

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. K DENGAN ISOLASI
SOSIAL : MENARIK DIRI DI MRANGGEN DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Indah Khoiriyatus Syarifah

40901800041

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021**

HALAMAN JUDUL
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. K DENGAN ISOLASI
SOSIAL : MENARIK DIRI DI MRANGGEN DEMAK

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk

Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Indah Khoiriyatus Syarifah

40901800041

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan dengan sebenarnya mengatakn bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di fakultas ilmu keprawatan universitas islam sultan agung. Jika kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh universitas islam sultan agung semarang.

Semarang, 19 Mei 2021



(Indah khoiriyatus syarifah)

HALAMAN PESETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul:

Isolasi Sosial : Menarik Diri

Disusun oleh:

NAMA : INDAH KHOIRIYATUS SYARIFAH

NIM : 40901800041

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 19 Mei 2021

UNISSULA
SEMARANG
Semarang,
Pembimbing

Heppy R

Ns. Hi.Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep.,Sp.Kep.J
NIDN.06-1408-7702

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula pada hari sabtu tanggal 12 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 12 Juni 2021

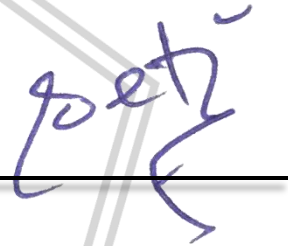
Penguji I

Ns. Wahyu Endang
Setyowati, SKM, M.Kep
NIDN.06-1207-7404



Penguji II

Ns. Betie Febriana, M.Kep
NIDN.06-2302-8802



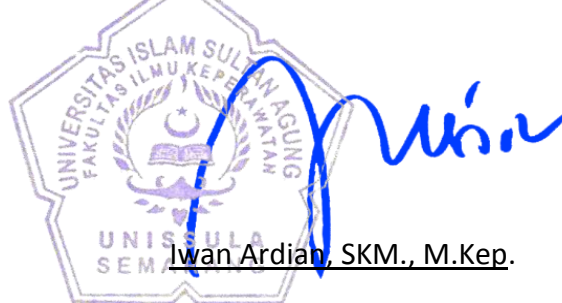
Penguji III

Ns. Hj. Dwi Heppy
Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J
NIDN.06-1408-7702



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

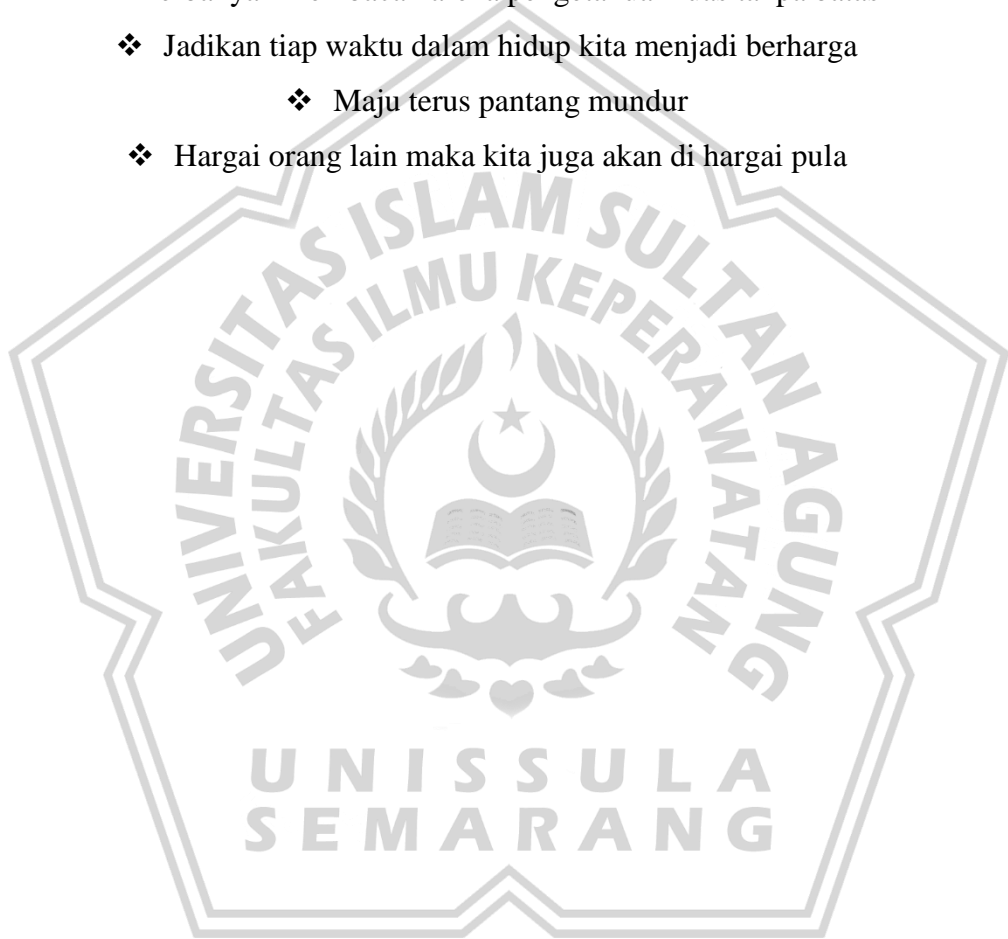


Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN.0622087403

MOTTO

- ❖ Jangan sia-siakan kesempatan selagi mampu mengerjakan
 - ❖ Belajarlah dari kesalahan dan kegagalan
- ❖ Perbanyak membaca karena pengetahuan luas tanpa batas
- ❖ Jadikan tiap waktu dalam hidup kita menjadi berharga
 - ❖ Maju terus pantang mundur
- ❖ Hargai orang lain maka kita juga akan di hargai pula



KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur bagi Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis telah diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Isolasi Sosial.

Dalam penyusunan di Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan bimbingan dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang direncanakan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih pada :

1. Ir. H. Prabowo Setiyawan, MT., Ph D, Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM.,M.Kep Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep Selaku Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep., Sp.Kep.J Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang telah sabar dan selalu meluangkan waktu serta tenaganya dalam memberikan bimbingan dan memberikan ilmu serta nasehat yang bermanfaat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
6. Kepada keluarga pasien saya berterima kasih atas bantuan dan kerjasamanya.
7. Kepada kedua orang tua dan saudaraku yang telah memberikan semangat serta, do'a, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
8. Teman-teman satu bimbingan dan teman teman D3 Keperawatan angkatan 2018 yang telah berjuang bersama selama ini untuk menggapai masa depan

DAFTAR ISI

Contents

HALAMAN JUDUL	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PESETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR	7
DAFTAR GAMBAR DAN TABEL.....	10
BAB 1	11
PENDAHULUAN	11
A. Latar belakang masalah	11
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan	12
1. Tujuan Umum	12
2. Tujuan Khusus	12
D. Manfaat penulisan	13
BAB II	14
TIJAUAN TEORI	14
A. Definisi	14
1. Pengertian.....	14
2. Rentang Respon	14
3. Etiologi	16
4. Proses terjadinya masalah.....	16
1) Aspek predisposisi.....	16
2) Aspek presipitasi	17
5. Manifestasi Klinis.....	17
6. Penatalaksanaan Medis	18
B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa	21
1. Proses Keperawatan	21
C. Pohon Masalah	22
BAB III	23
RESUME KASUS	23

A. Hasil Studi Kasus	23
1. Pengkajian	23
2. Analisa Data	26
3. Rencana Keperawatan	26
4. Implementasi	27
5. Evaluasi	28
BAB IV	29
PEMBAHASAN	29
A. Pengkajian	29
B. Diagnose	30
C. Intervensi	32
D. Implementasi	33
E. Evaluasi	35
BAB V	36
PENUTUP	36
A. Kesimpulan	36
B. Saran	37
1. Bagi perawat	37
2. Bagi pasien dan keluarga	37
DAFTAR PUSTAKA	38
LAMPIRAN	40
<i>LAMPIRAN</i>	43
BERITA ACARA	43

DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

Gangguan jiwa yakni kondisi terhambat peranan emosi, mental, kemauan, perilaku psikomotorik dan verbal, yang sebagai gejala klinis yang diiringi oleh penderita dan menimbulkan ganggunya peranan humanistic orang.

Gangguan jiwa di karakteristikkan sebagian respon maladaptif diri terhadap wilayah yang ditunjukkan dengan beberapa benak, perasaan, tingkah laku yang tidak sesuai dengan norma setempat dan kultural sehingga mengusik peranan sosial, kerja& badan orang yang biasa disebutkan dengan skizofrenia.

Problem hambatan jiwa jadi sesuatu kasus yang sangat sungguh-sungguh diseluruh dunia, penderita hambatan jiwa ada dekat 450 juta orang (11%) dari seluruh dunia. Serta jumlah problem kesehatan jiwa yang terdapat di Indonesia dengan Gangguan Mental Emosional(Tekanan mental serta Ansietas) sebesar 19, 8% ataupun kurang lebih 20 juta jiwa serta gangguan jiwa berat (psikosis) sebesar 11% kurang lebih 10 juta jiwa.(Saswati & Sutinah, 2018)

Menurut Hasil Riskedas tahun 2018, menampilkan prevalensi rumah tangga dengan anggota yang mengidap skizofrenia/ psikosis sebesar 7/ 1000 dengan cakupan penyembuhan 84, 9%. Sedangkan itu prevalensi gangguan mental emosional pada anak muda berusia 15 tahun sebesar 9, 8%. Angka jni bertambah dibanding tahun 2013 adalah sebesar 6%.

Menurut informasi Riskedas (2018) di Indonesia semenjak umur 20 tahun presentase tekanan mental menggapai 8 persen ataupun kurang lebih 16 juta orang. (Rahayu etal., 2020). Menurut (Sinaga, 2019) di Medan pada disaat penelitian pendahuluan didapat jumlah penderita isolasi sosial pada tahun 2018 sebanyak 224 orang (5,6%), serta menggambarkan diagnosa ketiga terbanyak sesudah halusinasi (79,8%) serta defisit perawatan diri (6,5%). (Sejati, 2019)

Menurut World Health Organization dalam riset Anandita 2012, melaporkan jika kurang lebih 450 jiwa penduduk di segala dunia hadapi kendala kesehatan jiwa, yang mempunyai makna kalau jumlah penduduk dunia 10% nya hadapi kendala kesehatan jiwa, realitas ini dibuktikan dengan

laporan dari hasil studi bank dunia serta hasil survei Tubuh Pusat Statistik yang memberi tahu kalau penyakit yang menggambarkan akibat permasalahan kesehatan jiwa menggapai 8,1% yang ialah angka paling tinggi dibandingkan presentasi penyakit lain (Anindita, 2012).

Prevalensi kendala mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0 persen. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional paling tinggi yaitu Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, DI Yogyakarta, serta Nusa Tenggara Timur. Bersumber pada informasi dari Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Penduduk (TPKJM) Provinsi Jawa Tengah mengatakan, kalau pengidap gangguan jiwa di wilayah Jawa Tengah terkategori besar, dimana totalnya merupakan 107 ribu pengidap maupun 2,3% dari jumlah penduduk (Widiyanto, 2015)

Bersumber pada latar belakang diatas sehingga penulis tertarik melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. K dengan Isolasi Sosial: Menarik Diri Di Mranggen Demak.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana cara memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien gangguan jiwa isolasi sosial : menarik diri

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien dengan gangguan isolasi sosial : menarik diri

2. Tujuan Khusus

- a) Dapat melakukan pengkajian terhadap pasien dengan isolasi sosial : menarik diri
- b) Dapat menegakkan diagnosa keperawatan terhadap pasien dengan isolasi sosial : menarik diri
- c) Dapat menyusun rencana keperawatan terhadap pasien dengan isolasi sosial : menarik diri
- d) Dapat melaksanakan tindakan keperawatan terhadap pasien isolasi social : menarik diri
- e) Dapat mengevaluasi pasien dengan isolasi social : menarik diri

D. Manfaat penulisan

Adapun manfaat dari penulisan dalam karya tulis ini yaitu :

a) Klien dan Masyarakat

Dapat mengetahui bagaimana strategi pelaksanaan dalam mengatasi isolasi sosial : menarik diri

b) Institusi Pendidikan

Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan sebagai kajian ilmu bagi mahasiswa dan juga dapat memperluas wawasan atau informasi terkait dalam asuhan keperawatan terhadap klien dengan isolasi sosial : menarik diri

c) Penulis

Bermanfaat untuk menambah pengalaman dan pengetahuan penulis, dan untuk memenuhi tugas akhir yaitu Karya Tulis Ilmiah peminatan keperawatan jiwa.

BAB II

TIJAUAN TEORI

A. Definisi

1. Pengertian

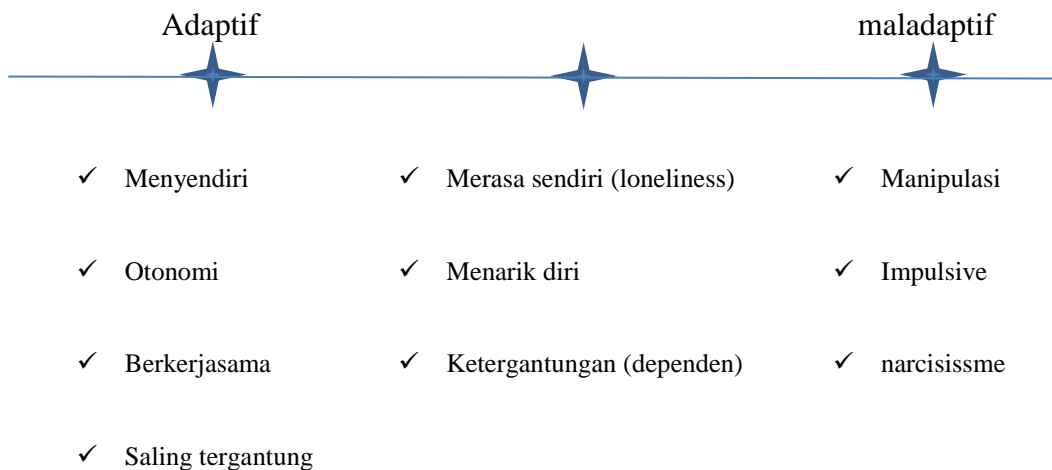
Menurut Townsend dalam jurnal Kusmawati F & Hartono Y 2010 dalam Hermawan, 2015. Isolasi sosial merupakan suatu keadaan kesepian yang dirasakan seseorang karena orang lain menyatakan negatif dan mengancam.

Menurut Keliat 2011 dalam (Sakit et al., 2019) Isolasi sosial adalah keadaan seseorang individu yang mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya.

Menurut Rusdi 2013 dalam (Septiani, 2017) Isolasi sosial merupakan upaya menghindari komunikasi dengan orang lain karena merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk bernagi rasa, pikiran dan kegagalan.

2. Rentang Respon

Gambar 1 Rentang Respon



Respon adaptif ialah respon individu dalam menyelesaikan dengan cara yang dapat diterima oleh norma – norma masyarakat. Menurut Riyardi Sdan Purwanto T 2013 dalam (Sakit et al., 2019) respon ini yaitu:

- a) Menyendiri ialah reaksi yang dicoba orang buat merenungkan apa yang sudah terjalin ataupun dicoba dan sesuatu metode mengevaluasi diri dalam memastikan rencana- rencana
- b) Otonomi ialah keahlian orang dalam memastikan serta mengantarkan inspirasi, benak, perasaan dalam ikatan sosial, orang bisa menetapkan buat interdependen serta pengaturan diri.
- c) Kebersamaan ialah keterampilan orang buat sama- sama penafsiran, saling berikan, serta menerima dalam ikatan interpersonal.
- d) Saling ketergantungan ialah sesuatu hubungan sama- sama ketergantungan saling bergantung antar orang dengan orang lain dalam membina jalinan interpersonal. Reaksi maladaptif merupakan reaksi orang dalam menuntaskan permasalahan dengan metode yang berlawanan dengan norma agama serta penduduk.

Menurut Riyardi S dan Purwanto T. (2013) dalam (Hermawan, 2015) respon maladaptive adalah:

- a) Manipulasi ialah kendala sosial dimana orang memperlakukan orang lain sebagai objek, hubungan terpusat pada permasalahan mengatur orang lain serta orang cenderung berorientasi pada diri sendiri. Tingkah laku mengendalikan digunakan sebagai pertahanan terhadap kegagalan ataupun frustrasi serta bisa sebagai perlengkapan buat berkuasa pada orang lain.
- b) Impulsif ialah reaksi sosial yang diisyarati dengan orang selaku subyek yang tidak bisa diprediksi, tidak bisa dipercaya, tidak sanggup merancang tidak sanggup buat belajar dari pengalaman serta miskin penilaian
- c) Narsisme Reaksi sosial diisyarati dengan orang mempunyai tingkah laku egosentris, harga diri yang rapuh, terus menerus berupaya memperoleh penghargaan serta gampang marah bila tidak menemukan support dari orang lain.

- d) Isolasi Sosial Merupakan kondisi dimana seseorang orang hadapi penyusutan ataupun terlebih lagi sama sekali tidak sanggup berhubungan dengan orang lain disekitarnya. Penderita bisa jadi merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, serta tidak dapat membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

3. Etiologi

Gangguan seperti ini terjadi akibat adanya faktor predisposisi dan faktor prespitasi. Kegagalan pada hambatan ini akan menimbulkan ketidakpercayaan pada individu, yang menimbulkan rasa pesimis, ragu, takut salah, tidak percaya orang lain dan merasa tertekan. Keadaan yang seperti ini akan menimbulkan dampak seseorang tidak ingin untuk berkomunikasi dengan orang lain, suka menyendiri, lebih suka berdiam diri dan tidak mementingkan kegiatan sehari – hari (Direja. 2011) dalam (Astuti, 2020)

4. Proses terjadinya masalah

Menurut Muhith, 2015 dalam (Cahaya, 2020)

1) Aspek predisposisi

Ada beberapa aspek yang menjadi pendukung terjadinya perilaku isolasi sosial itu sendiri :

a) Aspek perkembangan

Keterampilan dalam membina jalinan yang sehat bergantung pada pengalaman yang dirasakan sepanjang berkembang serta kembang, karena apabila tidak dilalui bakal membatasi pertumbuhan berikutnya. Minimnya stimulus, kasih sayang, serta kepedulian dari orang tua hendak membagikan rasa tidak nyaman sehingga bisa memunculkan perasaan tidak yakin diri.

b) Aspek biologis

Aspek generik ialah salah satu aspek pendukung dalam hambatan jiwa. Sebab salah satu penyebab skizofrenia merupakan kelainan struktur otak.

c) Aspek budaya

Aspek sosial budaya serta menggambarkan aspek pendukung dari terbentuknya kendala dalam membina jalinan dengan orang lain, misalnya salah satu anggota keluarga terdapat yang dikucilkan dalam keluarga

2) Aspek presipitasi

a) Stressor sosial budaya

Aspek ini ialah pemicu terbentuknya hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, misalnya terdapat anggota keluarga yang labil.

b) Stressor psikologi

Stressor psikologis dapat berupa kondisi seperti hubungan keluarga yang tidak harmonis, perceraian, ketidakpuasan kerja, berpisah dengan seseorang yang di cintai (perpisahan), kegagalan dalam menjalankan tuntutan.

5. Manifestasi Klinis

Menurut Deden & Rusdi, 2013 dalam (Astuti, 2020) tanda dan gejala isolasi sosial yaitu :

Indikasi Subjektif:

- 1) Klien menggambarkan perasaan kesepian ataupun ditolak oleh orang lain
- 2) Klien merasa tidak nyaman diantara dengan orang lain
- 3) Reaksi verbal kurang serta sangat singkat
- 4) Klien berkata hubungan yang tidak berarti dengan orang lain
- 5) Klien merasa bosan serta pelan menghabiskan waktu
- 6) Klien tidak sanggup berkonsentrasi serta membuat keputusan
- 7) Klien merasa tidak berguna
- 8) Klien tidak percaya bisa melakukan hidup
- 9) Klien merasa ditolak

Indikasi Objektif

- 1) Klien banyak diam serta tidak ingin bicara
- 2) Tidak menjajaki kegiatan
- 3) Banyak berdiam dikamar

- 4) Klien menyendiri serta tidak ingin berhubungan dengan orang yang terdekat
- 5) Klien nampak berkecil hati, ekspresi datar serta dangkal
- 6) Kontak mata kurang
- 7) Kurang spontan
- 8) Apatis
- 9) Ekspresi muka kurang berseri
- 10) Tidak menjaga diri serta tidak mencermati kebersihan diri
- 11) Mengisolasi diri
- 12) Tidak ataupun kurang sadar terhadap daerah sekitarnya
- 13) Masukkan makanan serta minuman terganggu
- 14) Retensi kemih serta feses
- 15) Akktivitas menurun
- 16) Kurang energy
- 17) Rendah diri
- 18) Bentuk badan tubuh berubah

6. Penatalaksanaan Medis

Pengobatan pada gangguan jiwa skizofrenia berusia ini telah dikembnagkan sehingga pengidap tidak hadapi diskriminasi apalagi metodenya lebih manusiawi dari pada masa tadinya. Pengobatan yang diartikan meliputi:

a) Psikofarmaka

Bermacam tipe obat psikofarmaka yang tersebar dipasaran yang cuma diperoleh dengan resep dokter, bisa dipisah dalam 2 kalangan ialah kalangan generasi kesatu (typical) serta kalangan kedua (atypical). Obat yang tercantum kalangan generasi kesatu misalnya chlorpromazine HCL (psikotropik buat memantapkan senyawa otak), serta Haloperidol (menyembuhkan keadaan gugup). Obat yang terhitung generasi kedua misalnya, Risperidone (buat ansietas), Aripiprazole (buat antipsikotik). (Wandono, 2017) dalam (Istimewa, 2020)

b) Psikoterapi

Penyembuhan kerja baik sekali buat menekan pengidap berteman lagi dengan orang lain, pengidap lain, perawat serta dokter, artinya biar dia tidak mengasingkan diri lagi sebab apabila dia menarik diri dia bisa membentuk kerutinan yang kurang baik. Disarankan buat mengadakan game ataupun latihan bersama. (Wandono, 2017) dalam (Istimewa, 2020)

Menurut Deden & Rusdi, 2013 dalam (Astuti, 2020) penatalaksanaan dapat dibagi :

1) Pengobatan kelompok

Pengobatan kelompok ialah sesuatu psikoterapi yang dicoba sekelompok penderita bersama dengan jalur berdiskusi satu sama lain yang dipandu ataupun ditunjukkan oleh seseorang therapis ataupun petugas kesehatan jiwa. Pengobatan ini bertujuan berikan stimulus untuk penderita dengan gangguan interpersonal.

Pengobatan kegiatan kelompok: sosialisasi TAKS ialah sesuatu rangkaian aktivitas yang sangat berarti dicoba buat menolong serta memfasilitasi klien isolasi sosial buat dapat bersosialisasi secara bertahap lewat tuju tahap buat keterampilan klien. Ketujuh tahap tersebut ditunjukkan pada tujuan spesial TAKS, ialah: keahlian menghadirkan diri, keahlian berkenalan, keahlian bercakap- cakap, keahlian mengantarkan serta membicarakan topik tertentu, keahlian mengantarkan komentar tentang khasiat aktivitas TAKS. Langkah- langkah aktivitas yang dicoba TAKS ialah: sesi persiapan, orientasi, sesi kerja serta sesi terminasi dengan memakai tata cara dinamika kelompok, dialog ataupun tanya jawab dan bermain kedudukan stimulasi (Surya, 2012).

2) Pengobatan lingkungan

Manusia tidak bisa dipisahkan dari lingkungan sehingga aspek lingkungan wajib memperoleh kepedulian spesial dalam kaitanya buat melindungi serta memelihara kesehatan manusia. Lingkungan berkaitan erat dengan stimulus psikologis seorang yang hendak berakibat pada kesembuhan, sebab daerah tersebut

hendak membagikan akibat baik pada keadaan raga ataupun keadaan psikologis seorang.

B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

1. Proses Keperawatan

a) Pengkajian

Pengumpulan data melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

b) Analisa data

Melihat data subyektif & objektif bisa memilih permasalahan yang dihadapi klien dengan menggunakan pohon masalah mampu diketahui penyebab, affeck berdasarkan kasus tersebut. Dari output analisa data inilah bisa menegakkan diagnosa keperawatan.

c) Diagnosa

1. Gangguan perubahan persepsi sensori: halusinasi D.0085
2. Isolasi sosial: menarik diri D.0121
3. Gangguan konsep diri: harga diri rendah

d) Intervensi

- Intervensi keperawatan dilakukan selama 3 hari dengan melakukan Sp dengan pasien :
 1. Melakukan SP 1 : Membina hubungan saling percaya, Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, Berdiskusi dengan pasien tentang keutungan berinteraksi dengan orang lain, Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang.
 2. Melakukan SP 2 : Membantu pasien memasukan kegiatan berbincang – bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.
 3. Melakukan SP 3 : Memberikan kesempatan kepada pasien berkenalan dengan dua orang atau lebih
- Melakukan SP dengan keluarga :
 1. Melakukan SP 1 : Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, Menjelaskan cara merawat pasien dengan isolasi sosial.

2. Melakukan SP 2 : Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan isolasi sosial
3. Melakukan SP 3 : Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien sosial. (Buku Keperawatan Jiwa, 2020-2021).

e) Tujuan

klien mengenali perilaku kekerasan yang dilalui , klien dapat mengatur perilaku yang bersifat kekerasan, klien dapat bisa mengikuti beberapa program kegiatan pengobatan secara optimal (Buku Keperawatan Jiwa, 2020-2021).

f) Implementasi

Implementasi keperawatan dilakukan setelah menentukan intervensi dan implementasi dilakukan sesuai intervensi keperawatan

g) Evaluasi

Evaluasi yakni tahap akhir asuhan keperawatan , mengevaluasi keberhasilan tindakan sebelumnya yang di berikan pada klien. Evaluasi dilakukan selama pelaksanaan intervensi.

C. Pohon Masalah

Gambar 2 Pohon Masalah



BAB III

RESUME KASUS

A. Hasil Studi Kasus

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada tanggal Senin, 23 November 2020 10.30 WIB di Desa Mranggen Demak Provinsi Jawa Tengah, di dapatkan hasil pengkajian pasien bernama Ny. K berusia 62 tahun jenis kelamin perempuan. Pasien adalah seorang beragama Islam yang bertempat tinggal di Desa Mranggen Demak. Pasien merupakan ibu dan sudah menikah. Pendidikan terakhir pasien SD. Pasien pernah dibawa kerumah sakit tetapi pasien merasa bahwa dirinya tidak sakit dan sejak saat itu pasien tidak pernah di bawa kerumah sakit jiwa kembali, tetapi keluarga membawanya ke dukun tetapi tetap sama saja tidak ada perubahan sama sekali. Pasien sering melamun, mengurung diri, bingung, dan berbicara sendiri. Keluarga pasien mengatakan jika pasien seperti setelah suami pasien meninggal dunia. Dan sekarang pasien hanya di rawat dirumah dan tinggal sendiri.

1. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 23 November 2020 jam 10.30 WIB di Desa Mranggen Demak Provinsi Jawa Tengah pasien bernama Ny. K yang berusia 62 tahun, jenis kelamin perempuan. Pasien adalah seorang beragama Islam yang bertempat tinggal di Desa Mranggen Demak. Pasien merupakan ibu dan sudah menikah. Pendidikan terakhir pasien SD. Pasien pernah dibawa kerumah sakit tetapi pasien merasa dirinya tidak sakit dan saat itu pasien tidak pernah di bawa kerumah sakit jiwa kembali, tetapi keluarga membawanya ke dukun dan hal tersebut juga tidak ada perubahan sama sekali. Pasien sering melamun, mengurung diri, bingung, dan berbicara sendiri. Keluarga pasien mengatakan jika pasien seperti setelah suami pasien meninggal dunia, di dapatkan keluhan keluarga klien mengatakan klien sering menyendiri sendiri didalam rumah, Keluarga klien mengatakan bahwa klien sering asik dengan

pikirannya sendiri, Keluarga klien mengatakan sering mendengar klien bicara sendiri saat sendirian dirumah Dan sekarang pasien hanya di rawat dirumah dan tinggal sendiri.

a. Alasan Masuk :

Keluarga klien mengatakan setelah suami dari klien meninggal dunia , klien sering menyendiri, klien sering diam di kamar, dan keluarga klien mengatakan klien selalu merasa asik dengan pikiran sendiri.

b. Faktor predisposisi :

keluarga Ny. K mengatakan sebelumnya belum pernah masuk rumah sakit jiwa dan belum pernah mengalami gangguan jiwa. Ny. K juga mengatakan tidak pernah melakukan pengobatan sebelumnya, tidak pernah menhalami penganiayaan, dan tidak pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan sebelumnya.

c. Fisik :

Pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 110/90 mmHg, N : 80x/menit, S : 35,8C , RR : 20x/menit dan BB : 48 kg, TB : 165 cm. Keluarga Ny. K juga mengatakan tidak ada keluhan fisik yang di alami

d. Genogram :

Dari hasil pengkajian yang di lakukan penulis pada analisa genogram didapatkan data bahwa keluarga Ny. K mengatakan orang tua dari bapak dan ibu pasien sudah meninggal semua. Ny. K menikah dengan seorang laki – laki dan beliau sudah meninggal dunia dan pasien mempunyai 5 anak. Anak yang pertama laki – laki, yang kedua perempuan, ke 3 laki – laki, ke 4 perempuan dan yang terakhir laki – laki. Anak pasien yang nomer 2 dan 3 juga mengalami gangguan jiwa.

e. Konsep Diri :

Keluarga Ny. K mengatakan pasien mengenal dirinya sendiri, dapat mengetahui mana yang suka dan yang tidak suka, Ny. K tampak kurus setelah suaminya meninggal dunia, pasien merasa bahwa dirinya tidak sakit saat mau dibawa ke rumah sakit jiwa.

f. Hubungan Sosial :

Keluarga Ny. K mengatakan bahwa yang paling berarti adalah suami pasien yang sudah meninggal dunia, Ny. K sudah tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada di sekitar rumah, keluarga klien juga mengatakan klien sudah tidak bisa diajak komunikasi kecuali beliau yang mau sendiri.

g. Status Mental :

Keluarga klien mengatakan klien berpenampilan kurang rapi, Ny. K tampak lesu, kuku klien kotor , tampak kurus dan bingung. Ny. K saat diajak komunikasi hanya diam dan hanya melakukan gerakan. Dan saat di wawancarai klien tidak kooperatif, tidak ada kontak mata

h. Kebutuhan Pulang : Keluarga Ny. K mengatakan klien mampu makan dan minum sendiri tanpa dibantu. Ny. K tidak mampu menjaga kebersihan rumah, tetapi bisa mandi sendiri tanpa harus dibantu oleh keluarga, mem\ncuci baju setelah klien mandi, BAK dan BAB secara mandiri tanpa bantuan, mengenakan pakaian dengan baik walaupun tidak rapi, keluarga klien mengatakan istirahat klien tidak menentu dan terkadang suka berbicara sendiri.

i. Mekanisme Koping :

Pasien tampak kurang mampu memulai pembicaraan, pasien tampak acuh dan lebih banyak diam saat diajak komunikasi

2. Analisa Data

Hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis pada tanggal 23 November 2020 dapat ditemukan masalah keperawatan yaitu :

a. Isolasi Sosial : Menarik Diri

Masalah tersebut ditandai dengan adanya data subyektif pasien yaitu pasien mengatakan “ saya tidak tau apa-apa, saya lebih suka diam” dan data objektif pasien tampak lebih sering melamun, kontak mata kurang, tidak bergairah/lesu, tidak berbicara dengan teman atau perawat, ekspresi datar

b. Halusinasi Pendengaran

Masalah tersebut ditandai dengan adanya data subyektif keluarga pasien mengatakan “klien sering mendengar klien berbicara sendiri saat sendirian dirumah”, dan data objektif pasien Nampak menyendiri, Nampak melamun , Nampak berbicara sendiri.

Dari data diatas penulis memperoleh data untuk diagnose utama yaitu **Isolasi Sosial**

3. Rencana Keperawatan

Masalah yang muncul pada tanggal 23 November 2020 tersebut, selanjutnya di susun rencana Tindakan Keperawatan yang digunakan sebagai tindak lanjut asuhan keperawatan pada Ny. K

Isolasi Sosial : Menarik Diri setelah di lakukan Tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam diharapkan pasien mampu berinteraksi dengan orang lain dengan, menunjukkan rasa percaya kepada keluarga maupun perawat, pasien mampu melakukan aktivitas dengan baik.

Intervensi pertama yang dilakukan adalah SP 1 membina hubungan saling percaya seperti berkenalan menyebutkan nama dan menanyakan perasaan atau masalah yang sedang di alami, rasionalnya hubungan saling percaya merupakan Langkah pertama dalam melakukan interaksi. Yang kedua SP 2 pasien menyebutkan penyebab menarik diri seperti menanyakan orang yang terdekat dirumah , menanyakan apa yang membuat pasien dekat dengan orang tersebut, menanyakan siapa saja yang tinggal dalam 1 rumah, berdiskusi dengan pasien apa penyebab menarik diri atau tidak

mau bergaul rasionalnya dengan mengetahui tanda-tanda dan gejala kita dapat menentukan langkah selanjutnya . Yang ketiga SP 3 yaitu pasien dapat menyebutkan keuntungan berinteraksi sosial dan kerugian menarik diri seperti menanyakan manfaat berinteraksi sosial dan menanyakan kerugian menarik diri, rasionalnya dapat meningkatkan harga diri pasien

4. Implementasi

Implementasi telah disusun berdasarkan masalah, kemudian dilakukan implementasi untuk tindak lanjut dari proses asuhan keperawatan pada Ny. K. Implementasi yang dilakukan ini untuk mengatasi pasien pada tanggal 23 November 2020 yaitu

Isolasi Sosial : Menarik Diri

Yaitu melakukan SP 1 pada tanggal 24 November 2020 jam 13.30 WIB yaitu menjalin hubungan saling percaya dengan respon pasien dapat melakukan tindakan memperkenalkan diri. Dapat menyebutkan salam, nama kemudian menanyakan perasaan pasien, pasien kurang kooperatif. Selanjutnya melakukan SP 2 pada jam 14.50 WIB yaitu dapat menyebutkan penyebab menarik diri dengan respon kurang bersedia, kurang berkonsentrasi, bingung, hanya menggerakkan kepala saja. Kemudian pada tanggal 25 November 2020 jam 08.35 WIB melakukan SP 3 yaitu pasien bisa menyebutkan keuntungan berkomunikasi sosial dan kerugian menarik diri dengan respon cukup baik, kurang kooperatif, pasien tampak ragu – ragu untuk menjawab tetapi hanya menjawab dengan gerakan kepala.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk mengukur respon pasien terhadap Tindakan asuhan keperawatan yang sudah diterima untuk kemajuan pasien pada tanggal 24 November 2020

Isolasi Sosial : Menarik Diri

Dilakukan evaluasi dubjektik pada tanggal 24 November 2020 pukul 15.20 WIB yaitu pasien kurang mampu memperkenalkan diri dan kurang yakin menyebutkan penyebab mengapa pasien menarik diri, pasien mengatakan tampak sedikit memberi kepercayaan kepada perawat, pasien tampak ragu dalam menjawab beberapa pertanyaan dan pasien kurang berkonsentrasi. Penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu mengajak berdiskusi pasien untuk dapat menyebutkan atau menceritakan penyebab menarik diri. Pada jam 10.00 WIB dilakukan hasil subjektif pasien yaitu mampu menyebutkan minimal keuntungan berinteraksi dan kerugian berinteraksi. Evaluasi objektif : pasien kurang kooperatif, pasien tampak lesu, ekspresi pasien datar, sulit memulai berbicara. Penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu mengajak berdiskusi keuntungan berkomunikasi dan kerugian menarik diri serta memberi dukungan kepada pasienj untuk menjalin komunikasi kepada keluarga atau perawat.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang asuhan keperawatan pada Ny. K dengan kasus isolasi sosial di Desa Mranggen Demak Provinsi Jawa Tengah. Penulis melakukan pengkajian kemudian dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari.

Asuhan keperawatan yang sistematis pada pasien adalah dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnose, menentukan rencana keperawatan yang akan dilakukan, melakukan tindakan keperawatan, dan kemudian mengevaluasi asuhan keperawatan yang sudah di berikan kepada Ny. K

A. Pengkajian

Menurut Muhith, A.(2015) pengkajian ialah tahapan dini serta dasar utama dari sesuatu proses keperawatan yang menggambarkan sesuatu proses yang sistematis dalam pengumpulan dari bermacam sumber yang bisa di pakai selaku penilaian serta identifikasi status kesehatan penderita.

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 23 November 2020 jam 10.30 WIB di Desa Mranggen Demak Provinsi Jawa Tengah pasien bernama Ny. K yang berusia 62 tahun, jenis kelamin perempuan. Pasien adalah seorang beragama Islam yang bertempat tinggal di Desa Mranggen Demak. Pasien merupakan ibu dan sudah menikah. Pendidikan terakhir pasien SD. Pasien pernah dibawa kerumah sakit tetapi pasien merasa bahwa dirinya tidak sakit dan sejak saat itu pasien tidak pernah di bawa kerumah sakit jiwa kembali, tetapi keluarga membawanya ke dukun tetapi tetap sama saja tidak ada perubahan sama sekali. Pasien sering melamun, mengurung diri, bingung, dan berbicara sendiri. Keluarga pasien mengatakan jika pasien seperti setelah suami pasien meninggal dunia. Dan sekarang pasien hanya di rawat dirumah dan tinggal sendiri. Pasien

sebelumnya belum pernah di rawat di rumah sakit jiwa sampai sekarang hanya di rawat dirumah dengan keluarga, di dapatkan keluhan keluarga klien mengatakan klien sering menyendiri didalam rumah, Keluarga klien mengatakan bahwa klien sering asik dengan pikirannya sendiri, Keluarga klien mengatakan sering mendengar klien bicara sendiri saat sendirian dirumah.

Selama pengkajian ada beberapa kendala dalam pengkajian membuat klien merasa aman saat bersama dengan perawat, ada saat dimana klien merasa capek dan bosan dalam kegiatan yang dilakukan perawat dalam pengkajian yaitu klien ingin melempar sandal ke perawat dan alhamdulillah tidak jadi, untuk selanjutnya perawat juga mengajak anak dari klien untuk menemani klien saat berkomunikasi.

Selama penulis mengkaji pasien tampak sulit berkonsentrasi, sulit untuk memulai pembicaraan. Dan diam saja saat diajak komunikasi Dan dari pengkajian sampai Analisa data ditemukan masalah keperawatan yaitu :

1. Isolasi Sosial : Menarik Diri - D.0121
2. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi - D.0085

B. Diagnose

Menurut SDKI DPP (PPNI, 2017) diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap suatu masalah Kesehatan yang berlangsung secara actual maupun potensial Diagnosa keperawatan juga mempunyai tujuan untuk mengidentifikasi respon pasien secara individu maupun keluarga terhadap situasi lingkungan yang terkait.

Dari yang didapat dalam pengkajian yang dilakukan oleh penulis temukan klien Ny. K dengan diagnose Isolasi Sosial : menarik diri. Menurut Herman 2015 dalam Suerni, T., & Ph, L. (2019) Isolasi sosial merupakan sesuatu pengalaman menyendiri dari seorang serta perasaan segan terhadap orang lain selaku suatu yang negatif ataupun kondisi yang mengancam. Klien dengan isolasi sosial dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain yang terdiri dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi yang dapat

menyebabkan seseorang mengalami isolasi sosial adalah adanya tahap pertumbuhan dan perkembangan yang belum dapat dilalui dengan baik, adanya gangguan komunikasi didalam keluarga, selain itu juga adanya norma-norma yang salah yang dianut dalam keluarga serta faktor biologis berupa gen yang diturunkan dari keluarga yang menyebabkan gangguan jiwa. Selain faktor predisposisi ada juga factor presipitasi yang menjadi penyebab adalah adanya stressor sosial budaya serta stressor psikologis yang dapat menyebabkan klien mengalami kecemasan, menurut Prabowo, 2014 dalam (Suerni & Ph, 2019). Perasaan negatif yang timbul setelahnya akan berdampak pada penurunan harga diri terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan yang ditandai dengan adanya perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, percaya diri kurang dan juga dapat mencederai diri

Menurut SDKI DPP 2017 isolasi sosial adalah ketidak mampuan seseorang untuk membina suatu hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain.

Diagnose keperawatan isolasi sosial : menarik diri dapat di tegakan penulis karena di temukan data pasien yang mengatakan jika pasien lebih suka diam, pasien terlihat melamun, ekspresi datar, merasa asik dengan pikirannya sendiri, merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas, kurang konsentrasi, tidak ada kontak mata, dan terlihat lesu atau tidak bergairah.

C. Intervensi

Menurut SDKI DPP 2017 intervensi keperawatan adalah treatment yang dilakukan oleh perawat yang dikerjakan berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai outcome yang diharapkan.

Intervensi atau perencanaan yang ditetapkan oleh penulis untuk mengatasi masalah tersebut adalah : Membina hubungan saling percaya. Pasien dapat berinteraksi keteman atau perawat, supaya dapat mengetahui tingkat komunikasi verbal maupun non verbal pasien. Kemudian anyakan perasaan atau masalah yang sedang dialami.

1. Melakukan SP 1 : Membina hubungan saling percaya, Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial Berdiskusi dengan pasien tentang keutungan berinteraksi dengan orang lain, Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang.
 2. Melakukan SP 2 : Membantu pasien memasukan kegiatan berbincang – bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.
 3. Melakukan SP 3 : Memberikan kesempatan kepada pasien berkenalan dengan dua orang atau lebih
- Melakukan SP dengan keluarga :
 1. Melakukan SP 1 : Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, Menjelaskan cara merawat pasien dengan isolasi sosial.
 2. Melakukan SP 2 : Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan isolasi sosial
 3. Melakukan SP 3 : Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien sosial. (Buku Keperawatan Jiwa, 2020-2021).

D. Implementasi

Menurut SDKI DPP 2017 implementasi adalah suatu aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk mengimplementasikan suatu rencana keperawatan.

Implementasi yang dilakukan penulis pada tanggal 24 November 2020 jam 13.30. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny. K adalah SP 1 Membina hubungan saling percaya dengan menyapa pasien dengan sopan, memperkenalkan diri dengan sopan, menanyakan nama lengkap dan menanyakan nama panggilan yang sering digunakan atau yang pasien sukai Menurut Dermawan & Rusdi, (2013) dan menurut RS Jiwa Daerah Surakarta, (2014)

Menjelaskan tujuan dilakukan pertemuan, menepati janji dengan pasien seperti menepati janji untuk bertemu untuk berbincang-bincang, menunjukkan sikap menerima pasien apa adanya, memberi perhatian pada klien. memberi kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaan tentang penyakit yang dialaminya, mengidentifikasi kemampuan pasien dan aspek positif yang dapat dilakukan pasien di rumah sakit, membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien, melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih, memberikan pujian terhadap keberhasilan pasien dalam melakukan kegiatan, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya, dan pasien bersedia memasukkan kegiatan yang sudah ditentukan dalam jadwal kegiatan harian serta mau untuk melakukan kontrak yang akan datang.

Kemudian jam 14.50 melakukan SP 2 yaitu pasien dapat menyebutkan penyebab menarik diri. Menanyakan kepada pasien mengapa pasien menarik diri. Mengajak berdiskusi dengan pasien alasan pasien mengurung diri dan memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan mengapa ia mengurung diri. Pasien cukup kooperatif dan mau menceritakan mengapa ia mengurung diri menurut dari (Ilmiah, 2016)

Pada tanggal 25 November 2020 jam 08.35 melakukan SP 3 yaitu pasien dapat menyebutkan keuntungan berkomunikasi sosial dan kerugian menarik diri dengan mengajak berdiskusi pasien tentang keuntungan jika melakukan komunikasi dan kerugian jika mengurung diri, pasien dapat menunjukkan respon yang baik setelah di ajak berdiskusi. (Hariyati, 2017)

Pada saat implementasi penulis melakukan beberapa pendekatan seperti penulis menyuruh klien untuk bercerita apa saja tetapi itupun juga masih kurang pada saat pertengahan dalam melakukan implementasi klien merasa bosan dan sudah tidak mau lagi untuk bercerita, selanjutnya penulis juga membawakan buah buahan dan roti untuk klien makan penulis juga mengajak keluarga klien untuk mendampingi penulis dalam melakukan implementasi menurut penulis jika ada keluarga klien sedikit nmpak tenang dan itu juga bisa memudahkan saya dalam melakukan implementasi hingga beberapa Sp tetapi hanya sebagian yang bisa dilakukan. Klien terkadang juga sudah mulai berkomunikasi dengan tetangga walaupun hanya menyapa saja, dan menurut penulis hal tersebut sudah hal baik dalam perkembangannya. hal ini sesuai dengan (Gelar et al., 2014) yang menyatakan bahwa memberikan kesempatan kepada klien untuk bercerita dapat mempengaruhi sehingga dapat membina hubungan saling percaya.

E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan ialah proses akhir dari asuhan keperawatan untuk menilai hasil dari tindakan keperawatan terhadap klien. Evaluasi ada dua jenis, yakni (1) evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan (2) evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan. (*Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015*).

Hasil evaluasi tindakan keperawatan selama 3 hari pada Ny. K : Untuk evaluasi pada hari pertama : klien bersedia diajak diskusi secara baik dan bersedia mengikuti intruksi penulis, klien nampak diam saat diajak bicara oleh penulis, klien dapat berkomunikasi jika sedang bersama keluarga, dan kadang klien juga masih menyendiri di kamar.

Untuk evaluasi yang kedua klien sudah mulai kooperatif, klien sudah mau berkomunikasi dengan penulis walau hanya sebentar, keluarga klien mengatakan klien sudah tidak berbicara sendiri lagi.

Untuk evaluasi yang ketiga klien masih kooperatif saat penulis datang, klien sudah bisa berkomunikasi dengan warga yang ada disetempat terkadang walaupun Cuma menanyakan hal yang sedikit.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Dari hasil pengkajian yang telah di jalani penulis terhadap Ny. K didapatkan informasi subyektif penderita berkata lebih suka diam serta susah buat mengawali pembicaraan. Informasi objektif penderita nampak diam, melamun, ekspresi datar, tidak dapat mengawali pembicaraan
2. Hasil pada pengkajian yang di jalani penulis terhadap Ny. K diagnosa yang dapat diambil dalam pengkajian merupakan Isolasi sosial: Menarik Diri
3. Dari informasi yang telah dikumpulkan penulis, penulis perlu untuk merencanakan asuhan keperawatan buat mengukur keahlian penderita dalam berhubungan dengan orang lain, membuktikan rasa yakin kepada tetangga ataupun perawat, penderita sanggup melaksanakan kegiatan dengan baik.
4. Buat menanggulangi permasalahan keperawatan dengan menarik diri penulis melakukan aksi keperawatan pada penderita dengan metode melaksanakan SP 1 bina ikatan silih yakin SP 2 mengatakan pemicu menarik diri SP 3 mengatakan manfaat saat berhubungan sosial serta kerugian menarik diri SP 4 dukung penderita melakukan hubungan sosial
5. Bersumber pada informasi yang di kumpulkan, penulis bisa mengevaluasi Ny. K dengan kendala isolasi sosial: menarik diri sehingga dapat mengukur reaksi pasien
6. Dari informasi penilaian penulis memperoleh hasil kalau klien telah bisa berbicara dengan masyarakat setempat walaupun cuma menyapa saja, telah sering juga berjalan keluar rumah walaupun tidak jauh.

B. Saran

Dari beberapa simpulan di atas penulis dapat memberikan beberapa saran yaitu :

1. Bagi perawat

Dalam merawat pasien dalam pemberian asuhan keperawatan dengan gangguan isolasi sosial : menarik diri dilakukan interaksi yang singkat sehingga sering mendapat masalah–masalah yang dialami pasien sehingga dapat teratasi dengan baik.

2. Bagi pasien dan keluarga

Bagi keluarga yang menghadapi anggota keluarga yang mengalami gangguan isolasi sosial : menarik diri sering berlatih dan melaksanakan interaksi sosial secara bertahap, serta perlunya pemahaman keluarga tentang perawatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Anindita, B. (2012). Pengaruh teknik relaksasi progresif terhadap tingkat kecemasan pada klien skizofrenia paranoid di rsjd surakarta. Skripsi thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Astuti, L. (2020). *KARYA TULIS ILMIAH STUDI DOKUMENTASI ISOLASI SOSIAL PADA PASIEN DENGAN SKIZOFRENIA OLEH.*
- Astuti, Widi. 2017. Asuhan Keperawatan Jiwa. Diakses di [http://repository.ump.ac.id/3986/3/Widi AstutiNurAfifah BAB II.pdf](http://repository.ump.ac.id/3986/3/Widi_AstutiNurAfifah_BAB_II.pdf)
- Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015
- Buku Keperawatan Jiwa, 2020-2021
- Cahaya. (2020). *ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. T DENGAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI DIRUANG IRAWAN RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH.*
- Dermawan Deden dan Rusdi. 2013. Keperawatan jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Gosyen Publising.
- Direja. A. H. S. (2011). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa. Edisi I. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Gelar, M., Keperawatan, S., Program, P., Studi, P. N., & Keperawatan, I. (2014). *Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ' Aisyiyah.*
- Hariyati, 2017. (2017). Инновационные подходы к обеспечению качества в здравоохранении No Title. *Вестник Росздравнадзора*, 6, 5–9.
- Hermawan, B. (2015). Asuhan keperawatan jiwa pada tn.s dengan gangguan isolasi sosial: menarik diri di ruang arjuna rsj daerah surakarta naskah publikasi. *Naskah Publikasi. Program Studi D-III Keperawatan. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta.*
- Ilmiah, P. (2016). *Upaya meningkatkan sosialisasi pada klien menarik diri di rsjd arif zainudin surakarta.*

- Istimewa, D. (2020). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . A Dengan Masalah Isolasi Sosial Di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera Andika Rahmat Harefa.*
- Keliat, B.A, dkk. 2011. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course).* Jakarta: EGC
- Kusumawati F dan Hartono Y. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa.* Jakarta: Salemba Medika
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa(Teori dan Aplikasi).* Yogyakarta: Andi.
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indicator Diagnostik, Edisi 1.* Jakarta: DPP PPNI
- Sakit, R., Naimata, J., Nusa, P., Timur, T., Sumarno, K., Studi, P., Iii, D., Politeknik, K., Kemenkes, K., Pengembangan, B., Pemberdayaan, D. A. N., Daya, S., Kesehatan, M., Kesehatan, K., & Indonesia, R. (2019). *Karya tulis ilmiah.*
- Saswati, N., & Sutinah, S. (2018). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi Terhadap Kemampuan Sosialisasi Klien Isolasi Sosial. *Jurnal Endurance, 3(2), 292.* <https://doi.org/10.22216/jen.v3i2.2492>
- Sejati, S. (2019). Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi Pada Pasien Dengan Isolasi Sosial Di Rumah Sakit Jiwa. *Jurnal Kesehatan, 17(1), 74–84.*
- Septiani, S. F. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Isolasi Sosial.*
- Suerni, T., & Livana, P. H. (2019). GAMBARAN FAKTOR PREDISPOSISI PASIEN ISOLASI SOSIAL. *Jurnal Keperawatan, 11(1), 57-66.* <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i1.464>
- Surya, Direja. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa.* Yogyakarta: Nuha Medika.

LAMPIRAN

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J

NIDN : 06-1408-770

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Indah Khoiriyatus Syarifah

NIM : 40901800041

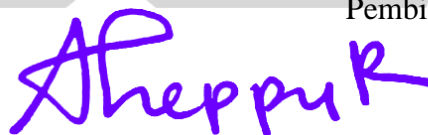
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. K Dengan Isolasi Sosial : Menarik Diri Di Desa Mranggen Demak Provinsi Jawa Tengah

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 17 Februari 2021 sampai dengan 19 Mei 2021 .

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 26 Mei 2021

Pembimbing



(Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J)

NIDN : 06- 1408- 770

LAMPIRAN

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN

FIK UNISSULA


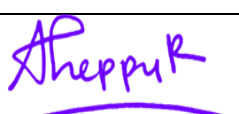
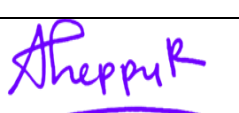
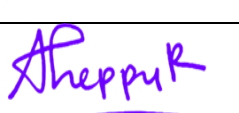
2021

NAMA MAHASISWA : Indah Khoiriyatus Syarifah

NIM : 40901800041

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. K DENGAN ISOLASI SOSIAL: MENARIK DIRI DI MRANGGEN DEMAK

PEMBIMBING : Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J

HARI/TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Rabu, 17 Februari 2021	Persiapan menjelang pembuatan KTI	Menanyakan kesiapan dan memberikan arahan	
Jum'at, 19 Februari 2021	Menentukan kasus yang akan dijadikan KTI	Menyetujui kasus yang dipilih	
Rabu, 24 Februari 2021	Pengajuan judul KTI dengan kasus isolasi sosial	Acc judul lanjut ke pembuatan BAB 1	
Jum'at, 26 Februari	Menjelaskan aspek yang sudah dikelola dengan masalah gangguan jiwa isolasi sosial	Penulisan aspek sesuai dengan format yang sudah ditentukan, dan menganjurkan untuk mulai berproses KTI nya	

Rabu, 3 Maret 2021	Bimbingan BAB 1	Prevelensi minimal tahun 2019, 1 alenia terdiri dari 3 kalimat	<u>Aheppyk</u>
Jum'at, 19 Maret 2021	Bimbingan BAB 2	-Revisi penatalaksanaan medis -Tindakan keperawatan berupa SP bukan tujuan umum dan khusus -Perbaiki gambar pohon masalah	<u>Aheppyk</u>
Rabu, 31 Maret 2021	Bimbingan BAB 1 dan BAB 2	Lanjutkan ke BAB selanjutnya	<u>Aheppyk</u>
Jum'at, 9 April 2021	Bimbingan BAB 3	Sesuaikan dengan askep dan resum askep tersebut	<u>Aheppyk</u>
Rabu, 14 April 2021	Bimbingan BAB 4	-Pengkajian tidak mengulang dari BAB 3, tuliskan apa yang belum ada pada BAB 3 dan bahas dipengkajian BAB 4 -Dalam diagnosa membahas diagnosa saja -Dalam implementasi tuliskan juga SP yang tidak dilakukan	<u>Aheppyk</u>
Jum'at, 23 April 2021	Bimbingan BAB 5	Mempersingkat kembali kesimpulan	<u>Aheppyk</u>
Rabu, 19 Mei 2021	ACC KTI	Lanjutkan untuk persiapan sidang dan buat PPT yang menarik	<u>Aheppyk</u>




LAMPIRAN

BERITA ACARA

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. K DENGAN ISOLASI SOSIAL
: MENARIK DIRI DI MRANGGEN DEMAK

Nama : Indah Khoiriyatus Syarifah

Nim : 40901800041

No	Nama Penguji	Direvisi Pada Bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda Tangan
1	Ns. Wahyu Endang Setyowati, SKM, M.Kep	<ol style="list-style-type: none">1. Diagnosa ditulis kodenya2. Pembahasan ditulis kendala saat melakukan pengkajian	21 & 30	Ya	-	
2	Ns. Betie Febriana, M.Kep	<ol style="list-style-type: none">1. Harus ada presidisposisi nya sesuai apa tidak di teori2. Keberhasilan sampai SP 3, masukan apa yang dilakukan3. Respon baik di tulis4. Kesimpulan diperbaiki5. Daftar pustaka dimasukan yang belum masuk6. Tambhkan hasil penelitian di pembahasan terutama di implementasi	17, 33, 34, 36, 38 dan 39	Ya	-	
3	Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J	<ol style="list-style-type: none">1. Turnitinenya diperbaiki setelah mendapat acc dari semua penguji2. Rapikan kanan kiri3. Formad penulisan diperbaiki	i – selesai	Ya	-	

LAMPIRAN

LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

Pada Ny. K

Dengan Masalah Gangguan Isolasi Sosial



Disusun Oleh :

Nama : Indah Khoiriyatus Syarifah

NIM : 40901800041

Dosen Pembimbing :

Ns. Wigyo Susanto, M.Kep

PRODI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG 2020

Ruang rawat : -

Tanggal dirawat : -

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Ny. K
Umur : 62 Tahun
Informan : Keluarga
Tanggal pengkajian : Senin, 23 November 2020
R M No. : -

II. ALASAN MASUK

Keluarga klien mengatakan setelah suami dari klien meninggal dunia , klien sering menyendiri, klien sering diam di kamar, dan keluarga klien mengatakan merasa asik dengan pikiran sendiri.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

Ya

Tidak

2. Pengobatan sebelumnya

Berhasil

Kurang berhasil

Tidak berhasil

3. Trauma Pelaku / Usia Korban / Usia Saksi/usia

Aniaya fisik

Aniaya

seksual

Penolakan

Kekerasan

dlm

keluarga

Tindakan criminal

Jelaskan No 1,2,3 : klien tidak pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, tetapi keluarga klien mengatakan hanya merawatnya dirumah dan di dukun dukun setempat. Klien tidak pernah melakukan penganiayaan atau menjadi korban penganiayaan fisik.

Masalah keperawatan : isolasi sosial

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya

Tidak

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan/ perawatan
Anak yang ke 2 dan 3 tetapi yang ke 2 sudah tidak ada di sekitar lingkungan rumah klien.	Keluarga klien mengatakan Karena ditinggal oleh pacarnya menikah	Keluarga klien mengatakan pernah membawanya kerumah sakit jiwa, dukun dll, tetapi masih tidak ada perubahan nya sama sekali.

Masalah Keperawatan : Gangguan harga diri rendah

5. Pengalaman masalah yang tidak menyenangkan ?

- Keluarga klien mengatakan masalah yang tidak menyenangkan adalah ketika suami klien meninggal dunia.

Masalah keperawatan : -

IV. FISIK

1. Tanda vital :

- TD : 90/110 mmhg
- N : 80x/menit
- S : 36,8 °C
- P : 20x/menit

2. Ukur

- TB : 165 cm
- BB : 48 kg

3. Keluhan fisik

Ya

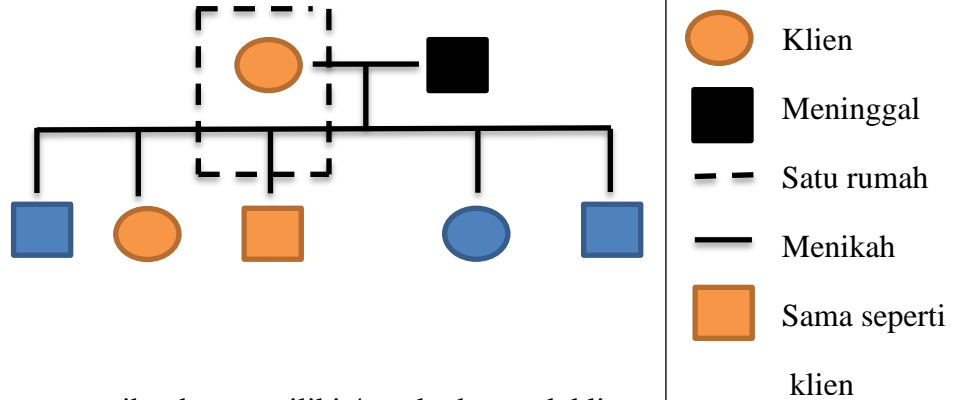
Tidak

Jelaskan :

Masalah keperawatan : -

V. PSIKOSOSIAL

1) Genogram :



Jelaskan : klien seorang ibu dan memiliki 4 anak, dan anak klien yang ke 3 juga mengalami gangguan jiwa sampai sekarang.

Masalah keperawatan : isolasi sosial

2) Konsep diri

- Gambaran diri : klien terlihat kurus dan kurang terawat setelah suaminya meninggal
- Identitas : klien merupakan seorang ibu dari 5 anak
- Peran : klien seorang ibu
- Ideal diri : keluarga klien mengatakan ingin ibunya cepat sembuh
- Harga diri : klien merasa kalau dia tidak sakit
- Masalah keperawatan : defisit keperawatan diri

3) Hubungan sosial

- Orang yang berarti : keluarga klien mengatakan orang yang penting menurut klien adalah suami klien
- Peran serta dlm kegiatan dikelompok/masyarakat : klien sudah tidak mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat
- Hambatan dlm berhubungan dengan orang lain : keluarga klien mengatakan sekarang klien susah untuk diajak komunikasi.
- Masalah keperawatan : isolasi sosial

4) Spiritual

- Nilai dan keyakinan : keluarga klien mengatakan bahwa klien meyakini bahwa dirinya sehat tidak sakit
- Kegiatan ibadah : keluarga klien mengatakan klien sudah tidak melakukan solat lagi tetapi terkadang baca baca doa saat diam dirumah
- Masalah keperawatan : kurang pengetahuan

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Tidak rapi

Penggunaan pakaian tidak sesuai

Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : Dalam berpakaian klien terlihat tidak rapi, rambut klien tidak rapi, klien tampak kusam, klien nampak kurus dan kuku klien kotor.

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

2. Pembicaraan :

Cepat Keras Gagap Inkoheren

Tidak mampu mem
ulai pembicaraan Apatis Lambat Membisu

Jelaskan : Klien tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu pada lawan bicara, klien menjawab seperlunya saja tetapi hanya menggerakkan kepalanya dan terkadang klien diam membisu jika diberi pertanyaan.

Masalah keperawatan : isolasi sosial

3. Aktivitas motorik

Lesu Tegang Gelisah Agitasi

TIK Grimesem Tremor Kompulsif

Jelaskan : ketika berbincang bincang kontak mata klien kurang, lebih banyak diam ketika tidak ditanya dan hanya menggerakkan kepala nya saja.

Masalah keperawatan : isolasi sosial

4. Alam perasaan

Sedih Ketakutan Putus asa

Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan : klien mengatakan sedih karena suaminya meninggal dunia, dan klien merasa putus asa tidak tau harus bagaimana jika tidak ada suaminya

Masalah keperawatan : harga diri rendah

5. Afek

Datar sesuai Tumpul Labil Tdk

Jelaskan : afek datar, karena selama interaksi klien banyak diam dan menjawab dengan Cuma menggerakkan kepalanya

Masalah keperawatan : isolasi sosial

6. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan

- Tidak kooperatif
- Mudah tersinggung
- Kotak mata (-)
- Defensif
- Curiga

Jelaskan : klien kurang kooperatif saat diwawancarai, tidak ada kontak mata, klien lebih suka diam jika tidak di beri pertanyaan, mudah dialihkan bila ada yang lain, pembicaraan kacau terkadang tidak jelas.

Masalah keperawatan : kerusakan interaksi sosial

7. Persepsi

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecap
- Penghirup

Jelaskan : keluarga klien mengatakan terkadang klien berbicara sendiri saat berada dirumah dan perawat juga pernah mendengar kalau klien bicara sendiri saat perawat melakukan pengkajian dirumah pasien

Masalah keperawatan : gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

8. Proses pikir

- Sirkumtansial
- Tangensial
- Kehilangan asosiasi
- Flight of ideas
- Blocking
- Pengulangan Pembicaraan

Jelaskan : klien sering terlihat melamun, tidak suka memulai pembicaraan . klien lebih suka menyendiri. Saat interaksi selama wawancara kontak mata klien tidak fokus, saat menjawab klien lebih sering hanya menjawab dengan gerakan

Masalah keperawatan : Gangguan Proses Pikir

9. Isi pikir

Obsesi Fobia Hipokondria

Depersonalisasi ide terkait pikiran Magis

Waham :

Agama somatik Kebesaran Curiga

Nihilistik Sisi pikir Siar Pikir Kontrol pikir

Jelaskan :

Masalah keperawatan : tidak ditemukan

10. Tingkat kesadaran

Bingung Sedasi Stupor

Disorientasi :

Waktu Tempat

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

11. Memori

Gangguan daya ingat jangka panjang

Gangguan Daya Ingat Jangka Pendek

Gangguan daya ingat saat ini

Konfabulasi

Jelaskan : keluarga klien mengatakan bahwa klien ingat jika ada anak anak dan ingat dengan tetangga tetapi klien tidak mau berkomunikasi dengan mereka kecuali klien sendiri yang memulai komunikasi

Masalah keperawatan : isolasi sosial

12. Tingkat kosentrasi dan berhitung
- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi
- Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : klien saat diwawancarai perawat tidak mau melakukan apa yang disuruh perawat.

Masalah keperawatan : isolasi sosial

13. Kemampuan penilaian
- Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan : klien dapat menilai yang baik dan yang buruk dan keluarga klien mengatakan tidak pernah melakukan tindakan kekerasan

Masalah keperawatan : tidak ditemukan

14. Daya titik diri
- Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Penjelasan : klien tidak meyakini tentang apa yang diderita klien saat ini, klien merasa sehat tidak perlu pengobatan khusus untuk dirinya.

Masalah keperawatan : kurang pengetahuan

KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

15. Makan
- Bantuan minimal Bantuan total
16. BAB/BAK
- Bantuan minimal Bantuan total
17. Mandi
- Bantuan minimal Bantuan total
18. Berpakaian/ berhias
- Bantuan minimal Bantuan total
19. Kebersihan diri
- Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan : keluarga klien mengatakan bahwa klien masih bisa melakukan kegiatan diatas sendiri tetapi tidak bisa maksimal dan hanya melakukan apa yang klien inginkan saja

Masalah keperawatan : defisit perawatan diri

20. Istirahat dan tidur
- Tidur siang lama 13.00 s/d 15.00
- Tidur malam lama 22.00 s/d 06.00
- Kegiatan sebelum/ sesudah tidur : keluarga klien mengatakan kadang sebelum tidur klien seperti bicara dengan seorang tetapi sebenarnya tidak ada orang

Jelaskan : klien mengatakan jadwal tidur siang dan malam tidak menentu.klien tidak mempunyai kesulitan untuk tidur.

Masalah keperawatan : halusinasi pendengaran

21. Penggunaan obat
- Bantuan minimal Bantuan total
22. Pemeliharaan kesehatan
- Perawatan lanjut Ya Tidak
- Sistem pendukung Ya Tidak
23. Kegiatan di dalam rumah
- Mempersiapkan makanan Ya Tidak
- Menjaga kerapian rumah Tidak
- Mencuci pakaian Tidak
- Mengatur keuangan Tidak
24. Kegiatan di luar rumah
- Belanja Ya Tidak
- Transportasi Tidak
- Dan lain lain Tidak

Jelaskan : Keluarga klien mengatakan sudah tidak bisa melakukan kegiatan seperti biasa dan klien hanya melakukan apa yang beliau inginkan

Masalah keperawatan : isolasi sosial

MEKANISME KOPING

Adatif	Maladaptif
<input type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain	<input type="checkbox"/> Minum alkohol
<input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah lambat/berlebihan	<input type="checkbox"/> Reaksi
<input type="checkbox"/> Teknik relaksasi	<input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Aktivitas konstruktif | <input type="checkbox"/> | Menghindar |
| <input type="checkbox"/> | Olah raga | <input type="checkbox"/> | Mencederai diri |
| <input type="checkbox"/> | Lainnya | <input type="checkbox"/> | Lainya |

Masalah keperawatan : klien tidak melakukan kegiatan

MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik
- Masalah dengan pendidikan, spesifik
- Masalah dengan pekerjaan, spesifik
- Masalah dengan perumahan, spesifik
- Masalah ekonomi, spesifik
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik
- Masalah lainnya, spesifik

Masalah keperawatan

SUMBER DAYA

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pengetahuan Penyakit jiwa | <input type="checkbox"/> | Sistem pendukung |
| <input type="checkbox"/> | Pengetahuan ttg Faktor presipitasi | <input type="checkbox"/> | Pengetahuan ttg Peny. fisik |
| <input type="checkbox"/> | Koping | <input type="checkbox"/> | petahuan ttg Obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> | Lainnya | | |

Penjelasan : klien kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa yang klien alami sekarang, klien belum mengetahui cara pengobatan yang dilakukan, karena kurang pengetahuan itu cara klien menyelesaikan masalah tidak benar dan tepat.

Masalah Keperawatan : kurang pengetahuan

ASPEK MEDIK

- 25. Diagnosa medik : -
- 26. Terap medik : -

ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien sering menyendiri di dalam rumah - Keluarga klien mengatakan bahwa klien sering asik dengan pikirannya sendiri. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak menarik diri dari kelompok/masyarakat - Klien nampak menolak berinteraksi dengan keluarga maupun tetangga - Afek datar - Klien saat berinteraksi dengan perawat tidak ada kontak mata - Klien nampak tidak bergairah dalam melakukan kegiatan. 	Isolasi sosial
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan sering mendengar klien bicara sendiri saat sendirian dirumah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respon klien tidak sesuai - Klien nampak menyendiri - Klien nampak melamun 	Halusinasi

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Isolasi sosial
2. Halusinasi pendengaran

POHON MASALAH



DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN TERAPI KEPERAWATAN	DIAGNOSA MEDIS DAN TERAPI MEDIS
<p>DIAGNOSA KEPERAWATAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertama : Isolasi sosial 2. Kedua : Halusinasi <p>TERAPI KEPERAWATAN</p> <p>Selasa, 24 November 2020</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosa pertama : Isolasi sosial <ol style="list-style-type: none"> a. Bina Trust b. Bantu Mengidentifikasi keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain c. Berinteraksi dalam kelompok 2. Diagnosa kedua : Halusinasi <ol style="list-style-type: none"> a. Bantu klien mengenali halusinasi b. Latihan pasien mengontrol halusinasi c. Terapi Aktivitas Kelompok : Stimulasi Persepsi, halusinasi 	<p>DIAGNOSA MEDIS : -</p> <p>TERAPI MEDIS : -</p>

RENCANA KEPERAWATAN

NO	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan	Rasional Tindakan
1.	Diagnosa keperawatan 1	<p>Tujuan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina trust 2. mengenali Penyebab dari isolasi Sosial 3. berinteraksi dengan individu lain dengan bertahap <p>Kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah 2x interaksi klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat (wajah cerah, tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, bersedia menceritakan perasaannya, bersedia mengungkapkan masalahnya) 2. Setelah 2x kali interaksi klien dapat menyebutkan minimal satu penyebab menarik diri (Diri sendiri, orang lain, lingkungan) 3. Setelah 2x interaksi dengan klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial (banyak teman, tidak kesepian, saling menolong) dan kerugian menarik diri (sendiri, kesepian, tidak bisa diskusi) 4. Setelah 2x interaksi klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan (perawat, perawat lain dan kelompok) 5. Setelah 2x interaksi klien dapat menyebutkan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan (orang lain, kelompok) <p>Intervensi :</p> <p>Pasien</p> <p>SP 1 P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien 2. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain 3. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain 4. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang 5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain <p>SP II P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk melakukan interaksi 2. Dengan mengetahui tanda-tanda dan gejala, kita dapat menentukan langkah intervensi selanjutnya 3. Reinforcement dapat meningkatkan harga diri klien 4. Mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang berhubungan dengan orang lain 5. Agar klien lebih percaya diri untuk berhubungan dengan orang lain <p style="text-align: center;">TTD</p> <p style="text-align: center;">Perawat</p> <p style="text-align: center;">Indah Khoiriyatus</p> <p style="text-align: center;">Syarifah</p> <p style="text-align: center;">40901800041</p>

		<p>pasien memberikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang</p> <ol style="list-style-type: none"> Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian <p>SP III P :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien Memberikan kesempatan kepada berkenalan dengan dua orang atau lebih Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 	
2.	Diagnosa keperawatan 2	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengenal halusinasi yang dialaminya Dapat mengontrol halusinasinya Menjalankan program terapi dengan maksimal <p>Kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> Setelah 2 x interaksi dengan klien, klien menunjukkan tanda percaya kepada perawat (ekspresi bersahabt, ada kontak mata, menunjukkan rasa senang, mengungkapkan masalah yang dihadapi) Setelah 2 x interaksi klien menyebutkan 9 isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi) Setelah... kali interaksi klien menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinnya Setelah...kali interaksi klien menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi Setelah ... kali interaksi klien dapat memilih dan memperagakancara mengatasi halusinasi Setelah ... kali interaksi klien melaksanakan cara yang dipilih untuk mengendalikan halusinasi dengar Setelah 2 x interaksi, klienmengikuti terapi aktivitas kelompok <p>Intervensi : Pasien</p> <p>SP I P</p> <ol style="list-style-type: none"> Mendiskusikan jenis halusinasi pasien Mendiskusikan isi halusinasi pasien Mendiskusikan waktu halusinasi 	<ol style="list-style-type: none"> Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk melakukan interaksi Mengetahui apakah halusinasi datang dan menentukan tindakan yang tepat atas halusinasinya Klien dapat melakukan tindakan ang tepat saat halusinasina muncul <p>TTD</p> <p>Perawat</p> <p>Indah Khoiriyatus</p> <p>Syarifah</p> <p>40901800041</p>

		<p>pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mendiskusikan frekuensi halusinasi pasien 5. Mendiskusikan situasi halusinasi pasien 6. Mendiskusikan respons halusinasi pasien 7. Melatih pasien mengontrol halusinasi: menghardik halusinasi 8. Memotivasi pasien memasukkan cara mengontrol dengan menghardik pada jadwal harian <p>SP II P</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian <p>SP III P</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi yaitu dengan cara menghardik, dan ngobrol 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan 3. Memotivasi pasien memasukkan dalam jadwal harian <p>SP IV P</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi yaitu dengan cara menghardik, dan ngobrol serta kegiatan teratur 2. Memberikan pendkes tentang minum obat secara teratur 3. Memotivasi pasien memasukkan dalam jadwal harian 	
--	--	---	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

IMPLEMENTASI/TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)
<p>Selasa, 24 November 2020 13.30 WIB</p> <p>1. Data Data diagnosa pertama : Isolasi Sosial DS : - Keluarga klien mengatakan klien sering meyakini di dalam rumah - Keluarga klien mengatakan bahwa klien sering asik dengan pikirannya sendiri.</p> <p>DO : - Klien nampak menarik diri dari kelompok/masyarakat - Klien nampak menolak berinteraksi dengan keluarga maupun tetangga - Afek datar - Klien saat berinteraksi dengan perawat tidak ada kontak mata - Klien nampak tidak bergairah dalam melakukan kegiatan.</p> <p>Data diagnosa kedua : Halusinasi DS : - Keluarga klien mengatakan sering mendengar klien bicara sendiri saat sendirian dirumah</p> <p>DO : - Respon klien tidak sesuai - Klien nampak menyendiri - Klien nampak melamun</p> <p>2. Diagnosa keperawatan a. Diagnosa pertama : Isolasi Sosial b. Diagnosa kedua : Halusinasi</p> <p>3. Terapi/tindakan keperawatan a. Diagnosa pertama : SP 1 PASIEN b. Diagnosa kedua : SP 1 PASIEN</p> <p>4. Rencana tindak lanjut : a. Diagnosa pertama : Isolasi Sosial (Rabu, 25 November 2020) - SP II PASIEN b. Diagnosa kedua : Halusinasi (Rabu, 25 November 2020) - SP II PASIEN</p> <p>5. Planning perawat : Jumat, 27 November 2020 a. Diagnosa pertama : Isolasi Sosial - Sharing dengan keluarga. - Pendkes tentang isolasi sosial. b. Diagnosa kedua : Halusinasi - Pendidikan kesehatan tentang halusinasi (jika perlu).</p>	<p>Kamis, 26 November 2020 Diagnosa pertama : Isolasi Sosial S : - Keluarga klien mengatakan klien masih suka meyakini - Keluarga klien mengatakan klien kadang mau berbicara dengan anak anaknya</p> <p>O : - Klien mampu berkomunikasi dengan perawat tetapi masih dengan gerakan kepala</p> <p>A : - Isolasi Sosial (±)</p> <p>P : - Sharring dengan keluarga agar klien bisa merawatnya. - Lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnosa kedua : Halusinasi S : - Keluarga klien mengatakan klien sudah tidak bicara sendiri</p> <p>O : - Klien nampak tenang</p> <p>A : - Halusinasi (-)</p> <p>P : - Intervensi di hentikan</p> <p align="right">TTD Perawat</p> <p align="right">Indah Khoiriyatus Syarifah 40901800041</p>

Dokumentasi



LAMPIRAN