi pada Tn.D pada tanggal 11 Januari 2023 sampai 13 Januari 2023 evaluasi yang didapatkan yaitu strategi pelaksanaan 1 sampai dengan strategi pelaksanaan 3, pasien berhasil melakukan dengan baik yaitu berkenalan secara bertahap, berkenalan dengan perawat dan mampu berkenalan dengan teman perawat. Dan terdapat kesenjangan teori dan pengkajian yang didapat sehingga evaluasi menurut (Arisandy, 2022) terdapat kesamaan antara konsep dasar teori dengan kasus pasien pada Tn.H dan Nn.S dimana menggunakan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon pasien dengan tujuan kasus dan umum yang telah di tentukan sedangkan pada pasien Tn.W evaluasi hanya pada strategi pelaksanaan 2.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari pembahasan di atas didapatkan kesimpulan asuhan keperawatan kepada Tn.W dan Tn.D maka penulis membuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian dapat disimpulkan perumusan masalah klien didapat dari analisa data subjektif dan objektif.
2. Pada Tn.W klien di rawat di Panti Sosial Bina Laras 1 Tn.W masuk pada tahun 2018 pendidikan terakhir tidak tamat SD memiliki keluhan gatal dibagian tangan dan kaki. Pasien belum bisa berbicara karena alasan pasien bisa dibawa masuk ke panti karena keterbatasan komunikasi dan klien masih sulit diajak komunikasi keluhan utama saat pengkajian klien sering menyendiri, suara pelan hampir tidak terdengar, tidak bergaul dengan orang lain, tidak bersemangat, lesu dan malu-malu saat diajak berbicara, kontak mata kurang dan tidak berani memulai pembicaraan. pada penjelasan genogram Tn.W anak pertama. Sedangkan Tn.D masuk pada tahun 2019 di bawa oleh satpol pp. Saat pengkajian, klien hanya diam saja setelah terus dilakukan bicara singkat pasien mulai berbicara, klien lebih suka menyendiri, klien menjawab pertanyaan seperlunya saja, pasien tidak mau bersosialisasi. klien mengatakan putus asa karena tidak ada lagi tujuan hidupnya, klien juga mengatakan tidak menyukai bagian tubuh manapun karena dia merasa dirinya tidak berguna, klien mengatakan sering mendengar suara orang tuanya memanggil,

suara muncul Ketika malam hari. Klien juga berbicara tidak terlalu jelas klien dapat merespon tetapi saat bicara sering melantur, saat wawancara klien selalu mengatakan saya yang salah saya sudah ikhlas ditempatkan disini. Pada penjelasan genogram Tn.D anak kedua dari 2 bersaudara Tn.D.

3. Pohon masalah yang ditemukan dalam kasus sesuai dengan pohon masalah social, namun terdapat diagnose keperawatan tambahan yang muncul pada Tn.W yaitu deficit perawatan diri
4. Diagnose keperawatan yang ditemukan adalah isolasi social sebagai masalah utama, harga diri rendah sebagai penyebab, dampaknya dapat gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan deficit perawatan diri.
5. Rencana keperawatan yang dapat dilakukan sesuai dengan konsep asuhan keperawatan diagnose klien
6. Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada Tn.W dan Tn.D sudah sesuai dengan strategi pelaksanaan yang dibuat berdasarkan diagnose klien.
7. Hasil evaluasi yang didapat bahwa masalah keperawatan klien dengan isolasi sosial pada Tn.W tercapai pada SP 2 dan Tn.D dengan isolasi sosial tercapai pada SP 3

## **B. Saran**

### **1. Bagi institusi**

Diharapkan asuhan keperawatan jiwa ini dapat dijadikan referensi untuk menambah wawasan pengetahuan dan pengembangan dalam

memperoleh pengalaman dan diharapkan bagi pihak institusi memberikan bimbingan yang lebih maksimal sebagai fasilitas mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan, sehingga mahasiswa mendapat gambaran yang lebih baik dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa

## **2. Bagi lahan praktik**

Diharapkan bagi lahan praktik perlu meningkatkan komunikasi terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan klien dengan isolasi social sehingga dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien, serta memudahkan untuk membina hubungan saling percaya dengan klien. Untuk pasien isolasi social diharapkan mampu meningkatkan kemampuan pasien dalam mengatasi masalah isolasi social.

## **3. Bagi mahasiswa**

Diharapkan mahasiswa dapat menambah ilmu pengetahuan dan mencari tahu gambaran tentang bagaimana menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah isolasi social sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan jiwa yang lebih baik dengan komunikasi terapeutik yang dilakukan pada pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, N., & Maratus Solikhah, M. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Isolasi Sosial. *Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 8(75), 147–154.  
<https://doi.org/10.1016/j.jnc.2020.125798><https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.02.002><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/810049><http://doi.wiley.com/10.1002/anie.197505391><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780857090409500205><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780857090409500205>
- Arisandy, W. (2022). Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Isolasi Sosial. 14(1).
- Ayu Affiroh, A., & Mar'atus Sholikah, M. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Isolasi Sosial Di Ruang Rawat Inap Rs dr.Arif Zaenudin Surakarta. 35(4), 51–63.
- Dewi, R. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Gangguan Isolasi Sosial:Menarik Diri Dengan Penerapan Keterampilan Sosial Terhadap Berinteraksi Sosial Di Desa Aek Haruya. In Laporan Elerktif (Vol. 26, Issue 2, pp. 173–180). <http://www.ufrgs.br/actavet/31-1/artigo552.pdf>
- Kemenkes RI. (2020). Rencana Aksi Kegiatan 2020 - 2024. Ditjen P2P Kemenkes Jiwa Dan Napza, 29. <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-401733-4tahunan-440.pdf>
- Marliana, T., Pramujiwati, D., Jamiatun, Octavia, L., Heryandi, R., Dianita Islami,

- K., & Safitri, Y. (2023). Pengaruh pemberdayaan masyarakat terhadap perawatan klien isolasi sosial. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 11(1), 11–18.
- Muhith, A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa - Google Books. In M. Bendetu (Ed.), *Perpustakaan Nasional : Katalog dalam Terbitan (KDT)*. CV ANDI OFFSET.
- [https://www.google.co.id/books/edition/Pendidikan\\_Keperawatan\\_Jiwa/Yp2ACwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=ASUHAN+KEPERAWATAN+PADA+PASIEN+JIWA+DENGAN+HALUSINASI+PENDENGARAN&printsec=frontcover%0Ahttps://www.google.co.id/books/edition/Pendidikan\\_Keperawatan\\_Jiwa/Yp2A](https://www.google.co.id/books/edition/Pendidikan_Keperawatan_Jiwa/Yp2ACwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=ASUHAN+KEPERAWATAN+PADA+PASIEN+JIWA+DENGAN+HALUSINASI+PENDENGARAN&printsec=frontcover%0Ahttps://www.google.co.id/books/edition/Pendidikan_Keperawatan_Jiwa/Yp2A)
- NIMH Schizophrenia. (2020). NIMH · Schizophrenia. National Institute of Mental Health; U.S. Department of Health and Human Services.
- Pebrianti, D. K., & Armina, A. (2021). Pentingnya Menjaga Kesehatan Jiwa saat Pandemi Covid 19. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 3(2), 178. <https://doi.org/10.36565/jak.v3i2.221>
- SDKI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.
- Sumarno, K. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Tn.F.P.B dengan isolasi Sosial: Menarik Diri Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupangprovinsi Nusa Tenggara Timur. In *Keperawatan Jiwa (Issue Menarik Diri)*.
- Sutesyo, B. (2021). PENERAPAN TERAPI KOGNITIF PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN ISOLASI SOSIAL. Literature Review. <http://www.ufrgs.br/actavet/31-1/artigo552.pdf>

- Suwarni, S., & Rahayu, D. A. (2020). Peningkatan Kemampuan Interaksi Pada Pasien Isolasi Sosial Dengan Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi Sesi 1-3. *Ners Muda*, 1(1),11.  
<https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5482>
- UU RI, N. 1. (2014). Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Pemerintah Pusat, 1.  
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38646/uu-no-18-tahun-2014>
- Yuswatiningsih, E., & Rahmawati, I. M. H. (2020). Terapi Social Skill Training (SST) Untuk Klien Isolasi Sosial. In E-Book Penerbit STIKes *Majapahit Mojokerto*.  
<http://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/EBook/article/view/661>

## LAMPIRAN

### Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan & Catatan Keperawatan

#### STRATEGI PELAKSANAAN 1

#### ISOLASI SOSIAL

#### PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 1

Nama Mahasiswa	: Ratna Puspitasari	Nama Klien	: Tn.W
NPM	: 22.156.03.11.072	Umur	: 36 Tahun
Ruangan	: Cendrawasih	Tanggal Pelaksanaan	: 11/012023

#### A. PROSES KEPERAWATAN

##### 1. Kondisi Klien

##### a. Data Subjektif

Klien mengatakan malu saat berbicara dengan orang lain

##### b. Data Objektif

Klien tampak menyendiri, lesu, klien tampak tidak berminat dengan orang lain atau lingkungan, saat berinteraksi klien selalu menunduk, klien tidak mau memulai pembicaraan terlebih dahulu, dan klien selama berinteraksi banyak diam.

##### 2. Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial (SDKI D.0121)

##### 3. Tujuan Khusus

- a. Klien dapat memerbina hubungan saling percaya.
  - b. Klien mampu menyebutkan penyebab isolasi social : menarik diri
  - c. Klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan sosial dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan oranglain
  - d. Pasien dapat mempraktikan cara berkenalan
  - e. Pasien dapat berinteraksi secara bertahap dengan lain
  - f. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudahdilatih.
4. Tindakan Keperawatan
- a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsipkomunikasi teraupetik
  - b. Menanyakan pada klien tentang penyebab isolasi social: menarik diri
  - c. Menanyakan pada klien tentang manfaat hubungan social dan kerugianmenarik diri
  - d. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan denganorang lain
  - e. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain
  - f. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi
  - g. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk

meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi

- h. Memberikan motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat
- i. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok

## B. STRATEGI KOMUNIKASI

### 1. Orientasi

#### a. Salam teraupetik

“halo, selamat pagi bapak.W, perkenalkan saya ratna puspitasari biasa di panggil ratna. Saya mahasiswa dari STIKes Medistra Indonesia,boleh saya tau nama bapak siapa? Senang di panggil apa?.”

#### b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana kabar bapak W pagi ini?”

#### c. Kontrak Topik

“pak bagaimana kalau kita hari ini bercakap-cakap apakah bapak mau? Nanti bapak juga dapat bercerita kepada saya kenapa ko bapak lebih suka menyendiri, saya kan mendengarkan dengan baik.”

Waktu

“bapak mau mengobrol berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit? Agar bapak bisa bercerita dengan santai dan nyaman.”

Tempat

Bapak mau mengobrol dimana? Bagaimana jika disini saja?"

Tujuan

"tujuannya untuk mengenal penyebab isolasi social, mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain serta belajar cara berkenalan."

## 2. Fase Kerja

"Dengan siapa bapak tinggal dirumah? Di dalam keluarga siapa yang paling dekat dengan bapak? Siapa yang jarang mengobrol dengan bapak W? Apa yang bapak rasakan saat di rawat di panti? Apakah bapak tidak merasakan kesepian? Siapa saja yang bapak kenal di ruangan ini? Apa sajakegiatan yang bapak lakukan dengan teman yang bapak kenal?" apa yang membuat bapak dalam bersosialisasi dengan orang lain? Menurut bapak apa saja keuntungan jika kita bisa bertemu dengan orang lain dan bisa berinteraksi dengan orang lain dan menurut bapak apa kerugian jika kita tidak dapat bersosialisasi dengan orang"

"Apakah bapak mau berkenalan dan bersosialisasi dengan orang lain?"

## 3. Terminasi

### a. Evaluasi

Evaluasi Klien (Subjektif)

“bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang?” Evaluasi Perawat (Objektif)

“pasien tidak menjawab salam, tidak mau berjabat tangan, diam saja ketika ditanya, tidak ada kontak mata dan selalu menunduk. Pasien tidak mau duduk berhadapan dengan perawat.

b. Rencana Tindak Lanjut

Bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang dan berlatih berkenalan pak ?

c. Kontrak Yang Akan Datang Topik

“baiklah pak, saya rasa cukup perbincangan kita untuk pertemuan kali ini, besok kita bertemu lagi untuk berkenalan dan bercakap-cakap lagi ya pak”

Waktu

“enaknya besok bertemu lagi jam berapa ya pak? Bagaimana kalau jam 10 setelah kegiatan dilapangan seperti hari ini ?”

Tempat

Bapak besok ingin bercakap-cakap dimana? Bagaimana kalau di lapangan di pohon bringin? Baik pak terimakasih untuk waktunya sampai bertemu besok ya?”

Lampiran 2.

## STRATEGI PELAKSANAAN 1

### ISOLASI SOSIAL

#### PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 1

Nama Mahasiswa	: Ratna Puspitasari	Nama Klien	: Tn.W
NPM	: 22.156.03.11.072	Umur	: 36 Tahun
Ruangan	: Cendrawasih	Tanggal Pelaksanaan	: 12/01/2023

#### A. PROSES KEPERAWATAN

##### 1. Kondisi Klien

###### a. Data Subjektif

Klien mengatakan malu saat berbicara dengan orang lain

###### b. Data Objektif

Klien tampak menyendiri, lesu, klien tampak tidak berminat dengan orang lain atau lingkungan, saat berinteraksi klien selalu menunduk, klien tidak mau memulai pembicaraan terlebih dahulu, dan klien selama berinteraksi banyak diam, kontak mata klien (-), pasien tidak mau duduk berhadapan dengan perawat,

##### 2. Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial (SDKI D.0121)

### 3. Tujuan Khusus

- a. Klien dapat memerbina hubungan saling percaya.
- b. Klien mampu menyebutkan penyebab isolasi social : menarik diri
- c. Klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan sosial dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan oranglain
- d. Pasien dapat mempraktikan cara berkenalan
- e. Pasien dapat berinteraksi secara bertahap dengan lain
- f. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudahdilatih.

### 4. Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsipkomunikasi teraupetik
- b. Menanyakan pada klien tentang penyebab isolasi social: menarik diri
- c. Menanyakan pada klien tentang manfaat hubungan social dan kerugian menarik diri
- d. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan denganorang lain
- e. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain

- f. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi
- g. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi
- h. Memberikan motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat
- i. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok

## B. STRATEGI KOMUNIKASI

### 1. Orientasi

#### a. Salam teraupetik

“halo, selamat pagi bapak.W, apakah bapak masih ingat dengan saya? Baiklah saya izin perkenalkan diri lagi ya pak, nama saya ratna puspitasari biasa di panggil ratna. Boleh saya tau nama bapak siapa? Senang di panggil apa?.”

#### b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana kabar bapak W pagi ini? Sesuai dengan kontrak kita kemarin, kita akan berbincang-bincang lagi ya pak? Apakah bapak bersedia”

#### c. KontrakTopik

“pak sesuai janji kita kemarin kalau hari ini kita akan berbincang- bincang lagi dan kita akan berlatih berkenalan, apakah bapak siap?.”

Waktu

“bapak mau mengobrol berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?Tempat

Bapak mau mengobrol dimana? Bagaimana jika di dekat lapanganyang di pohon bringin saja?”

## 2. Fase Kerja

“Dengan siapa bapak tinggal dirumah? Di dalam keluarga siapa yang paling dekat dengan bapak? Siapa yang jarang mengobrol dengan bapak W? Apa yang bapak rasakan saat di rawat di panti? Apakah bapak tidak merasakan kesepian? Siapa saja yang bapak kenal di ruangan ini? Apa sajakegiatan yang bapak lakukan dengan teman yang bapak kenal?” apa yang membuat bapak dalam bersosialisasi dengan orang lain? Menurut bapak apa saja keuntungan jika kita bisa bertemu dengan orang lain dan bisa berinteraksi dengan orang lain dan menurut bapak apa kerugian jika kita tidak dapat bersosialisasi dengan orang”

“Apakah bapak mau berkenalan dan bersosialisasi dengan orang lain?”

## 3. Terminasi

### a. Evaluasi

Evaluasi Klien (Subjektif)

“bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang?” Evaluasi

Perawat (Objektif)

“pasien tidak menjawab salam, tidak mau berjabat tangan, diam saja ketika ditanya, tidak ada kontak mata dan selalu menunduk. Pasien tidak mau duduk berhadapan dengan perawat, saat di wawancara klien kurang kooperatif, klien tampak menyendiri, klien tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu pada lawan bicara”.

Rencana Tindak Lanjut

Bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang dan berlatih berkenalan pak ?

b. Kontrak Yang Akan Datang Topik

“baiklah pak, saya rasa cukup perbincangan kita untuk pertemuan kali ini, besok kita bertemu lagi untuk berkenalan dan bercakap-cakap lagi ya pak”

Waktu

“enaknya besok bertemu lagi jam berapa ya pak? Bagaimana kalau jam 10 setelah kegiatan dilapangan seperti hari ini ?”

Tempat

Bapak besok ingin bercakap-cakap dimana? Bagaimana kalau disini saja? Baik pak terimakasih untuk waktunya sampai bertemu besok ya?”

Lampiran 3.

## STRATEGI PELAKSANAAN 2

### ISOLASI SOSIAL

#### PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 1

Nama Mahasiswa	: Ratna Puspitasari	Nama Klien	: Tn.W
NPM	: 22.156.03.11.072	Umur	: 36 Tahun
Ruangan	: Cendrawasih	Tanggal Pelaksanaan	: 13/01/2023

#### A. PROSES KEPERAWATAN

##### 1. Kondisi Klien

###### a. Data Subjektif

Klien mengatakan malu saat berbicara dengan orang lain, klien mengatakan lebih suka menyendiri.

###### b. Data Objektif

Klien tampak menyendiri, lesu, klien tampak tidak berminat dengan orang lain atau lingkungan, kontak mata masih kurang, saat berinteraksi klien selalu menunduk, klien tidak mau memulai pembicaraan terlebih dahulu, dan klien selama berinteraksi banyak diam, pasien tidak mau duduk berhadapan dengan perawat,

##### 2. Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial (SDKI D.0121)

##### 3. Tujuan Khusus

###### a. Klien dapat memerbina hubungan saling percaya.

- b. Pasien dapat mempraktikkan cara berkenalan
- c. Pasien dapat berinteraksi secara bertahap dengan lain
- d. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

#### 4. Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik
- b. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain
- c. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain
- d. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi
- e. Memberikan motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat
- f. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok

### B. STRATEGI KOMUNIKASI

#### 1. Orientasi

- a. Salam terapeutik

“halo, selamat pagi bapak.W, apakah bapak masih ingat dengan saya?  
Baiklah saya izin perkenalkan diri lagi ya pak, nama saya ratna  
puspitasari biasa di panggil ratna?.”

- b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana kabar bapak W pagi ini? Sesuai dengan kontrak kita kemarin, kita akan berbincang-bincang lagi ya pak? Apakah bapak bersedia”

c. KontrakTopik

“pak sesuai janji kita kemarin kalau hari ini kita akan berbincang-bincang lagi dan kita akan berlatih berkenalan, apakah bapak siap?.”

Waktu

“bapak mau mengobrol berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”

Tempat

Bapak mau mengobrol dimana? Bagaimana jika di ruangan saja?”

2. Fase Kerja

“Dengan siapa bapak tinggal dirumah? Di dalam keluarga siapa yang paling dekat dengan bapak? Siapa yang jarang mengobrol dengan bapak W? Apa yang bapak rasakan saat di rawat di panti? Apakah bapak tidak merasakan kesepian? Siapa saja yang bapak kenal di ruangan ini? Apa saja kegiatan yang bapak lakukan dengan teman yang bapak kenal?” apa yang membuat bapak dalam bersosialisasi dengan orang lain? Menurut bapak apa saja keuntungan jika kita bisa bertemu dengan orang lain dan bisa berinteraksi dengan orang lain dan menurut bapak apa kerugian jika kita tidak dapat bersosialisasi dengan orang”

“Apakah bapak mau berkenalan dan bersosialisasi dengan orang lain?”bagus! bagaimana kalau sekarang kita mulai belajar berkenalan dengan orang lain?.

“begini pak, untuk berkenalan dengan orang lain kita sebutkan dulu nama

kita dan nama panggilan yang kita suka asal kita dan hobi. Contoh: nama saya ratna puspitasari senang dipanggil ratna asal saya dari bogor hobi saya jalan-jalan.”

“selanjutnya bapak W menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya begini: nama bapak siapa?senang dipanggil siapa? Asalnya dari mana dan hobinya apa?”

“ayo bapak W coba! Misalnya saya belum kenal dengan bapak w, coba berkenalan dengan saya!”

“ ya bagus! Coba sekali lagi. Bagus sekali bapak W dapat melakukannya dengan baik.”

### 3. Terminasi

#### a. Evaluasi

##### Evaluasi Klien (Subjektif)

“bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang dan latihan cara berkenalan?”

##### Evaluasi Perawat (Objektif)

“pasien menjawab salam, klien mau berjabat tangan, klien sudah mau menjawab beberapa pertanyaan walaupun kadang diam saja ketika ditanya, saat berlatih berkenalan klien hanya menjawab nama, kontak mata masih kurang dan selalu menunduk. Pasien mau duduk berhadapan dengan perawat.

#### b. Rencana Tindak Lanjut

Bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang dan berlatih berkenalan pak dengan teman saya perawat R? Setelah ini bapak coba

berlatih berkenalan lagi ya, jika saya tidak ada bapak bisa berlatih dengan temannya dan sekarang mari kita masukan pada jadwal harian bapak.”

c. Kontrak Yang Akan DatangTopik

“baiklah pak, saya rasa cukup perbincangan kita untuk pertemuan kali ini, besok kita bertemu lagi untuk berkenalan dan bercakap-cakap lagi ya pak”

Waktu

“enaknya besok bertemu lagi jam berapa ya pak? Bagaimana kalau jam 9 setelah kegiatan dilapangan seperti hari ini ?”

Tempat

Bapak besok ingin bercakap-cakap dimana? Bagaimana kalau disini saja? Baik pak terimakasih untuk waktunya sampai bertemu besok ya?”

Lampiran 4.

## STRATEGI PELAKSANAAN 1

### ISOLASI SOSIAL

#### PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 1

Nama Mahasiswa	: Ratna Puspitasari	Nama Klien	: Tn.D
NPM	: 22.156.03.11.072	Umur	: 19 Tahun
Ruangan	: Cendrawasih	Tanggal Pelaksanaan	: 11/01/2023

#### A. PROSES KEPERAWATAN

##### 1. Kondisi Klien

##### a. Data Subjektif

Klien mengatakan malu saat berbicara dengan orang lain, klien mengatakan alasan di bawa ke sini karena di bawa satpol pp karena tidak memiliki identitas, klien mengatakan tidak memiliki teman, klien mengatakan lebih nyaman menyendiri, klien mengatakan sulit memulai pembicaraan dengan orang lain

##### b. Data Objektif

Klien tampak tidak berminat dengan orang lain atau lingkungan, Klien tampak menarik diri, klien kurang kooperatif saat diwawancarai, klien tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu, selama interaksi klien banyak diam, klien tidak mau bersosialisasi, klien tampak menunduk saat berjalan dan kontak mata(-), pasien tampak inkoheren, dan melamun.

5. Diagnosa           Keperawatan Isolasi Sosial (SDKI D.0121)

6. Tujuan Khusus

- a. Klien dapat memerbina hubungan saling percaya.
- b. Klien mampu menyebutkan penyebab isolasi social : menarik diri
- c. Klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan sosial dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan oranglain
- d. Pasien dapat mempraktikan cara berkenalan
- e. Pasien dapat berinteraksi secara bertahap dengan lain
- f. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

7. Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik
- b. Menanyakan pada klien tentang penyebab isolasi social: menarik diri
- c. Menanyakan pada klien tentang manfaat hubungan social dan kerugian menarik diri
- d. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain
- e. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain
- f. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi
- g. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi
- h. Memberikan motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat

- i. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok

## B. STRATEGI KOMUNIKASI

### 1. Orientasi

#### a. Salam teraupetik

“halo, selamat pagi bapak.D, perkenalkan saya ratna puspitasari biasa di panggilratna. Saya mahasiswa dari STIKes Medistra Indonesia, boleh saya tau nama bapak siapa? Senang di panggil apa?.”

#### b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana kabar bapak D pagi ini?”

#### c. KontrakTopik

“pak bagaimana kalau kita hari ini bercakap-cakap apakah bapak mau?.”

Waktu

“bapak mau mengobrol berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit? Agar bapak bisa bercerita dengan santai dan nyaman.”

Tempat

Bapak mau mengobrol dimana? Bagaimana jika disini saja?”

Tujuan

“tujuannya untuk mengenal penyebab isolasi social, mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain serta belajar cara berkenalan.”

## 2. Fase Kerja

“Dengan siapa bapak tinggal di rumah? Di dalam keluarga siapa yang paling dekat dengan bapak? Siapa yang jarang mengobrol dengan bapak D? Apa yang bapak rasakan saat di rawat di panti? Apakah bapak tidak merasakan kesepian? Siapa saja yang bapak kenal di ruangan ini? Apa saja kegiatan yang bapak lakukan dengan teman yang bapak kenal?” apa yang membuat bapak dalam bersosialisasi dengan orang lain? Menurut bapak apa saja keuntungan jika kita bisa bertemu dengan orang lain dan bisa berinteraksi dengan orang lain dan menurut bapak apa kerugian jika kita tidak dapat bersosialisasi dengan orang?” “Apakah bapak mau berkenalan dan bersosialisasi dengan orang lain?” “Bagus! bagaimana kalau sekarang kita mulai belajar berkenalan dengan orang lain.” “Begini pak, untuk berkenalan dengan orang lain kita sebutkan dulu nama kita dan nama panggilan yang kita suka asal kita dan hobi. Contoh: Nama saya Ratna Puspitasari senang dipanggil Ratna asal saya dari Bogor, hobi Jalan- Jalan.”

“Selanjutnya bapak D menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya begini: nama bapak siapa? senang dipanggil apa? asalnya dari mana dan hobinya apa?”

“Ayo bapak D coba! misalnya saya belum kenal dengan bapak D, coba berkenalan dengan saya!”

“Ya bagus sekali! coba sekali lagi. Bagus sekali bapak D dapat melakukannya dengan baik!”

## 3. Terminasi

### a. Evaluasi

Evaluasi Klien (Subjektif)

“bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang dan latihan cara

berkenalan?”

Evaluasi Perawat (Objektif)

“bapak ternyata dapat melakukan cara berkenalan dengan baik, sekarang bapak coba sebutkan kembali bagaimana cara berkenalan, hebat!.

b. Rencana Tindak Lanjut

Bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang dan berlatih berkenalan pak dengan 2 orang yaitu teman saya perawat R ? Setelah ini bapak coba berlatih berkenalan lagi ya, jika saya tidak ada bapak bisa berlatih dengan temannya dan sekarang mari kita masukan pada jadwal harian bapak.”

c. Kontrak Yang Akan Datang Topik

“baiklah pak, saya rasa cukup perbincangan kita untuk pertemuan kali ini, besok kita bertemu lagi untuk berkenalan dan bercakap-cakap lagi ya pak”

Waktu

“enaknya besok bertemu lagi jam berapa ya pak? Bagaimana kalau jam 10 setelah kegiatan dilapangan seperti hari ini ?”

Tempat

Bapak besok ingin bercakap-cakap dimana? Bagaimana kalau di lapangan di pohon bringin? Baik pak terimakasih untuk waktunya sampai bertemu besok ya?”

Lampiran 5.

## STRATEGI PELAKSANAAN 2

### ISOLASI SOSIAL

#### PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 1

Nama Mahasiswa	: Ratna Puspitasari	Nama Klien	: Tn.D
NPM	: 22.156.03.11.072	Umur	: 19 Tahun
Ruangan	: Cendrawasih	Tanggal Pelaksanaan	: 12/01/2023

#### A. PROSES KEPERAWATAN

##### 1. Kondisi Klien

###### a. Data Subjektif

Klien mengatakan sudah bisa berkenalan, Klien mengatakan malu saat berbicara dengan orang lain, klien mengatakan tidak memiliki teman, klien mengatakan lebih nyaman menyendiri, klien mengatakan sulit memulai pembicaraan dengan orang lain

###### b. Data Objektif

Klien mampu melakukan cara berkenalan dengan satu orang, klien dapat mengungkapkan keuntungan berhubungan dan kerugian jika tidak berhubungan dengan orang lain, klien tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu, selama interaksi klien banyak diam, klien tidak mau bersosialisasi, klien tampak menunduk saat berjalan dan kontak mata masih kurang.

## 2. Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial (SDKI D.0121)

### 3. Tujuan Khusus

- a. Klien dapat memerbina hubungan saling percaya.
- b. Pasien dapat mempraktikan cara berkenalan
- c. Pasien dapat berinteraksi secara bertahap dengan lain
- d. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

### 4. Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik
- b. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain
- c. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain
- d. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi
- e. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi
- f. Memberikan motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat
- g. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok

## B. STRATEGI KOMUNIKASI

### 1. Orientasi

a. Salam teraupetik

“halo, selamat pagi bapak.D, kembali lagi dengan saya perawat ratna?.”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana kabar bapak D pagi ini?”

c. KontrakTopik

“pak sesuai janji kita kemarin ya bagaimana kalau kita hari ini bercakap-cakap dan berkenalan dengan teman saya perawat R?.”Waktu

“bapak mau mengobrol berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit? Agar bapak bisa bercerita dengan santai dan nyaman.”

Tempat

Bapak mau mengobrol dimana? Bagaimana jika disini saja? Kita temui perawat R di ruangan ya”

2. Fase Kerja

“Selamat pagi perawat R, ini ada yang ingin berkenalan dengan Perawat R.”“Baiklah, bapak D bisa berkenalan dengan perawat R seperti yang kita praktikan kemarin.”

“Apakah ada lagi yang bapak D ingin tanyakan kepada perawat R, coba tanyakan tentang keluarga perawat R.”

“Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, bapak R sudahi perkenalan ini. Lalu bapak D bisa buat janji bertemu lagi dengan perawat D, misalnya jam 11 siang nanti.”

“Baiklah, perawat R, karena bapak D sudah selesai berkenalan, saya dan bapak D akan kembali ke ruangan, selamat pagi!”

### 3. Terminasi

#### a. Evaluasi

Evaluasi Klien (Subjektif)

“bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang dan latihan cara berkenalan?”

Evaluasi Perawat (Objektif)

“bapak ternyata dapat melakukan cara berkenalan dengan baik, mari kita masukkan jadwal harian bapak.”

#### b. Rencana Tindak Lanjut

Bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang dan berlatih berkenalan pak ? Setelah ini bapak coba berlatih berkenalan lagi ya dengan teman saya perawat R dan perawat S dan sambil melakukan aktivitas, jika saya tidak ada bapak bisa berlatih dengan temannya dan sekarang mari kita masukan pada jadwal harian bapak.”

#### c. Kontrak Yang Akan Datang Topik

“baiklah pak, saya rasa cukup perbincangan kita untuk pertemuan kali ini, besok kita bertemu lagi untuk berkenalan dan bercakap-cakap dengan perawat R dan perawat S lagi ya pak”

Waktu

“enaknya besok bertemu lagi jam berapa ya pak? Bagaimana kalau jam 9 setelah kegiatan dilapangan seperti hari ini ?”

Tempat

Bapak besok ingin bercakap-cakap dimana? Bagaimana kalau di lapangan di pohon bringin? Baik pak terimakasih untuk waktunya

sampai bertemu besok ya?"

Lampiran 6.

STRATEGI PELAKSANAAN 3

ISOLASI SOSIAL

PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 1

Nama Mahasiswa	: Ratna Puspitasari	Nama Klien	: Tn.D
NPM	: 22.156.03.11.072	Umur	: 19 Tahun
Ruangan	: Cendrawasih	Tanggal Pelaksanaan	: 13/01/2023

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

a. Data Subjektif

Klien mengatakan sudah bisa berkenalan, klien mengatakan senang melakukan cara berkenalan dengan Perawat R, Klien mengatakan malu saat berbicara dengan orang lain.

b. Data Objektif

Klien mampu melakukan cara berkenalan dengan 3 orang, klien tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu, klien tampak menunduk saat berjalan dan kontak mata sudah ada, klien terlihat senang mengikuti kegiatan cara berkenalan dengan perawat.

2. Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial (SDKI D.0121)

3. Tujuan Khusus

a. Klien dapat memerbina hubungan saling percaya.

b. Pasien dapat mempraktikan cara berkenalan

- c. Pasien dapat berinteraksi secara bertahap dengan lain
- d. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

#### 4. Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik
- b. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain
- c. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain
- d. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi
- e. Memberikan motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat
- f. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok

### B. STRATEGI KOMUNIKASI

#### 1. Orientasi

- a. Salam teraupetik

“halo, selamat pagi bapak.D, kembali lagi dengan saya perawat ratna?.”

- b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana kabar bapak D pagi ini?” Wah terlihat tampak segar ya! Bagaimana perasaan bapak D setelah bercakap – cakap denganperawat R kemarin siang? Bagus sekali! menjadi senang punya teman lagi”

c. Kontrak Topik

“pak sesuai janji kita kemarin ya bagaimana kalau kita hari ini bercakap-cakap dan berkenalan dengan teman saya perawat R dan Perawat S?.”

Waktu

“bapak mau mengobrol berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?

Agar bapak bisa bercerita dengan santai dan nyaman.”Tempat

Bapak mau mengobrol dimana? Bagaimana jika disini saja? Kita temui perawat R dan perawat S di ruangan ya”

2. Fase Kerja

“ selamat pagi, ini ada pasien saya yang ingin berkenalan dengan Perawat S dan perawat R“Selamat pagi perawat R dan S, ini ada yang ingin berkenalan dengan Perawat R dan S.”“Baiklah, bapak D bisa berkenalan dengan perawat R dan S seperti yang kita praktikan kemarin.”

“Apakah ada lagi yang bapak D ingin tanyakan kepada perawat R, coba tanyakan tentang hobi perawat R.”

“Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, bapak R sudahi perkenalan ini. Lalu bapak D bisa buat janji bertemu lagi dengan perawat D, misalnya jam 11 siang nanti.”

“Baiklah, perawat S dan R, karena bapak D sudah selesai berkenalan, saya dan bapak D akan kembali ke ruangan, selamat pagi!”

3. Terminasi

a. Evaluasi

Evaluasi Klien (Subjektif)

“bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang dan latihan cara berkenalan dengan Perawat R dan S?”

Evaluasi Perawat (Objektif)

“bapak ternyata dapat melakukan cara berkenalan dengan baik, mari kita masukkan jadwal harian bapak.”

b. Rencana Tindak Lanjut

Bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang dan berlatih berkenalan pak ? jika saya tidak ada bapak bisa berlatih dengan temannya dan sekarang mari kita masukan pada jadwal harian bapak.”

c. Kontrak Yang Akan Datang Topik

“baiklah pak, saya rasa cukup perbincangan kita untuk pertemuan kali ini, besok kita bertemu lagi untuk berkenalan dan bercakap-cakap dengan perawat R dan perawat S lagi ya pak”

Waktu

“enaknya besok bertemu lagi jam berapa ya pak? Bagaimana kalau jam 9 setelah kegiatan dilapangan seperti hari ini ?”

Tempat

Bapak besok ingin bercakap-cakap dimana? Bagaimana kalau di ruangan?

Baik pak terimakasih untuk waktunya sampai bertemu besok ya?”

Lampiran 7. Kegiatan Bimbingan Tugas Akhir

KEGIATAN BIMBINGAN TUGAS AKHIR

TANGGAL BIMBINGAN	WAKTU BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANG AN
14 Januari 2023	13:00 WIB	Pengajuan Judul		Konsultasi Pengajuan Judul
31 Januari 2022	06:00 WIB	Konsultasi Laporan TA BAB 1-4		Revisi
01 Mei 2022	12:00 WIB	Revisi Laporan TA BAB 1,2,3,4		ACC BAB 1, Revisi BAB 2, BAB 3 dan BAB 4
04 Mei 2022	16:00 WIB	Konsultasi hasil Revisi BAB 1-4 dan konsultasi laporan BAB 5		