

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia adalah jiwa yang retak atau disharmoni antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan. Gangguan psikosis fungsional berupa gangguan mental berulang yang ditandai dengan gejala kemunduran fungsi sosial, fungsi kerja dan perawatan diri. Selain itu skizofrenia merupakan penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan pada dopami, yaitu salah satu sel kimia dalam otak (Amar, 2016)

Skizofrenia merupakan penyakit yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosial (Direja, 2011 halaman 95). Menurut (Kaliat, 2011) menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan ketidakmampuan berkomunikasi dengan baik, persepsi, gerakan dan perilaku yang aneh.

2.1.2 Patofisiologi Skizofrenia

Terdapat milyaran sambungan sel didalam otak, setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. Sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut *neurotransmitter* yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke sambungan ujung sel yang lain. Didalam otak

yang terserang skizofrenia, terdapat kesalahan atau kerusakan pada sistem komunikasi tersebut (Yosep, 2014).

Skizofrenia terbentuk secara bertahap dimana keluarga atau klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres dalam otaknya dalam waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan ini dapat menjadi periode skizofrenia akut yang singkat dan kuat meliputi halusinasi, penyesatan pikiran. Serangan mendadak yang tiba-tiba selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita mengalami gangguan seumur hidup tetapi banyak juga yang dapat hidup secara normal dalam periode akut tersebut (Yosep, 2014).

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Rusdi Maslim (1998) dalam Aini (2010) mengklasifikasikan skizofrenia sebagai berikut :

1. Skizofrenia paranoid : memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia, adanya waham atau halusinasi yang menonjol, adanya gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan serta gejala katatonik secara relatif katatonik secara relatif tidak nyata atau menonjol.
2. Skizofrenia hebefrenik : memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia, onset biasanya mulai 15-24 tahun, adanya gejala yang mencolok yaitu bicara kacau, gangguan kebiasaan, afek datar dan tidak sesuai, kriteria tidak ditemukan pada tipe katatonik

3. Skizofrenia katatonik : memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia, terdapat satu atau lebih yang mendominasi gambaran klinisnya yaitu stupor, gaduh gelisah, menampilkan posisi tubuh tertentu, negatfisme dan rigiditas
4. Skizofrenia undifferented : tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik atau katatonik
5. Skizofrenia residual : tidak adanya waham menetap, halusinasi, gangguan bicara, gangguan yang nyata atau perilaku katatonik, adanya gejala negatif atau adanya dua atau lebih gejala yang ada pada kriteria umum skizofrenia.
6. Skizofrenia simplek : diagnosis skizofrenia simplek sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjala perlahan dan progresif dari gejala negatif yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham atau manifestasi lain dari episode psikotik dan disertai dengan perubahan perilaku yang pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu tanpa tujuan hidup dan penarikan diri secara sosial.
7. Skizofrenia terdisorganisasi : memenuhi kriteria tipe skizofrenia diantaranya pembacaraan yang terorganisasi, perilaku yang tidak terorganisasi, aek yang datar dan tidak sesuai. Tipe ini juga tidak memenuhi kriteria untuk tipe katatonik. Rusdi Maslim (1998) dalam Aini (2010).

2.1.4 Gambaran Klinis

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu gejala positif dan negatif :

1. Gejala positif

Merupakan manifestasi jelas yang dapat diamati oleh oranglain, yaitu :

- a. Delusi atau waham, suatu keyakinan yang tidak rasional atau tidak masuk akal meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinannya tidak rasional, namun penderita tetap meyakini keyakinannya.
- b. Halusinasi, pengalaman panca indera tanpa rangsangan atau stimulus. Misalnya penderita mendengar suara atau bisikan ditelinganya padahal tidak ada sumber pada bisikan tersebut.
- c. Kekacauan alam pikir, bisa dilihat dari isi pembicaraannya misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan
- e. Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya
- f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya
- g. Menyimpan dendam

2. Gejala negatif

Merupakan kehilangan ciri khas atau fungsi normal seseorang, termasuk kurang atau tidak mampu mengekspresikan emosi pada wajah dan perilaku, kurangnya dorongan untuk beraktifitas, tidak dapat menikmati kegiatan-kegiatan yang disenangi dan kurangnya kemampuan berbicara, misalnya :

- a. Afek tumpul atau datar, gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi
- b. Menarik diri atau mengasingkan diri, tidak mau bergaul atau kontak dengan oranglain, suka melamun
- c. Kotak emosional, sukar diajak bicara, pendiam
- d. Tidak ada inisiatif, tidak ada daya dan usaha, tidak ada spontanitas, monoton dan serba malas (Alang, 2011).

2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan skizofrenia merupakan suatu pendekatan multimodal oleh suatu tim multidisipliner, walau demikian psikofarmakoterapi tetap merupakan pengobatan utama pada skizofrenia. Susunan tindakan penanganan skizofrenia hendaknya meliputi perawatan pasien, apakah rawat jalan atau rawat inap di rumah sakit, pemberian farmakoterapi, pelayanan psiko-edukasi, intervensi keluarga (pendidikan keluarga, konseling keluarga, pertemuan keluarga, supportif terus menerus), rehabilitasi dan program pendidikan khusus.

2.2 Konsep Dasar Isolasi Sosial

2.2.1 Definisi

Isolasi sosial merupakan keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien isolasi sosial mengalami gangguan dalam berinteraksi dan mengalami perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain disekitarnya, lebih menyukai berdiam diri, mengurung diri dan menghindar dari oranglain (Yosep, Sutini, 2014).

Menarik diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan oranglain (Townsend M.C. dalam Muhith A, 2015). Sedangkan, penarikan diri atau *withdrawal* merupakan suatu tindakan melepaskan diri baik perhatian ataupun minatnya terhadap lingkungan sosial secara langsung yang dapat bersifat sementara atau menetap (Depkes RI, dalam Muhith A, 2015). Jadi menarik diri adalah keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan dan menghindari interaksi dengan oranglain secara langsung yang dapat bersifat sementara atau menetap.

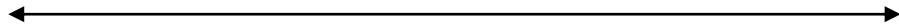
2.2.2 Rentang Respon Sosial

Dalam membina hubungan sosial, individu berada dalam rentang respon yang adaptif sampai maladaptif. Respon adaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang dapat diterima oleh norma-norma masyarakat. Sedangkan respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara-cara yang bertentangan dengan

norma-norma agama dan masyarakat. Menurut Riyadi S dan Puerwanto T (2013) respon adaptif dan maladaptif tersebut adalah :

Respon Adaptif

Respon Maladaptif



- Menyendiri	- Merasa sendiri (loneliness)	- Manipulasi
- Otonom	- Menarik diri	- Impulsif
- Bekerjasama (mutualisme)	- Ketergantungan (dependen)	- Narcisissm
- Saling bergantung (interdependen)		

Rentang Respon Sosial “Menarik Diri” Sumber : Stuart dan Sundeen (2012)

1. Menyendiri

Merupakan respon yang dilakukan individu untuk merenungkan apa yang telah terjadi atau dilakukan dan suatu cara mengevaluasi diri dalam menentukan rencana-rencana.

2. Otonom

Kemampuan individu dalam menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial, individu mampu menetapkan untuk interdependen dan pengaturan diri

3. Bekerjasama (mutualisme)

Kemampuan individu untuk saling mengerti, saling memberi dan menerima dalam hubungan interpersonal

4. Saling bergantung (interdependen)

Suatu hubungan salingbergantung antar individu dengan oranglain dalam membina hubungan interpersonal

5. Merasa sendiri (loneliness)

Kondisi dimana individu merasa sendiri dan merasa asing dari lingkungannya

6. Menarik diri

Keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan oranglain disekitarnya dan tidak mampu membina hubungan secara terbuka dengan oranglain

7. Ketergantungan (dependen)

Terjadi apabila seseorang gagal mengembangkan rasa percaya diri atau kemampuannya untuk menjadi sukses

8. Manipulasi

Gangguan hubungan sosial dimana individu memperlakukan oranglain sebagai objek, hubungan terpusat pada masalah mengendalikan oranglain dan individu berorientasi pada diri sendiri

9. Impulsif

Respon sosial yang ditandai dengan individu sebagai subjek yang tidak dapat diduga, tiak dapat dipercaya, tidak mampu merencanakan sesuatu, tidak mampu belajar dari pengalaman, tidak dapat diandalkan dan penilaian yang buruk.

10. Narsisme

Individu yang memiliki harga diri yang rapuh, terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian, pencemburuan, mudah marah jika tidak mendapat pujian dari oranglain

2.2.3 Proses Terjadinya Masalah

1. Faktor predisposisi

a). Faktor Perkembangan

Pada dasarnya kemampuan seseorang untuk berhubungan sosial berkembang sesuai dengan proses tumbuh kembang mulai dari usia bayi sampai dewasa lanjut untuk dapat mengembangkan hubungan sosial yang positif, diharapkan setiap tahap perkembangan dilalui dengan sukses. Sistem keluarga yang terganggu dapat menunjang perkembangan respon sosial maladaptif.

b). Faktor Biologis

Faktor genetik dapat berperan dalam respon sosial maladaptif.

c). Faktor Sosiokultural

Isolasi sosial merupakan faktor utama dalam gangguan berhubungan. Hal ini diakibatkan oleh norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap oranglain, tidak mempunyai anggota masyarakat yang kurang produktif seperti lanjut usia, orang cacat dan penderita penyakit kronis. Isolasi dapat terjadi karena mengadopsi norma,

perilaku dan sistem nilai yang berbeda dari yang dimiliki budaya mayoritas.

d). Faktor dalam Keluarga

Pada komunikasi dalam keluarga dapat mengantar seseorang dalam gangguan berhubungan, bila keluarga hanya menginformasikan hal-hal yang negatif dan mendorong anak mengembangkan harga diri rendah. Adanya dua pesan yang bertentangan disampaikan pada saat yang bersamaan, mengakibatkan anak menjadi enggan berkomunikasi dengan oranglain (Ernawati, dkk, 2009).

2. Faktor Presipitasi

a). Stress sosiokultural

Stres yang dapat ditimbulkan oleh menurunnya stabilitas unit keluarga dan berpisah dari orang yang berarti, misalnya karena dirawat di rumah sakit

b). Stress psikologi

Ansietas berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya. Tuntutan untuk berpisah dengan orang dekat atau kegagalan oranglain untuk memenuhi kebutuhan ketergantungan dapat menimbulkan ansietas tingkat tinggi (Ernawati, dkk, 2009)

2.2.4 Manifestasi Klinis

Menurut Townsend, M.C, 1998 (dalam Muhith, A. 2015) tanda dan gejala isolasi sosial meliputi :

1. Kurang spontan
2. Apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan)
3. Ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi sedih)
4. Afek tumpul
5. Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri
6. Tidak ada atau kurang terhadap komunikasi verbal
7. Menolak berhubungan dengan oranglain
8. Mengisolasi diri (menyendiri)
9. Kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya
10. Asupan makan dan minuman terganggu
11. Aktivitas menurun
12. Rendah diri

Jadi perilaku ini biasanya disebabkan karena seseorang menilai dirinya rendah, sehingga timbul perasaan malu untuk berinteraksi dengan oranglain. Bila tidak dilakukan intervensi lebih lanjut, maka akan menyebabkan perubahan sensori halusinasi dan resiko mencederai diri, oranglain dan lingkungan sekitarnya. Perilaku yang tertutup dengan orang lain juga bisa menyebabkan intoleransi aktivitas yang akhirnya bisa mempengaruhi terhadap ketidakmampuan untuk melakukan perawatan secara mandiri. Berikut adalah kriteria isolasi sosial :

1. Merasa tidak diterima
2. Merasa ditolak
3. Merasa kesepian
4. Tidak mampu membina hubungan baik dengan oranglain

Sedangkan solusi dari isolasi sosial adalah sebagai berikut :

1. Membina hubungan saling percaya
2. Mengajarkan cara berkenalan

2.2.5 Akibat

Salah satu gangguan berhubungan sosial diantaranya perilaku menarik diri atau isolasi sosial yang disebabkan oleh perasaan tidak berharga yang bisa dialami pasien dengan latar belakang yang penuh dengan permasalahan, ketegangan, kekecewaan dan kecemasan. Perasaan tidak berharga menyebabkan pasien makin sulit dalam mengembangkan hubungan dengan oranglain. Akibatnya pasien menjadi regresi atau mundur, mengalami penurunan dalam aktivitas dan kurangnya perhatian terhadap penampilan dan kebersihan diri. Pasien semakin tenggelam dalam perjalanan terhadap penampilan dan tingkah laku masa lalu serta tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut halusinasi (Stuart dan Sudden dalam Dalami, dkk 2009).

2.2.6 Mekanisme koping

1. Perilaku curiga : regresi, proyeksi, represi

2. Perilaku dependen : regresi
3. Perilaku manipulasi : regresi, represi
4. Isolasi atau menarik diri : regresi, represi, isolasi

2.3 Konsep Asuhan keperawatan Isolasi Sosial : Menarik Diri

2.3.1 Data Pengkajian

Menurut Kusumawati (2010), pengkajian asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial menarik diri adalah sebagai berikut :

1. Identitas

Sering ditemukan pada usia dini atau muncul pertama kali pada masa pubertas

2. Keluhan Utama

Keluhan utama biasanya berupa menyendiri (menghindar dari oranglain), komunikasi kurang atau tidak ada, berdiam diri dikamar, menolak berinteraksi dengan oranglain, tidak melakukan kegiatan sehari-hari, pasif

3. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi sangat erat kaitannya dengan faktor etiologi yaitu keturunan, endokrin, metabolisme, susunan saraf pusat, dan kelemahan ego

4. Psikososial

a). Genogram

Orangtua penderita skizofrenia, salah satu kemungkinan anaknya 7-16 % skizofrenia, bila keduanya menderita 40-68%, saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8% dan saudara kandung 7-15%.

b). Konsep diri

Kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi yang mengenai pasien akan mempengaruhi konsep diri pasien isolasi sosial: menarik diri.

c). Hubungan sosial

Klien cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, suka melamun, dan berdiam diri

d). Spiritual

Aktivitas spiritual menurun seiring dengan kemunduran kemauan.

2. Status mental

a). Penampilan diri

Pasien tampak lesu, tidak bergarah, rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak terkunci, baju tidak ganti, baju terbalik sebagai manifestasi kemunduran kemauan pasien

b). Pembicaraan

Nada suara rendah, lambat, kurang bicara, apatis

c). Aktivitas motorik

Kegiatan yang dilakukan tidak bervariasi, kecenderungan mempertahankan pada satu posisi yang dibuatnya sendiri

d). Emosi

Emosi dangkal

e). Afek

Dangkal, tidak ada ekspresi roman muka

f). Interaksi selama wawancara

Cenderung tidak kooperatif, kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara, diam

g). Persepsi

Tidak terdapat halusinasi atau waham

h). Proses berpikir

Gangguan proses berpikir jarang ditemukan

i). Kesadaran

Kesadaran berubah, kemampuan mengadakan hubungan serta pembatasan dengan dunia luar dan dirinya sendiri sudah terganggu pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan

j). Memori

Tidak ditemukan gangguan spesifik, orientasi tempat, waktu dan orang

k). Kemampuan penilaian

Tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan, selalu memberikan alasan meskipun alasan tidak jelas atau tidak tepat.

6. Kebutuhan sehari-hari

Pada permulaan, penderita kurang memperhatikan diri dan keluarganya, makin mundur dalam pekerjaan akibat kemunduran kemauan. Minat untuk memenuhi kebutuhan sendiri sangat menurun dalam hal makan. BAB/BAK, mandi, berpakaian dan istirahat tidur.

(Kusumawati, 2010)

2.3.2 Masalah Keperawatan

1. Isolasi Sosial

a. Data yang perlu dikaji

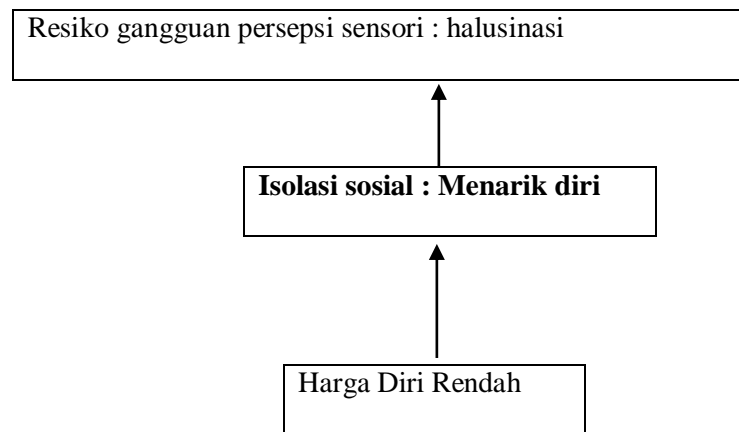
1). Data subjektif :

Pasien mengatakan : malas bergaul dengan oranglain, tidak mau berbicara dengan oranglain, tidak ingin ditemani siapapun

2). Data objektif :

Pasien kurang spontan, apatis, ekspresi wajah kurang berseri, tidak atau kurang dalam berkomunikasi verbal, mengisolasi diri, kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya, aktivitas menurun (Direja, 2011).

2.3.3 Pohon masalah



Gambar Pohon Masalah 2.1(Damaiyanti, 2012)

2.3.4 Diagnosa Keperawatan

1. Isolasi sosial menarik diri
2. Gangguan konsep diri :harga diri rendah
3. Resiko gangguan sensori persepsi :halusinasi

2.3.5 Penatalaksanaan

Menurut Dalami, dkk (2009) isolasi sosial termasuk dalam kelompok penyakit skizofrenia tak tergolongkan maka jenis penatalaksanaan medis yang bisa dilakukan adalah :

1. Electro Convulsive Therapy (ECT)

Suatu jenis pengobatan dimana arus listrik digunakan pada otak dengan menggunakan 2 elektrode yang ditempatkan dibagian temporal kepala (pelipis kiri dan kanan). Arus tersebut menimbulkan kejang grand mall yang berlangsung 25-30 detik dengan tujuan terapeutik. Respon bangkitan listriknya di otak menyebabkan terjadinya perubahan faal dan biokimia dalam otak.

2. Psikoterapi

Mebutuhkan waktu yang relatif cukup lama dan merupakan bagian penting dalam proses terapeutik, upaya dalam psikoterapi ini meliputi : memberi rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan yang terapeutik, berifat empati, menerima pasien apa adanya, memotivasi pasien untuk dapat mengungkapkan perasannya secara verbal, bersikap ramah, sopan dan jujur kepada pasien.

3. Terapi Okupasi

Suatu ilmu dan seni untuk mengarahkan paertisipasi seseorang dalam melaksanakan aktivitas atau tugas yang sengaja dipilih dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat dan meningkatkan harga diri seseorang.

2.3.6 Intervensi Keperawatan

Perawatan pasien isolasi sosial : menarik diri dari tujuan umum dan tujuan khusus. Dalam tujuan umum diharapkan klien dapat berhubungan

dengan oranglain dan lingkungan, sedangkan dalam tujuan khusus ada 5 yaitu :

1). Membina hubungan saling percaya dengan perawat

Intervensi yang dapat dilakukan dengan sikap terbuka dan empati, menerima klien apa adanya, menyapa klien dengan ramah, menepati janji, menjelaskan tujuan pertemuan, mempertahankan kontak mata selama berinteraksi

2). Klien dapat mengenal perasaan yang menyebabkan perilaku menarik diri

Intervensi yang dapat dilakukan yaitu dengan memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri, diskusikan dengan pasien tentang perilaku menarik diri, berikan pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya.

3). Klien dapat mengetahui keuntungan berhubungan dengan oranglain

Intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan mendorong klien menyebutkan kembali manfaat berhubungan dengan oranglain, berikan pujian atas kemampuan klien dengan menyebutkan manfaat berhubungan dengan oranglain

4). Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap

Intervensi yang dapat dilakukan dengan mendorong klien menyebutkan cara berkenalan dengan oranglain, klien dengan perawat, klien dengan kelompok kecil TAK, klien dengan keluarga, libatkan kliendalam kegiatan

TAK dan ADL ruangan, berikan pujian atas keberhasilan yang telah klien capai.

5). Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam berhubungan dengan oranglain

Intervensi yang dapat dilakukan dengan mendiskusikan tentang manfaat berhubungan dengan anggota keluarga, dorong klien untuk mengikuti kegiatan bersama keluarga seperti makan, beribadah, dan rekreasi, jelaskan kepada keluarga kebutuhan klien, bantu keluarga untuk mempertahankan hubungan dengan klien dengan memperlihatkan perhatiannya berkunjung ke Rumah Sakit.(Damaiyanti, 2012)

2.3.7 Hasil Jurnal Penelitian

Tabel 2.1 Analisis Jurnal Penelitian

<i>Reference</i>	<i>Objectif</i>	<i>Studi design</i>	<i>Popolation</i>	<i>Result</i>	<i>Country</i>
<p><i>Jurnal Title</i></p> <p>Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi Sosial Pada Klien Isolasi Sosial</p> <p><i>Author</i></p>	<p>Untuk mengetahui pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan interaksi sosial klien isolasi sosial di Provinsi Bengkulu</p>	<p><i>Quasi Experiment</i></p> <p><i>t</i></p>	<p>Sampel penelitian ini berjumlah 30 orang dengan tehnik pengambilan sampel <i>total sampling</i></p>	<p>Hasil uji statistik ketiga variabel didapatkan ($p\ value=0,000 < \alpha=0,05$), artinya ada pengaruh Terapi Perilaku kognitif terhadap kemampuan</p>	<p>Indonesia</p>

<p>Shinta, Dita Amita <i>Volume in page number :</i> Volume 7 nomer 2, Oktober 2019</p>				<p>n Interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) pada responden antara sebelum dan setelah mendapatkan terapi perilaku kognitif pada kelompok intervensi.</p>	
<p><i>Jurnal Title</i> Gambaran kemampuan interaksi sosial pasien isolasi sosial Setelah pemberian social skills therapy Di rumah sakit jiwa <i>Author</i> Sukma Ayu Candra Kirana <i>Volume in page number :</i> Vol 13 No 1 Februari 2018, hal 85-91</p>	<p>Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui gambaran perubahan kemampuan interaksi pasien isolasi sosial</p>	<p>Metode yang digunakan adalah deskriptif</p>	<p>40 responden isolasi sosial yang dirawat disalah satu ruang rawat inap RSJ di Jawa Barat, Indonesia</p>	<p>Ada gambaran kemampuan interaksi sosial pasien isolasi sosial Setelah pemberian social skills therapy Di rumah sakit jiwa</p>	<p>Indonesia</p>

	setelah diberikan terapi <i>Social Skills Therapy</i>				
Jurnal Title Peningkatan kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif Dan perilaku) melalui penerapan terapi perilaku kognitif Di rsj dr amino gondohutomo semarang Author Sri Nyumirah Volume in page number : Volume no 1, no 2, November 2013, 121-128	untuk mengetahui pengaruh pemberian terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan klien isolasi sosial dalam melakukan interaksi di ruang rawat inap di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang.	<i>quasi experimen tal pre- post test with without control</i>	33 orang responden dalam penelitian ini,	hasil uji statistik tidak ada hubungan umur dengan kognitif, afektif dan perilaku dan ada hubungan antara jenis kelamin dengan kognitif (p<0,05). Ada	Indonesia

				<p>hubungan antara pekerjaan dengan semua kemampuan responden dalam melakukan interaksi sosial (kognitif, afektif, perilaku) responden ($p < 0,05$).</p>	
--	--	--	--	--	--

2.3.8 Kajian Intervensi Dalam Al-Qur'an

Menurut Floyd L. Ruch dalam buku Laju Zaman Menantang Da'wah, mengatakan bahwa dalam Al-Qur'an surat Al-Isra'85 :

وَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ
إِلَّا قَلِيلًا



Artinya : “Maka bertanya kepadamu tentang hal ikhwal roh (jiwa), maka jawablah bahwa roh (jiwa) itu merupakan urusan Tuhanku, dan kamu tidak diberi pengetahuan tentang hal itu kecuali hanya sedikit”

2.4 Konsep Terapi Perilaku Kognitif

2.4.1 Pengertian

Menurut pendapat dari Prasetyo (2010), terapi kognitif adalah terapi jangka pendek teratur yang memberikan dasar berfikir bagi klien untuk mengekspresikan perasaan negatif, memahami masalah serta mampu mengatasi perasaan negatifnya dan mampu memecahkan masalah tersebut.

Sedangkan pendapat dari Martin (2010), terapi kognitif adalah suatu terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku. Terapi kognitif sendiri menggunakan beberapa strategi untuk memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Ketika seseorang mempunyai pandangan negatif terhadap diri sendiri, dunia dan masa depan mereka cenderung mengolah keyakinan yang tidak masuk akal tentang kemampuan mereka dan hubungan dengan oranglain. Hasil dari persepsi dan distorsi salah satu ini ditandai oleh harapan yang tidak realistis terhadap diri sendiri dan

oranglain, metode koping yang tidak efektif dan pandangan tentang diri sendiri sebagai orang yang tidak mampu.

2.4.2 Tujuan

Menurut Yosep (2011) secara umum terapi kognitif meliputi beberapa teknik dengan tujuan sebagai berikut :

1. Meningkatkan aktifitas yang diharapkan
2. Menurunkan perilaku yang tidak dikehendaki
3. Meningkatkan rekreasi
4. Meningkatkan dan memberi kesempatan dalam kemampuan sosial

2.4.3 Teknik- Teknik Terapi Kognitif

Beberapa teknik dari terapi kognitif, yaitu :

1. Teknik restrukturisasi kognitif

Perawat berupaya memfasilitasi klien dalam melakukan pengamatan terhadap pemikiran dan perasaan yang muncul, dimulai dengan cara memperluas kesadaran diri dan mengamati perasaan dan pemikiran yang muncul.

2. Teknik penemuan fakta-fakta

Teknik penemuan fakta mencakup pencarian sumber data yang berkaitan, data tersebut bisa diperoleh dari staf, keluarga atau anggota lain dalam masyarakat sebagai support dalam lingkungan sosial. Dalam hal ini penemuan fakta dapat berfungsi sebagai penyeimbang pendapat klien tentang pikiran buruknya.

3. Teknik penemuan alternatif

Latihan menemukan dan mencari alternatif pemecahan masalah, klien bisa melakukannya dengan perawat. Klien dianjurkan menulis masalahnya, mengurutkan masalahnya yang paling ringan dulu, kemudian mencari dan menemukan alternatifnya. Disini perawat berperan merangsang cara berpikir klien agar klien berani berpikir beda dari biasanya

4. Dekatastropik

Teknik dekatastropik dikenal dengan teknik bila dan apa. Hal ini meliputi upaya menolong klien untuk melakukan evaluasi terhadap situasi dimana klien mencoba memandang masalahnya secara berlebihan dari situasi alamiah untuk melatih beradaptasi dengan hal terburuk dengan apa yang mungkin terjadi. Pertanyaan yang dapat diajukan perawat adalah “apa hal terburuk yang terjadi bila.... ?” , “apakah akan gawat sekali jika... ?”, “serta tindakan pemecahan masalah apa bila hal tersebut benar terjadi ?”.

Tujuan dari teknik ini adalah untuk menolong klien agar melihat konsekuensi dari kehidupan

5. *Reframing*

Reframing adalah strategi dalam merubah persepsi klien terhadap situasi atau perilaku. Hal ini meliputi fokus terhadap sesuatu atau aspek lain dari masalah atau mendukung klien untuk melihat masalahnya dari sudut pandang lain. Klien sering melihat masalah hanya dari satu sudut pandang saja, teknik ini memberi kesempatan pada klien untuk merubah dan menemukan makna baru dan merubah perilaku klien.

6. *Thought stopping*

Teknik ini sangat baik digunakan pada saat klien mulai memikirkan sesuatu sebagai masalah, sehingga klien dapat menggambarkan bahwa masalahnya sudah selesai.

7. *Learning new behavior with modeling*

Modeling adalah sebuah strategi untuk mengubah perilaku baru dalam meningkatkan kemampuan dan mengurangi perilaku yang tidak sesuai. Sasaran perilakunya adalah memecahkan masalah yang disusun dalam beberapa urutan kesulitannya, kemudian klien melakukan observasi pada seseorang yang berhasil memecahkan masalahnya yang serupa dengan klien. Caranya dengan memodifikasi dan mengontrol lingkungannya setelah itu klien meniru perilaku orang yang dijadikan model, awalnya klien melakukan pemecahan secara bersamaan dengan fasilitator, selanjutnya klien mencoba

memecahkannya sendiri sesuai dengan pengalaman yang diperoleh selama bersama dengan terapis (perawat)

8. Membuat pola

Membentuk pola perilaku baru oleh perilaku yang diberikan *reinforcement* (pujian), setiap perilaku yang diperkirakan sukses dari apa yang diniatkan klien untuk melakukannya akan diberi *reinforcement* (pujian).

9. *Token economy*

Bentuk *reinforcement* positif yang digunakan pada kelompok anak-anak, hal ini dilakukan secara konsisten pada saat klien mampu menghindari perilaku buruk atau melakukan hal yang positif.

10. *Role play*

Role play memungkinkan klien untuk belajar menganalisa perilaku negatifnya melalui kegiatan sandiwara yang dapat dievaluasi oleh klien dengan memanfaatkan alur cerita dan perilaku oranglain. Klien dapat menilai dan belajar mengambil keputusan berdasarkan konsekuensi yang ada dalam cerita.

11. *Aversion therapy*

Tujuan dari terapi ini untuk menghentikan kebiasaan negatif klien dengan cara membayangkan kegiatan negatif tersebut dengan sesuatu yang tidak disukai

12. *Contingency contracting*

Teknik ini fokus pada perjanjian yang dibuat antara terapis (perawat jiwa), perjanjian dibuat dengan punishment dan *reward*.

13. *Social skill training*

Teknik ini didasari oleh sebuah keyakinan bahwa ketrampilan apapun diperoleh sebagai hasil belajar.

2.4.5 Indikasi

Adapun indikasi penerapan terapi kognitif menurut Setyoadi, dkk (2011), terapi kognitif efektif untuk sejumlah kondisi psikiatri yang umum terutama :

1. Depresi (ringan-sedang)
2. Gangguan panic dan gangguan cemas menyeluruh atau kecemasan
3. Individu yang mengalami stress emosional
4. Gangguan obsesif kompulsif (*obsesive compulsive disorder*) yang sering terjadi pada orang dewasa dan memiliki respon terhadap terapi perilaku dan antidepressan gangguan obsesif kompulsif jarang terjadi pada awal masa anak-anak, meskipun kompulsif terisolasi sering terjadi
5. Gangguan fobia (misalnya agoraphobia, fobia sosial, fobia spesifik)
6. Gangguan stress paska trauma
7. Gangguan makan (anoreksia nervosa)
8. Gangguan mood
9. Gangguan psikoseksual

2.4.6 Pedoman Pelaksanaan

Menurut hasil penelitian dari Nyumirah (2012), menjelaskan bahwa pelaksanaan terapi kognitif dilakukan dengan beberapa cara, diantaranya dengan menggunakan metode teknik restrukturasi dimulai dengan cara memperluas kesadaran diri dan mengamati perasaan dan pemikiran muncul. Metode ini dikenal dengan metode 4 kolom, langkah-langkah yang harus diperhatikan diantaranya; persiapan, orientasi, tahap kerja, evaluasi dan terminasi dengan hasil penelitian klien merasa lebih nyaman dan klien dapat merubahn pikiran maladaptif menjadi adaptif. Sesi atau tahapan pertemuannya terapi ini, yaitu :

1. Mendiskusikan dengan perawat tentang masalah yang dialami
2. Kelebihan atau kemampuan yang dimiliki klien, mendiskusikan manfaat memberi tanggapan
3. Tanya jawab untuk merubah aspek negatif menjadi positif
4. Mendiskusikan perasaan setelah diberikan terapi
5. Mendiskusikan cara dan kesulitan memasukkan kedalam jadwal harian

2.5 Konsep Terapi *Social Skill Training*

2.5.1 Pengertian

Social skill training merupakan suatu intervensi yang digunakan untuk meningkatkan ketrampilan sosial pada individu, dengan meningkat atau bertambahnya ketrampilan sosial yang dimiliki maka diharapkan individu mampu menunjukkan peningkatan hubungan yang lebih positif .

2.5.2 Tujuan

Tujuan dari *Social Skill Training* adalah untuk meningkatkan keterampilan interpersonal pada klien dengan gangguan hubungan interpersonal dengan melatih keterampilan klien yang selalu digunakan dalam hubungan dengan oranglain dan lingkungan. Menurut pendapat dari Nihayati (2017), *social skill training* bertujuan;

1. Meningkatkan kemampuan seseorang untuk mengekspresikan apa yang dibutuhkan dan diinginkan
2. Mampu menolak dan menyampaikan adanya suatu masalah
3. Mampu memberikan respon saat berinteraksi sosial
4. Mampu memulai interaksi
5. Mampu mempertahankan interaksi yang telah terbina

2.5.3 Manfaat

Menurut Yosep (2010), manfaat dari *social skill training* sangat fektif digunakan untuk meningkatkan kemampuan seseorang untuk berinteraksi dan bersosialisasi dengan oranglain disekitar maupun dilingkungannya, meningkatkan harga diri, meningkatkan kinerja dan menurunkan tingkat kecemasan.

2.5.4 Prosedur Terapi *Social Skill Training*

1. Pengertian : proses belajar dalam kemampuan seseorang untuk meningkatkan kemampuan berinteraksi dengan oranglain, dalam konteks sosial yang dapat diterima dan dihargai secara sosial
2. Tujuan terapi
 - a. Klien mampu berkomunikasi memberikan pertolongan pada oranglain
 - b. Klien mampu berkomunikasi saat meminta pertolongan kepada oranglain
 - c. Klien mampu berkomunikasi saat menerima pujian dari oranglain
 - d. Klien mampu berkomunikasi saat memberi pujian pada oranglain
3. Setting
 - a. Klien dan terapis duduk bersama dan berhadapan
 - b. Ruangan nyaman dan tenang
4. Alat tulis
 - a. Format evaluasi proses (buku kerja perawat)
 - b. Format jadwal kegiatan harian
 - c. Buku kerja klien
 - d. Alat tulis

5. Metode

- a. Diskusi dan tanya jawab
- b. Modeling (demonstrasi dari terapis)
- c. Role play (redemonstrasi dari klien)
- d. Feedback dari terapis
- e. Transfer training yang dilakukan oleh klien dengan klien lain dalam kelompok

6. Langkah-langkah kegiatan

- a. Persiapan
 - 1) Mengingatkan kontrak dengan klien
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

7. Pelaksanaan

- a. Orientasi
 - 1) Salam terapeutik
 - a) Salam dari terapis
 - b) Memperkenalkan nama dan panggilan terapis
 - c) Mempersilahkan klien menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan secara bergiliran (masing-masing klien memakai papan nama)

2) Evaluasi/validasi

a) Menanyakan perasaan klien saat ini

3) Kontrak

a) Menyetujui terapi yaitu latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan

b) Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu :

(1) Klien mampu berkomunikasi untuk memberikan pertolongan pada orang lain

(2) Klien mampu berkomunikasi saat menerima pertolongan dari oranglain

(3) Klien mampu berkomunikasi untuk memberikan pujian pada oranglain

(4) Klien mampu berkomunikasi saat menerima pujian dari oranglain

c) Terapis menjelaskan tata tertib sebagai berikut :

(1) Lama kegiatan 30 menit

(2) Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai

(3) Jika ada klien yang akan meninggalkan kegiatan harus meminta ijin pada terapis

8. Tahap kerja

- a. Terapis mendiskusikan dengan seluruh klien tentang kemampuan yang telah dilakukan/dimiliki klien dalam menjalin persahabatan meliputi; menerima dan memberikan pujian, meminta dan memberikan pertolongan pada oranglain
- b. Memberikan pujian atas ketrampilan yang telah dilakukan klien
- c. Terapis melatih berkomunikasi dalam memberikan pertolongan pada orang lain dengan menggunakan metode :
 - 1) Terapis mendemonstrasikan komunikasi dalam memberikan pertolongan
 - 2) Klien 1 melakukan kembali cara komunikasi dalam memberikan pertolongan
 - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1
 - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
 - 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
 - 6) Secara berpasangan klien mempraktekkan kembali cara komunikasi dalam memberikan pertolongan pada oranglain
 - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien

- 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- d. Terapis melatih berkomunikasi saat meminta pertolongan pada oranglain dengan menggunakan metode :
- 1) Terapis mendemonstrasikan cara komunikasi saat meminta pertolongan
 - 2) Klien 1 melakukan kembali cara komunikasi saat meminta pertolongan
 - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1
 - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
 - 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
 - 6) Seluruh klien berpasangan mempraktekkan kembali cara komunikasi saat meminta pertolongan pada oranglain
 - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
 - 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien

e. Terapis melatih berkomunikasi untuk memberikan pujian pada oranglain dengan metode :

- 1) Terapis mendemonstrasikan cara komunikasi untuk memberi pujian
- 2) Klien 1 melakukan kembali cara komunikasi untuk memberi pujian
- 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1
- 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
- 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
- 6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali cara komunikasi untuk memberikan pujian kepada oranglain
- 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
- 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien

f. Terapis melatih berkomunikasi saat menerima pujian dari oranglain dengan metode :

- 1) Terapis mendemonstrasikan cara komunikasi saat menerima pujian

- 2) Klien 1 melakukan kembali cara komunikasi saat menerima pujian
- 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1
- 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
- 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
- 6) Seluruh klien secara berkelompok mempraktekkan kembali cara komunikasi saat menerima pujian dari oranglain
- 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
- 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- 9) Tahap terminasi
 - a) Evaluasi
 - (1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan
 - (2) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi untuk meminta pertolongan pada oranglain
 - (3) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi saat memberi pujian pada oranglain

- (4) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi saat memberi pujian dari oranglain
- (5) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi saat menerima pujian dari oranglain
- (6) Memberi umpan balik positif atas kerjasama dan keberhasilan klien

b) Tindak lanjut

- (1) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi untuk meminta pertolongan kepada oranglain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan
- (2) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi untuk memberikan pertolongan kepada oranglain dengan teman dalam kelompok, klien lain maupun perawat ruangan
- (3) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi untuk memberikan pujian kepada oranglain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan
- (4) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi saat menerima pujian dari oranglain dengan teman dalam kelompok, klien lain maupun perawat ruangan

(5) Masukkan rencana latihan klien dalam jadwal kegiatan harian

c) Kontrak yang akan datang

(1) Menyetujui topik percakapan selanjutnya

(2) Mensepakati waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya

10) Evaluasi dan Dokumentasi

a) Evaluasi proses

Dilakukan saat proses *Social Skill Training* berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien berkomunikasi dalam menjalin persahabatan, meliputi : berkomunikasi untuk memberikan pujian, dan berkomunikasi saat menerima pujian

b) Dokumentasi

Dokumentasi yang dimiliki klien pada akhir terapi pada catatan keperawatan masing-masing klien

2.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Riyadi, 2010). Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun

pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012). Pedoman implementasi keperawatan menurut Dermawan (2012) :

a). Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana. Validasi menentukan apakah rencana masih relevan, masalah mendesak, berdasar pada rasional yang baik dan diindividualisasikan. Perawat memastikan bahwa tindakan yang sedang diimplementasikan baik oleh pasien, perawat maupun yang lain, berorientasi pada tujuan dan hasil. Tindakan selama implementasi diarahkan untuk mencapai tujuan.

b). Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien dilingkungan yang sesuai. Perawat harus kompeten dan mampu melaksanakan keterampilan ini secara efisien guna menjalankan rencana. Kesadaran diri dan kekuatan serta keterbatasan perawat menunjang pemberian asuhan yang kompeten dan efisien sekaligus memerankan peran keperawatan profesional.

c). Keamanan fisik dan psikologis pasien dilindungi. Selama melaksanakan implementasi, keamanan fisik dan psikologis dipastikan dengan mempersiapkan pasien secara adekuat, melakukan asuhan keperawatan dengan terampil dan efisien, menerapkan prinsip yang baik, mengindividualisasikan tindakan dan mendukung pasien selama tindakan tersebut.

d). Dokumentasi tindakan dan respon pasien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan. Dokumentasi dalam catatan

perawatan kesehatan terdiri atas deskripsi tindakan yang diimplementasikan dan respon pasien terhadap tindakan tersebut. Tindakan yang tidak diimplementasikan juga dicatat disertai alasan. Dokumentasi rencana asuhan untuk meningkatkan kesinambungan asuhan dan untuk mencatat perkembangan pasien guna mencapai kriteria hasil. Menurut Direja A. H (2011), Strategi Pelaksanaan pada Pasien dengan 5 SP yaitu :

1. SP (1)
 - a. Identifikasi penyebab Isolasi Sosial
 - b. Diskusi dengan klien tentang keuntungan dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
 - c. Ajarkan klien cara berkenalan dengan satu orang
 - d. Masukkan dalam kegiatan harian klien
2. SP (2)
 - a. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1)
 - b. Mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang (perawat)
 - c. Masukkan jadwal harian klien
3. SP (3)
 - a. Evaluasi jadwal harian klien (SP 1 dan 2)
 - b. Mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang (klien)
 - c. Masukkan dalam jadwal harian klien
4. SP (4)
 - a. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1, 2 dan 3)
 - b. Mempraktekkan cara berkenalan dengan dua orang atau lebih (kelompok)

- c. Masukkan dalam jadwal harian klien
- 5. SP (5)
 - a. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1, 2, 3, 4 dan 5)
 - b. Jelaskan cara patuh minum obat
 - c. Masukkan dalam jadwal harian klien

2.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011). Dalam penilaian keberhasilan evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam tujuan tidak tercapai maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut bisa terjadi karena beberapa faktor dibawah ini :

- a. Tujuan tidak realistis
- b. Tindakan keperawatan yang tidak tepat
- c. Terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi

Alasan pentingnya penilaian :

1. Menghentikan tindakan atau kegiatan yang tidak berguna
2. Untuk menambah ketepatan tindakan keperawatan
3. Sebagai bukti hasil dari tindakan keperawatan
4. Untuk pengembangan dan penyempurnaan praktik keperawatan

Tipe pernyataan evaluasi menurut Setiadi (2012) dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir, rekapitulasi dan kesimpulan dari obeservasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan. Bentuk evaluasi menurut Deswani (2009) :

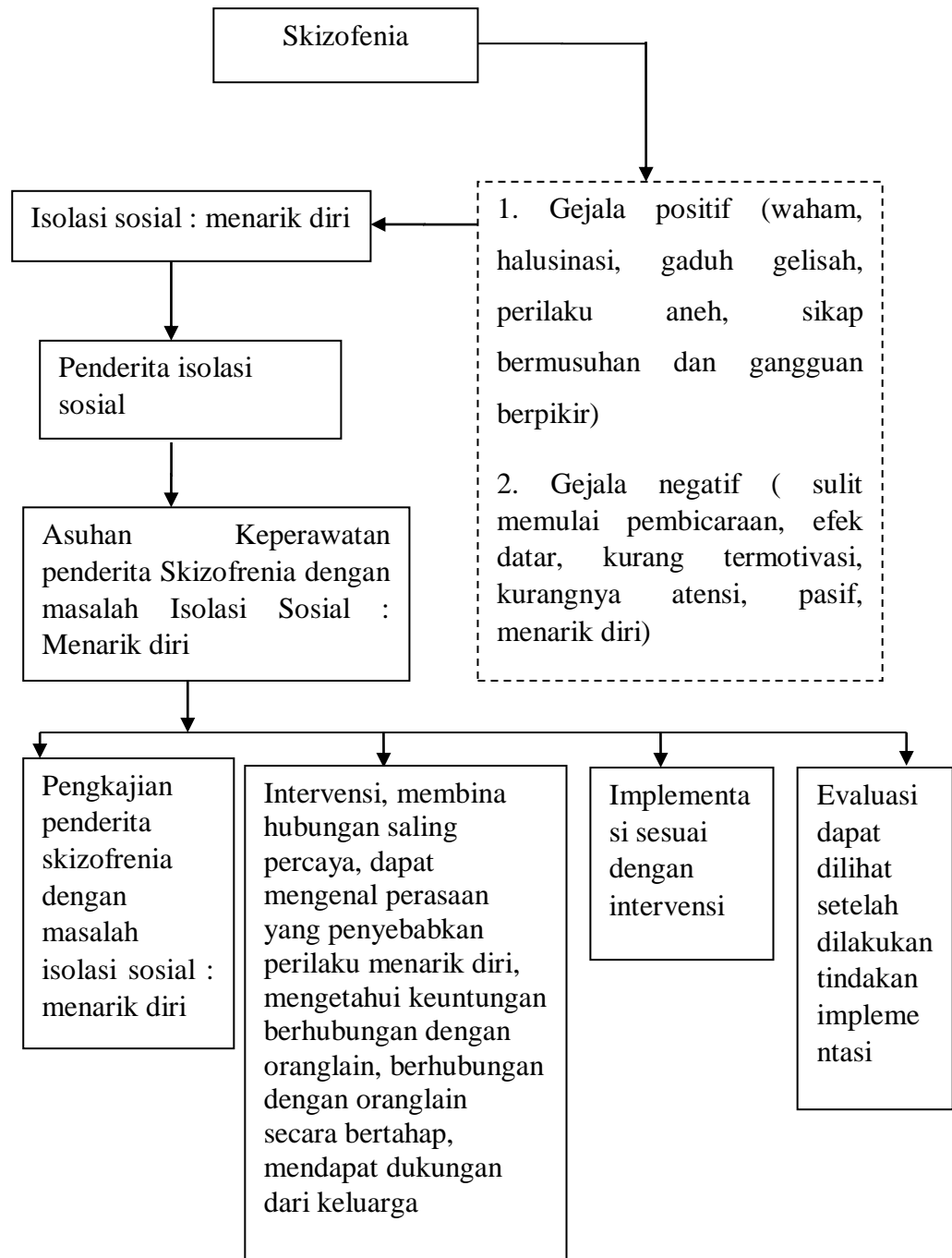
- a. Evaluasi struktur, difokuskan pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan diberikan. Aspek lingkungan secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi dalam pemberian pelayanan.
- b. Evaluasi proses, berfokus pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan, dan sesuai wewenang.
- c. Evaluasi hasil, berfokus pada respon dan fungsi pasien. Respon perilaku pasien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil.

Selain itu, terdapat juga manfaat proses keperawatan menurut Dermawan (2013) :

- a. Manfaat untuk pasien

1. Mendapatkan pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu, efektif dan efisien
 2. Pasien bebas mengemukakan pendapat tentang kebutuhannya untuk mempercepat penyembuhan
 3. Proses penyembuhan dapat dipercaya dan pasien mendapat kepuasan
- b. Manfaat untuk tenaga kesehatan
1. Kemampuan intelektual dan teknis tenaga keperawatan dapat berkembang meliputi kemampuan berfikir kritis analaliti maupun kemampuan keterampilan teknis
 2. Meningkatkan kemandirian perawat
 3. Kepuasan yang dirasakan pasien akan meningkatkan citra perawat dimata masyarakat
- c. Manfaat untuk intuisi kesehatan
1. Banyak pasien sehingga pembiayaan meningkat, yang akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan dan kesejahteraan tenaga kesehatan
 2. Citra rumah sakit bertambah dimata masyarakat
- d. Manfaat untuk masyarakat, memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas

2.8 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.2 Hubungan Antar Konsep Gambaran Asuhan Keperawatan Penderita Skizofrenia dengan Gangguan Isolasi Sosial Menarik Diri