

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Skizofreni*

2.1.1 Definisi *Skizofrenia*

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosialnya (Winifred & Claudia, 2014).

Maramis (2010) menyebutkan “*skizofrenia* merupakan suatu gangguan kejiwaan berat yang menunjukkan adanya disorganisasi (kemunduran) dari fungsi kepribadian, sehingga mengakibatkan *disability* (ketidakmampuan).

2.1.2 Etiologi

Terdapat berbagai faktor penyebab *skizofrenia* menurut Maramis (2010), diantaranya:

1. Faktor genetik (keturunan)

Faktor genetik atau keturunan dapat menjadi suatu penyebab terjadinya *skizofrenia*. Hal tersebut telah dibuktikan pada penelitian terhadap keluarga penderita *skizofrenia* terutama adalah pada anak kembar dari satu telur. Angka kesakitan terhadap saudara tiri yaitu 0,9 sampai dengan 1,8%; pada saudara kandung 7-15%; pada anak-anak dengan salah satu dari orangtuanya menderita gangguan *skizofrenia* 7-16%; apabila kedua orangtuanya menderita gangguan *skizofrenia* 40-

68%; pada bayi kembar dengan 2 telur (heterozigot) yaitu 2-15%; pada bayi kembar dengan satu telur (monozigot) yaitu 61-86%. Gangguan *skizofrenia* yang melibatkan lebih dari 1 gen, merupakan sebuah fenomena yang disebut dengan *quantitative trait loci*. Gangguan *skizofrenia* yang sering kita jumpai bisa jadi disebabkan dari beberapa gen yang berlokasi pada tempat yang mungkin berbeda yang terdapat di seluruh kromosom.

2. Faktor psikologis dan sosial

Coleman dan Maramis (2014 dalam Baihaqi et al, 2010) mengatakan “ keluarga pada waktu kanak-kanak memegang suatu peranan yang sangat penting dalam pembentukan kepribadian”. Orangtua biasanya bertindak terlalu banyak kepada anak, sehingga anak tidak diberikan kesempatan untuk berkembang, ada juga orangtua yang bertindak sangat sedikit sehingga tidak merangsang anak, atau bahkan tidak memberikan bimbingan kepada anak serta anjuran yang dibutuhkan untuk perkembangan anak.

3. Faktor Endokrin

Pada zaman dahulu gangguan *skizofrenia* sering dikira disebabkan oleh suatu gangguan endokrin. Teori tersebut dikatakan berhubungan dengan timbulnya *skizofrenia* diwaktu pubertas atau masa remaja, waktu kehamilan atau pureperium, dan pada waktu klimakterium. Tetapi penelitian tersebut tidak dapat dibuktikan.

2.1.3 Jenis-Jenis *Skizofrenia*

Menurut Videback (2011) mengelompokkan gangguan *skizofrenia* menjadi lima golongan, yaitu:

1. *Skizofrenia* Paranoid

Skizofrenia paranoid merupakan suatu tipe gangguan jiwa dimana pada pasien *skizofrenia* selalu merasa bahwa dirinya itu akan dibunuh oleh seseorang.

2. *Skizofrenia* hebrefenik

Merupakan suatu gangguan jiwa yang memiliki gejala yaitu pada proses berpikir, gangguan kemauan, serta adanya depersonalisasi atau *double personality*.

3. *Skizofrenia* katatonik

Merupakan suatu gangguan jiwa yang memiliki sifat sementara yang biasanya terjadi kepada seseorang yang mengalami gangguan *skizofrenia*.

4. *Skizofrenia* tak terdiferensiasi

Merupakan suatu gangguan jiwa yang menunjukkan gejala waham, halusinasi, memperlihatkan afek datar, serta perilaku yang kacau.

5. *Skizofrenia* residual

Merupakan suatu gangguan jiwa yang kronis disertai bersama riwayat kurang lebih 1 episode psikotik jelas serta gejala yang berkembang pada arah negatif.

2.1.4 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Gambaran yang terjadi pada gangguan *skizofrenia* sangat beraneka ragam, mulai dari gangguan perasaan, pola pikir, perilaku yang terlihat atau mencolok sampai dengan perilaku yang samar-samar. Menurut Bleuler (Maramis, 2010) berpedapat bahwa gejala yang terjadi pada gangguan *skizofrenia* dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Gejala Primer

a. Gangguan proses pikiran

Yang terjadi pada gangguan *skizofrenia* ini memang terdapat pada proses pikiran, dan yang terganggu adalah asosiasi.

Terkadag satu ide belum selesai disampaikan atau diutarakan, sudah timbul ide yang lain. Atau ada juga pemindahan, contohnya kata “tani” tetapi dikatakan menjadi “sawah”. Ada juga yang menggunakan kata simbolik, seperti dikatakan “putih” bila dimaksud “suci”. Hal-hal tersebut dapat menyebabkan jalan pemikiran pada pasien *skizofrenia* susah atau sukar untuk dimengerti. Jalan pemikiran pada pasien *skizofrenia* mudah dibelokkan, dan hal tersebut dapat menambah inkoherensinya.

b. Gangguan Afek dan Emosi

Gangguan tersebut pada pasien *skizofrenia* dapat berupa gangguan kedangkalan afek maupun emosi, misalnya seperti pasien *skizofrenia* acuh terhadap hal-hal yang bersifat penting bagi dirinya sendiri, seperti halnya keadaan keluarganya sertamasa depannya sendiri. Pada pasien *skizofrenia* memiliki emosi yang sangat

berlebih, sehingga terlihat seperti sedang dibuat-buat, seperti halnya sedang bermain sandiwara.

c. Gangguan Kemauan

Pada pasien dengan gangguan *skizofrenia* sebagian besar memiliki kelemahan kemauan. Pasien *skizofrenia* tidak bisa mengambil keputusan, mereka juga tidak bisa bertindak di dalam suatu keadaan tertentu.

d. Gejala Psikomotor

Gejala ini sering disebut sebagai gejala katatonik atau gangguan dalam perbuatan. Pada kelompok gejala ini oleh Bleuler dimasukkan kedalam gejala *skizofrenia* yang bersifat sekunder, karena gejala ini didapati juga dalam penyakit lain.

2. Gejala Sekunder

a. Halusinasi

Halusinasi yaitu salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Damianti. M & Iskandar, 2012).

b. Delusi atau Waham

Delusi atau yang sering disebut dengan waham merupakan suatu keyakinan atau rasional, walaupun sudah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinan tersebut tidak rasional, tetapi penderita tetap saja meyakini kebenaran dari hal tersebut.

2.2 Konsep Isolasi Sosial

2.2.1 Definisi Isolasi Sosial

Isolasi sosial merupakan suatu keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan tidak dapat berinteraksi sama sekali dengan orang lain di sekitarnya. Penderita mungkin merasa dirinya ditolak, tidak diterima, kesepian, serta tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Herdman dan Kamitsuru, 2014).

Isolasi sosial merupakan suatu perilaku seseorang dimana individu tersebut selalu menghindari dari interaksi bersama orang lain. Individu tersebut merasa jika dirinya kehilangan hubungan yang dekat dan dia tidak memiliki kesempatan untuk berbagi perasaannya, prestasinya, kegembiraannya, maupun kegagalannya. Individu tersebut mempunyai kesulitan dalam berhubungan secara spontan bersama orang lain, yang dimanifestasikan sebagai sikap memisahkan diri dengan orang lain, tidak memiliki perhatian, serta individu tersebut tidak mampu berbagi pengamatan bersama orang lain (Fitria, 2009).

Menurut Parwanto (2015) berpendapat bahwa dampak yang dapat ditimbulkan dari isolasi sosial adalah menarik diri, mudah marah, halusinasi, defisit perawatan diri serta dapat melakukan hal-hal yang tidak terduga.

Menarik diri adalah suatu gangguan yang mengakibatkan seseorang menghindari dari interaksi dengan orang lain, individu tersebut sering menghindari hubungan bersama orang-orang di sekitarnya, bahkan individu tersebut cenderung menyendiri (Keliat, 2011).

2.2.2 Etiologi

Menurut Prabowo (2014), pasien yang mengalami gangguan isolasi sosial disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya:

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang dapat menyebabkan seseorang mengalami isolasi sosial adalah:

- a. Adanya tahap pertumbuhan dan perkembangan yang belum dapat dilalui dengan baik.
- b. Adanya gangguan komunikasi di dalam keluarga.
- c. Adanya norma-norma yang salah yang dianut di dalam keluarga.
- d. Serta faktor biologis berupa gen yang diturunkan dari keluarga yang menyebabkan gangguan jiwa.

2. Faktor Pretisipasi

Faktor presipitasi yang menjadi penyebab adalah adanya stressor sosial budaya serta stressor psikologis yang dapat menyebabkan klien mengalami kecemasan.

2.2.3 Manifestasi Klinis Isolasi Sosial

Menurut Yosep (2012) tanda gejala yang ditimbulkan dari isolasi sosial dibagi menjadi dua, yaitu gejaa subyektif dan gejala obyektif:

1. Gejala subjektif

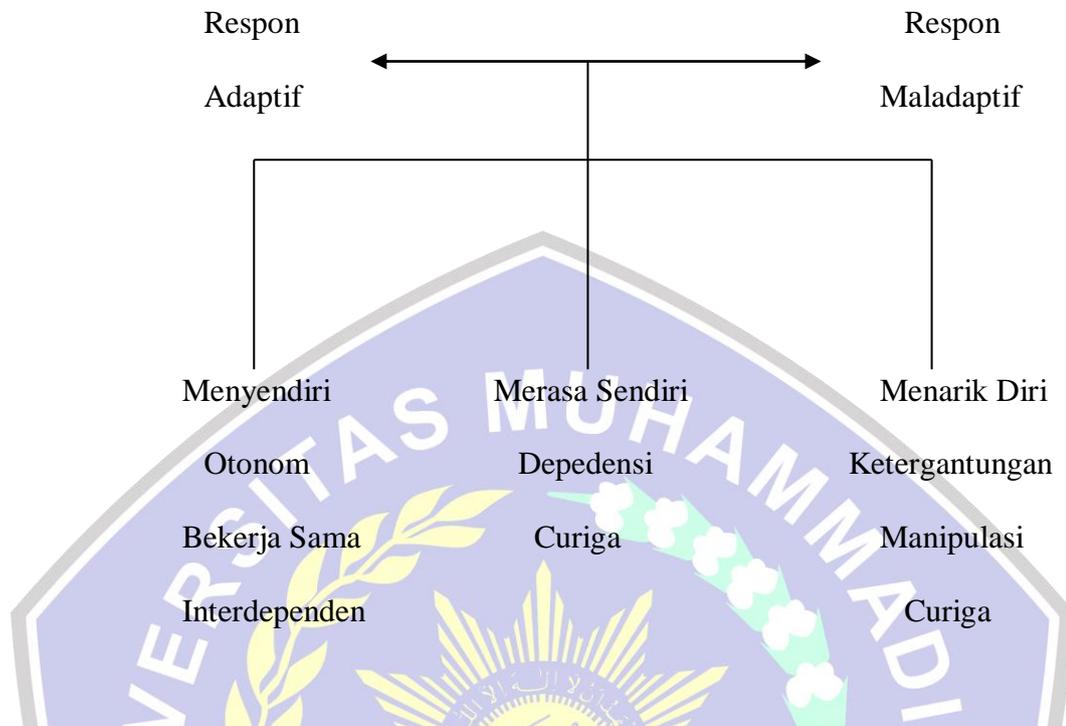
- a. Klien merasa dirinya tidak berguna sama sekali.
- b. Klien merasa terancam jika bersama dengan orang lain.
- c. Klien memiliki respon verbal yang kurang serta sangat singkat.

- d. Klien merasa bahwa dirinya ditolak oleh orang lain.
- e. Klien bercerita mengenai perasaannya yang kesepian.
- f. Klien merasa bahwa hari-harinya terasa sangat membosankan.
- g. Klien merasa dirinya tidak siap dalam melanjutkan hidup.

2. Gejala objektif

- a. Kurangnya energi dalam tubuh untuk melakukan aktivitas.
- b. Klien tidak suka mengikuti kegiatan.
- c. Klien mengisolasi dirinya sendiri.
- d. Klien sering diam serta tidak banyak bicara atau bahkan tidak mau bicara sama sekali.
- e. Klien terlihat sedih, ekspresi wajahnya datar.
- f. Kontak mata klien sangatlah kurang.
- g. Klien kurang spontan.
- h. Klien kurang merawat dirinya serta tidak memperhatikan penampilannya.
- i. aktivitas klien menurun.
- j. Klien kurang atau bahkan tidak sadar dengan lingkungan di sekitarnya.

2.2.4 Rentang Respon (Fitria, 2010)



Gambar 2. 1. Rentang Respon(Fitria, 2010)

Di bawah ini akan dijelaskan rentang respon yang terjadi pada gangguan isolasi sosial :

1. Respon Adaptif

Respon adaptif merupakan suatu respon yang masih bisa diterima oleh norma sosial serta kebudayaan unum yang sedang berlaku. Individu masih dalam batas keadaan normal ketika menghadapi dan dalam penyelesaian masalah. Sikap-sikap yang termasuk dalam respon adaptif adalah sebagai berikut:

- a. Menyendiri, individu merenungkan apa yang telah terjadi di lingkungan sosialnya.

- b. Otonom, Kemampuan yang dimiliki seorang individu dalam menyampaikan pikiran, ide serta perasaan di dalam membina hubungan sosial.
- c. Bekerja Sama, kemampuan seseorang yang saling membutuhkan satu dengan yang lainnya.
- d. Interdependen, seseorang saling ketergantungan satu sama lain dalam membina hubungan interpersonal.

2. Respon adaptif dan maladaptif

Respon maladaptif merupakan suatu respon yang menyimpang dari norma-norma sosial, maupun dalam kehidupan disuatu daerah tertentu. Yang termasuk dalam perilaku maladaptif yaitu:

a. Menarik diri

Seorang individu yang mengalami kesulitan di dalam menjalin hubungan secara terbuka bersama orang lain.

b. Ketergantungan

Seorang individu yang mengalami kegagalan dalam mengembangkan rasa percaya diri, sehingga menjadikan seseorang selalu bergantung terhadap orang lain.

c. Manipulasi

Individu yang mengganggu orang lain sebagai objek individu, sehingga menyebabkan individu tersebut tidak bisa membina hubungan secara mendalam

d. Curiga

Seorang individu yang gagal dalam mengembangkan rasa percaya terhadap orang lain di sekitarnya.

2.2.5 Mekanisme Koping

Seorang individu yang mengalami respon maladaptif menggunakan beberapa mekanisme guna mengatasi masalah yang sedang di hadapinya. Mekanisme tersebut ada kaitannya dengan 2 jenis masalah hubungan yang spesifik (Gail, W Stuart 2011). Menurut Gail W. Stuart pada tahun 2011, mengatakan bahwa koping yang berhubungan terhadap respon sosial maladaptif memiliki keterlibatan di dalam hubungan dengan keluarga maupun teman, hubungan dengan hewan peliharaan, serta pemanfaatan kreatifitas guna mengekspresikan stress interpersonal, seperti halnya bermain musik, kesenian, serta, melalui tulisan.

Mekanisme koping yang banyak digunakan untuk seseorang yang mengalami gangguan isolasi sosial: menarik diri diantaranya:

1. Proyeksi

Proyeksi merupakan suatu keinginan yang tidak bisa ditoleransi, seorang individu meluapkan emosi terhadap orang lain, karena kesalahan yang dilakukan dirinya sendiri.

2. Regresi

Regresi adalah suatu tindakan menghindari stress, kecemasan serta menampakkan perilaku yang mirip seperti pada masa perkembangan anak-anak.

3. Represi

Represi merupakan suatu tindakan menekan perasaan atau pengalaman yang menyakitkan, atau ingatan yang dapat memicu timbulnya mekanisme ego lainnya.

4. Spliting

Spliting merupakan suatu kegagalan di dalam mengintegrasikan diri dalam menilai baik buruk yang kurang konsisten.

2.2.6 Akibat Isolasi Sosial

Penyebab dari perilaku isolasi sosial diantaranya karena seseorang sering menganggap bahwa dirinya itu rendah, sehingga menimbulkan perasaan malu jika berkomunikasi dengan orang lain. Isolasi sosial jika dibiarkan dan tidak dilakukan penanganan lebih lanjut, maka dapat menjadi penyebab timbulnya perubahan persepsi sensori: halusinasi serta beresiko tinggi melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Menurut Stuart *and* Sunden (2011) berpendapat bahwa gangguan isolasi sosial: menarik diri disebabkan dari perasaan yang tidak berharga. Perasaan tersebut dapat muncul akibat dari latar belakang klien yang mungkin penuh dengan permasalahan, kekecewaan, serta kecemasan. Seorang klien yang memiliki perasaan yang tidak berharga terhadap dirinya, maka akan sangat sulit di dalam mengembangkan hubungan bersama orang lain. Akibat yang dapat ditimbulkan diantaranya, klien akan menjadi mundur ,

aktivitasnya menurun, serta kurangnya penampilan maupun kebersihan dirinya sendiri.

Pada pasien dengan isolasi sosial mengalami perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, senang berdiam diri, dan menghindar dari orang lain. Pasien isolasi sosial mengalami gangguan dalam berinteraksi (Berhimping, 2016).

2.2.7 Penatalaksanaan

Menurut Dalami. Dkk, (2009) mengatakan, Isolasi sosial merupakan salah satu kelompok dari penyakit *skizofrenia*, jadi penatalaksanaan medis yang bisa diterapkan diantaranya:

1. Psikotropika

Klien dengan gangguan jiwa sangatlah berbeda dengan klien yang secara umum sakit fisik biasa, faktanya klien yang sakit fisik menyadari bahwa dirinya itu sakit dan memerlukan pertolongan tenaga kesehatan, sedangkan klien dengan gangguan jiwa tidak merasakan atau bahkan tidak menyadari bahwa dirinya itu sakit dan membutuhkan pertolongan dari tenaga kesehatan. Perawat sangat kesulitan dalam melakukan pemberian obat kepada klien dengan gangguan jiwa, dikarenakan klien sendiri tidak merasa bahwa dirinya itu sedang sakit, sehingga klien tidak mau minum obat, bahkan klien curiga jika diberikan obat oleh perawat, klien mencurigai bahwa itu adalah racun, dan bahkan klien sering menyembunyikan obatnya lalu

dibuang sehingga perawat harus pandai-pandai dalam pemberian obat kepada klien dengan gangguan jiwa.

Obat-obat psikotropika yang sering digunakan diantaranya:

a. Obat anti depresan

Anafranil, Asendin, Ludiomil, Laroxyl

b. Obat antipsikotik

Clozapil, Haloperidol, Anatenzol, Stelazin, Promactil

c. Obat anti ansietas

Fresium, Valium, Xanax, Buspar, Ativan

d. Obat anti maniak

Lathium karbonat

e. Obat anti parkinson

Akineton, Kemadril, Artane, Kongentin

f. Obat anti insomnia

Esilgan, Mogadon

2. *Electro Convulsive Therapy* (ECT)

ECT merupakan suatu pengobatan yang memanfaatkan aliran listrik yang langsung digunakan pada otak dengan menggunakan dua *elektrode* yang ditempel pada bagian kepala tepatnya di bagian temporal. Arus listrik tersebut dapat mengakibatkan kejang *grand mall*, kejang *grand mall* dapat berlangsung selama 25-30 detik, dengan tujuan terapeutik. Respon yang ditimbulkan dari tindakan tersebut dapat menyebabkan perubahan faal serta perubahan biokimia di dalam otak.

Indikasi dari ECT:

a. Depresi Mayor

- 1) Klien dengan depresi berat disertai dengan retardasi mental, wham, serta tidak memiliki perhatian lagi pada dunia di sekitarnya, berat badan turun drastis, serta memiliki ide-ide yang tidak normal seperti ingin bunuh diri.
- 2) Klien dengan depresi ringan yaitu terjadi jika terdapat riwayat responsif serta memberikan suatu respon yang baik pada ECT.
- 3) Klien dengan depresi tanpa respon pada pengobatan anti depresan serta klien tidak bisa menerima pemberian obat anti depresan.

b. Skizofrenia

Terapi ini sangat bermanfaat pada penderita *skizofrenia* yang lama tidak menimbulkan kekambuhan, tetapi tidak efektif digunakan pada *skizofrenia* kronik.

c. Maniak

Terapi ini bermanfaat bagi klien dengan gangguan maniak yang sudah tidak responsif dengan terapi yang sudah diberikan lainnya, atau bahkan terapi lain yang diberikan untuk penyakit maniak sangat berbahaya bagi klien.

3. Psikoterapi

Meskipun terapi ini membutuhkan waktu yang sangat lama, tetapi psikoterapi sangatlah penting di dalam tindakan terapeutik dalam

penyembuhan klien. Ada beberapa upaya yang dilakukan dalam psikoterapi diantaranya:

- a. Terapi ini memberikan rasa tenang serta aman pada klien.
- b. Memotivasi klien supaya dapat mengungkapkan apa yang sedang dirasakannya.
- c. Bersikap ramah serta jujur kepada klien.
- d. Menerima klien apa adanya tanpa memandang latar belakang klien.

4. Terapi individu

Terapi individu yang sering diberikan pada pasien dengan gangguan isolasi sosial: menarik diri adalah strategi pelaksanaan (SP), SP yang diberikan terdiri dari 3 strategi yang berbeda. SP 1 perawat melakukan identifikasi apa yang menjadi penyebab klien mengalami gangguan isolasi sosial, mendiskusikan bersama klien apa saja kerugian serta keuntungan apabila tidak berinteraksi dibandingkan berinteraksi dengan orang lain, serta membuat jadwal kegiatan harian untuk mencatat tindakan berbincang-bincang bersama orang lain. Pada SP 2, tindakan yang dilakukan perawat adalah mengobservasi kegiatan harian yang sudah dilakukan klien, perawat juga harus memberikan kesempatan untuk klien mempraktekkan bagaimana cara berkenalan dengan baik bersama orang lain, serta membantu klien memasukan tindakan yang sudah dilakukan pada buku kegiatan harian. SP 3 Perawat mengevaluasi jadwal kegiatan harian yang sudah diisiklien, membiarkan klien mempraktekkan cara berkenalan dengan lebih dari

satu orang, serta membantu klien dalam memasukkan tindakan ke dalam jadwal kegiatan harian yang telah dibuat (Purba, dkk, 2008).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Menurut Keliat (2010) berpendapat bahwa pengkajian adalah suatu tahap awal serta menjadi suatu dasar di dalam proses tindakan keperawatan. Tahap-tahap didalam pengkajian yaitu pengumpulan data serta perumusan masalah, data yang dikumpulkan diantaranya yaitu data biologis, psikologis, sosial, serta spiritual.

Data-data yang sering muncul pada klien dengan gangguan isolasi sosial yaitu data subjektif yaitu, klien mengatakan bahwa orang lain tidak mau menerima kehadirannya, klien jug mengatakan malas jika dirinya harus berinteraksi dengan orang lain, serta klien juga sering mengatakan bahwa dirinya merasa tidak berguna sama sekali. Di dalam data objektif yang sering muncul yaitu, klien selalu menyendiri, klien tidak mau berbicara dengan orang lain, klien tidak memiliki keinginan untuk berinteraksi dengan orang lain disekitarnya, serta afek tumpul dan kontak matanya menghilang.

Tanggal masuk RS : Tanggal hari pertama pasien dirawat di RS

Bangsal dirawat : Bngsal tempat pasien dirawat

No RM : No pasien berdasarkan no yang tertera pada buku catatan medik pasien

Tanggal pengkajian : Tanggal pada saat perawat melakukan pengkajian

Sumber data : Pasien, catatan RM, keluarga, perawat lainnya

1. Identitas

- a. Identitas pasien berisi data-data dari klien, diantaranya adalah nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, status pernikahan, dan yang tidak boleh ketinggalan yaitu tanggal pengkajian.
- b. Identitas penanggung jawab yaitu berisi terkait data-data penanggung jawab klien dari klien yang berisi, nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, serta hubungan dengan klien.

2. Riwayat penyakit sekarang

Apa keluhan yang sedang dirasakan klien saat pengkajian.

3. Faktor predisposisi

- a. Apakah ada riwayat memiliki gangguan jiwa sebelumnya.
- b. Pengobatan apa saja yang dilakukan sebelumnya, apakah berhasil atau tidak.
- c. Terdapat trauma, adanya riwayat penganiayaan fisik, seksual, kekerasan di dalam rumah tangga, ataupun tindakan kriminal yang lainnya.
- d. Terdapat riwayat pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan atau tidak.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Adakah keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien, karena penyakit jiwa termasuk penyakit menurun.

5. Pemeriksaan fisik

a. Observasi tanda-tanda vital (TTV)

b. Apakah terdapat gangguan atau keluhan fisik yang sedang dirasakan, jika ada lakukan pengkajian lebih lanjut terkait sistem maupun fungsi-fungsi organ berdasarkan dari keluhan yang sedang dirasakan klien saat ini.

c. Pemeriksaan *head to toe*

1) Rambut

Bagaimana kesuburan rambut, apakah rambut mudah rontok, apakah keadaan rambut kusam, serta teksturnya bagaimana.

2) Kepala

Adanya ketombe atau tidak, apakah ada tanda kebotakan atau alopesia, bagaimana kebersihannya.

3) Mata

Bagaimana kebersihan mata, konjungtiva anemis atau tidak, apakah terdapat tanda-tanda kelainan pada mata.

4) Hidung

Kebersihan hidung, membran mukosa hidung.

5) Mulut

keadaan mukosa mulut, bagaimana kelembapan serta kebersihannya.

6) Gigi

Apakah terdapat karang gigi, adanya karies gigi, warna gigi, serta kelengkapan gigi.

7) Telinga

Melihat apakah ada serumen pada telinga, apakah terdapat lesi, serta adakah infeksi pada telinga.

8) Integumen

Lihatlah kebersihan kulit, apakah terdapat lesi, warna kulit, bagaimana teksturnya, pertumbuhan bulu.

9) Kuku

Lihatlah apakah kuku panjang, serta adakah kotoran di dalam kuku.

6. Psikososial

Konsep diri

a. Citra tubuh

Bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, apakah ada bagian tubuh yang paling disukai oleh klien.

b. Identitas diri

Bagaimana persepsi klien terhadap dirinya sendiri terkait statusnya ketika sebelum dirawat di RS, bagaimana kepuasan klien terhadap status tersebut.

c. Peran

Bagaimana harapan klien terhadap statusnya, terhadap tubuhnya, terhadap posisinya, peran atau tugas di dalam keluarga ataupun lingkungan masyarakat.

d. Harga diri

Bagaimana persepsi yang dirasakan klien terhadap dirinya di dalam berhubungan bersama orang lain, serta bagaimana orang lain memandang diri ataupun lingkungannya dengan klien.

7. Hubungan sosial

Adakah orang yang paling dekat dengan klien, orang yang sering diajak berbicara, minta bantuan, apakah klien tergabung dengan organisasi yang ada di lingkungannya.

8. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Bagaimana pandangan serta keyakinan klien terhadap gangguan jiwa yang dihadapi berdasarkan norma budaya dan agama yang dianut klien.

b. Kegiatan ibadah

Bagaimana pendapat klien terhadap kegiatan ibadah.

9. Status mental

a. Penampilan

Penampilan tidak rapi, pakaian yang digunakan sering tidak sesuai.

b. Pembicaraan

Klien biasanya berbiara dengan lambat, biasanya berbicara sangat sedikit, serta volumenya biasanya rendah.

c. Aktivitas motorik

1) Tegang, lesu, serta sering gelisah.

- 2) Agitasi, yaitu gerakan motorik yang menimbulkan seseorang menunjukkan perasaan kegelisahan.
- 3) Tik, merupakan gerakan yang sering terjadi pada bagian otot muka yang kurang terkontrol.
- 4) Grimasen, merupakan gerakan yang terjadi pada otot muka yang mengakibatkan berubah-ubah serta tidak dapat dikontrol oleh klien.
- 5) Tremor, yaitu jari klien tampak gemetar.
- 6) Kompulsif, yaitu suatu kegiatan yang dilakukan klien dengan berulang.

d. Alam Perasaan

- 1) Gembira yang sangat berlebihan, sedih, putus asa.
- 2) Ketakutan
- 3) Kekhawatiran yang belum jelas

e. Afek

- 1) Datar, yaitu klien tidak ada perubahan ekspresi pada wajah ketika terjadi rangsangan stimulus yang menyenangkan ataupun yang menyedihkan
- 2) Tumpul, yaitu klien hanya bereaksi apabila terjadi stimulus emosi yang kuat.
- 3) Labil, klien memiliki emosi yang berubah ubah disetiap menit.
- 4) Tidak sesuai, yaitu emosi yang dialami klien tidak sesuai atau bahkan bertentangan dengan bersama stimulus yang ada.

f. Interaksi

Biasanya klien tidak kooperatif ketika dilakukan wawancara, klien sangat mudah sekali tersinggung, kontak mata klien kurang, klien menunjukkan sikap tidak percaya terhadap perawat atau curiga.

g. Presepsi

Apabila klien memiliki presepsi halusinasi, maka kaji isi dari halusinasi yang dirasakan klien, bagaimana frekuensinya, serta bagaimana gejala ataupun perasaan klien terhadap halusinasinya.

h. Proses fikir

1) Tangensial, merupakan suatu pembicaraan yang sangat berbelit-belit tetapi tidak sampai pada tujuan yang ingin disampaikan.

2) Sirkumtansial, merupakan suatu car berbicara yang berbelit-belit tetapi sampai tujuan yang ingin disampaikan.

3) Kehilangan asosiasi, merupakan suatu pembicaraan yang tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat yang lainnya.

4) *Fight of ideas*, merupakan suatu pembicaraan yang meloncat-loncat dari satu topik kalimat ke topik kalimat yang lainnya.

5) *Bloking*, merupakan suatu pembicaraan yang tiba-tiba saja terhenti ditengah jalan tanpa adanya gangguan.

6) Perservesi, merupakan suatu pembicaraan yang diulang terus menerus.

7) Jelaskanlah apa yang dikatakan oleh klien ketika wawancara.

i. Isi fikir

- 1) Obsesi, merupakan suatu perasaan yang sering atau bahkan terus-terusan muncul walaupun klien sudah berusaha untuk menghilangkan perasaan tersebut.
- 2) Phobia, merupakan ketakutan yang berlebihan atau tidak logis terhadap suatu kondisi ataupun objek tertentu.
- 3) Hipokondris, merupakan suatu kepercayaan bahwa di dalam tubuhnya terdapat gangguan yang sebenarnya tidak ada gangguan apa-apa.
- 4) Depersonalisasi, merupakan suatu perasaan asing yang dirasakan oleh klien terhadap dirinya sendiri ataupun terhadap lingkungan sekitar.
- 5) Ide yang terkait, merupakan suatu keyakinan klien pada peristiwa yang terjadi di lingkungan serta bermakna bagi klien.
- 6) Pikiran magis, merupakan suatu kepercayaan klien terhadap hal yang mustahil atau diluar nalar.
- 7) Waham:
 - a) Agama
Merupakan suatu keyakinan klien terhadap agamka yang terlalu betlebihan, serta diucapkan berulang-ulang tetapi yang diucapkan tidak tepat.
 - b) Somatik
Merupakan suatu keyakinan klien terhadap tubuhnya sendiri, serta diucapkan dengan berulang-ulang , tetapi tidak sesuai pada kenyataannya.

c) Kebesaran

Merupakan suatu keyakinan yang dimiliki klien secara berlebihan pada kemampuan yang dimiliki, serta diucapkan secara berulang, dan tidak sesuai.

d) Curiga

Merupakan suatu kepercayaan yang dimiliki klien bahwa ada seseorang yang ingin merugikannya atau melukainya, disampaikan berulang dan tidak sesuai.

e) Nihilistik

Merupakan suatu kepercayaan klien bahwa dirinya sudah meninggal dunia, dikatakan berulang, serta tidak sesuai dengan kenyataan.

j. Tingkat kesadaran:

Data ini diperoleh pada wawancara dengan klien:

- 1) Bingung, merupakan suatu kondisi yang menunjukkan klien kebingungan dan kacau.
- 2) Sedasi, yaitu klien mengatakan bahwa dirinya merasa melayang.
- 3) Stupor, merupakan suatu gangguan motorik seperti gerakan yang diulang, ketakutan.
- 4) Orientasi waktu, orang, tempat
- 5) Jelaskan data-data subjektif serta objektif yang ada hubungannya dengan hal di atas.
- 6) Jelaskan masalah keperawatan yang dikatakan klien ketika wawancara.

k. Memori

- 1) Gangguan daya ingat jangka panjang, yaitu kesulitan dalam mengingat kejadian yang sudah terjadi lebih dari satu tahun.
- 2) Gangguan mengingat jangka pendek, yaitu kesulitan mengingat suatu kejadian yang terjadi diwaktu-waktu terdekat, seperti kejadian yang terjadi pada minggu lalu.
- 3) Gangguan daya ingat saat ini, merupakan kesulitan mengingat suatu kejadian yang baru saja terjadi saat ini.

l. Tingkat konsentrasi serta berhitung

- 1) Sangat mudah dialihkan, yaitu klien sangatb mudah dialihkan dari suatu objek ke objek yang lain.
- 2) Tidak mampu berkonsentrasi, yaitu klien kesulitan dalam menangkap informasi, seperti klien meminta untuk diulang-ulang kalimat yang ditanyakan sebelumnya.
- 3) Tidak mampu berhitung, yaitu klein tidak dapat melakukan penjumlahan atau pengurangan.

m. Kemampuan penilaian

- 1) Gangguan kemampuan peniian yang ringan, yaitu klien dapat atau bisa mengambil keputusan yang sederhana.
- 2) Gangguan kemampuan penilaian bermakna, yaitu seorang klien tidak mampu mengambil keputusan walaupun sudah dibantu oleh oelang lain.

n. Daya tilik diri

Data diperoleh dari wawancara

- 1) Menanyakan kepada klien saat ini sedang berada dimana?
- 2) Mengapa klien bisa masuk ke Rumah Sakit Jiwa?
- 3) Klien yang sedang mengalami gangguan jiwa biasanya mereka tidak menyadari dengan penyakitnya, bahkan mereka menyalahkan prang lain atau lingkungan di sekitarnya.
- 4) Klien biasanya tidak menyadari apa tujuan dari perawatan di Rumah Sakit Jiwa.

10. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Yaitu kemampuan klien dalam menyiapkan makanannya sendiri, dan membersihkannya setelah makan.

b. BAB dan BAK

Yaitu mengobservasi kemampuan klien dalam mengontrol BAB ataupun BAK, menggunakan tempat yang sesuai yaitu toilet, dan membersihkan setelah menggunakannya, serta merapikan pakaian kembali setelah selesai.

c. Mandi

Yaitu mengobservasi kemampuan klien dalam mandi ataupun menyiapkan peralatan sebelum mandi, serta yang harus dilakukan setelah mandi.

d. Berpakaian

Yaitu mengobservasi kemampuan klien dalam berpakaian secara baik dan benar, bagaimana frekuensi klien dalam berpakaian, apakah klien mandiri atau memerlukan bantuan.

e. Istirahat tidur

Mengobservasi berapa lama klien tidur siang dan malam, apakah ada gangguan ketika tidur.

f. Penggunaan obat

Observasi penggunaan obat pada klien, frekuensi, dosis, waktu serta cara pemberiannya, dan reaksi dari obat yang sudah diberikan.

g. Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada klien ataupun keluarga:

- 1) Bagaimana terkait perawatan serta pengobatan lanjutan setelah pulang dari RSJ.
- 2) Sistem pendukung yang dimiliki klien setelah pulang siapa saja.

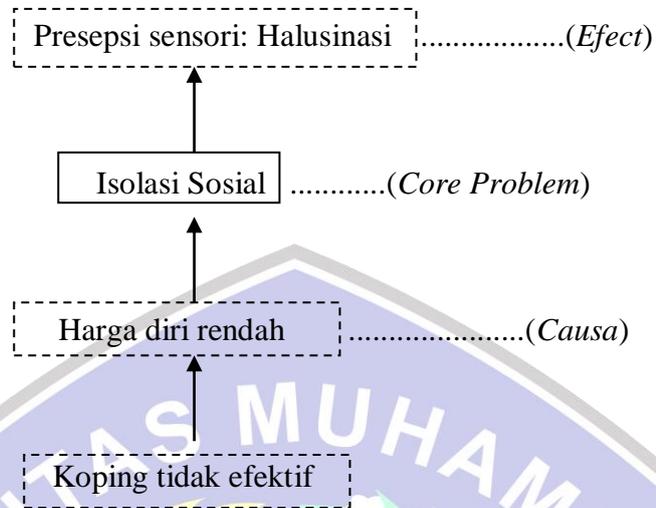
h. Aktivitas di dalam rumah

Tanyakan kepada klien, apa saja rencana kegiatan yang akan dilakukan di rumah.

i. Aktivitas di luar rumah

Tanyakan kepada klien, apa saja rencana kegiatan yang akan dilakukan di luar rumah.

2.3.2 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah (Nita Fitria, 2009)

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu respon dari pasien terhadap masalah medis yang dapat mempengaruhi fungsi pasien sehari-hari yang merupakan perhatian utama dalam diagnosa keperawatan (Fa'izah, 2013).

1. Isolasi sosial: Menarik diri

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Menurut Mc Namara (2010) berpendapat bahwa intervensi keperawatan merupakan suatu perencanaan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah yang dialami oleh pasien, perencanaan tersebut disusun sesuai diagnosa keperawatan.

1. Rencana tindakan keperawatan SDKI

Tabel 2. 1. Rencana Tindakan Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN Dan KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	<p>Isolasi Sosial</p> <p>Definisi: Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterlambatan perkembangan 2. Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan 3. Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan 4. Ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma 5. Ketidaksesuaian perilaku sosial dengan norma 6. Perubahan penampilan fisik 7. Perubahan status mental 8. Ketidakadekuatan sumber daya personal 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interksi meningkat. 2. Verbalisasi isolasi menurun. 3. Verbalisasi ketidakmampuan di tempat umum menurun. 4. Perilaku menarik diri menurun. 5. Kontak mata membaik 	<p>1. Promosi Sosialisasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain. b. Identifikasi hambatan interaksi dengan orang lain. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Motivasi meningkatkan keterlibatan hubungan b. Motivasi kesabaran dalam meningkatkan suatu hubungan. c. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok d. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan. e. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain. f. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan. g. Berikan umpan balik dalam perawatan diri. h. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap b. Anjurkan ikut serta

-
- kegiatan sosial dan kemasyarakatan.
 - c. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain.
 - d. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain
 - e. Anjurkan menggunakan alat bantu.
 - f. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus
 - g. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi.
 - h. Latih mengekspresikan marah dengan tepat
-

(Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017, Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019, Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2. Strategi Pelaksanaan (SP)

- a. Strategi Pelaksanaan (SP) 1 Pasien: Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu pasien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dan mengajarkan pasien berkenalan.
- b. Strategi Pelaksanaan (SP) 2 Pasien : Mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama -seorang perawat).

- c. Strategi Pelaksanaan (SP) 3 Pasien : Melatih Pasien Berinteraksi Secara Bertahap (berkenalan dengan orang kedua-seorang pasien).
- d. Strategi Pelaksanaan (SP) 1 Keluarga: Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang masalah isolasi sosial, penyebab isolasi sosial, dan cara merawat pasien dengan isolasi sosial.
- e. Strategi Pelaksanaan (SP) 2 Keluarga: Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan masalah isolasi sosial langsung dihadapan pasien.
- f. Strategi Pelaksanaan (SP) 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

2.3.5 Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana tindakan yang sudah dibuat. Sebelum melakukan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan , perawat harus terlebih dahulu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini (Damiyanti, 2012).

Tindakan keperawatan pada pasien

1. Strategi Pelaksanaan (SP) 1

Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu pasien keuntungan berhubungan dengan orang lain, serta mengajarkan pasien berkenalan.

Orientasi (Perkenalan):

“Assalamualaikum” “Saya, Saya senang dipanggil Ibu ,Saya perawat di Ruang yang akan merawat Ibu.” “Siapa nama Ibu? Senang dipanggil

siapa?” “Apa keluhan S hari ini?” Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang keluarga dan teman-teman S? Mau dimana kita bercakap-cakap? Bagaimana kalau di ruang tamu? Mau berapa lama, S? Bagaimana kalau 15 menit”

Tahap Kerja

(Jika pasien baru)

”Siapa saja yang tinggal serumah? Siapa yang paling dekat dengan S? Siapa yang jarang bercakap-cakap dengan S? Apa yang membuat S jarang bercakap-cakap dengannya?” (Jika pasien sudah lama dirawat)

”Apa yang S rasakan selama S dirawat disini? O.. S merasa sendirian? Siapa saja yang S kenal di ruangan ini” “Apa saja kegiatan yang biasa S lakukan dengan teman yang S kenal?” “Apa yang menghambat S dalam berteman atau bercakap-cakap dengan pasien yang lain?”

”Menurut S apa saja keuntungannya kalau kita mempunyai teman ? Wah benar, ada teman bercakap-cakap. Apa lagi ? (sampai pasien dapat menyebutkan beberapa) Nah kalau kerugiannya tidak mempunyai teman apa ya S ? Ya, apa lagi ? (sampai pasien dapat menyebutkan beberapa) Jadi banyak juga ruginya tidak punya teman ya. Kalau begitu inginkah S belajar bergaul dengan orang lain ?

« Bagus. Bagaimana kalau sekarang kita belajar berkenalan dengan orang lain”

“Begini lho S, untuk berkenalan dengan orang lain kita sebutkan dulu nama kita dan nama panggilan yang kita suka asal kita dan hobi.

Contoh: Nama Saya S, senang dipanggil Si. Asal saya dari Bireun, hobi memasak”

“Selanjutnya S menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya begini: Nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa? Asalnya dari mana/ Hobinya apa?”

“Ayo S dicoba! Misalnya saya belum kenal dengan S. Coba berkenalan dengan saya!”

“Ya bagus sekali! Coba sekali lagi. Bagus sekali”

“Setelah S berkenalan dengan orang tersebut S bisa melanjutkan percakapan tentang hal-hal yang menyenangkan S bicarakan. Misalnya tentang cuaca, tentang hobi, tentang keluarga, pekerjaan dan sebagainya.”

Terminasi:

”Bagaimana perasaan S setelah kita latihan berkenalan?”

”S tadi sudah mempraktekkan cara berkenalan dengan baik sekali”

”Selanjutnya S dapat mengingat-ingat apa yang kita pelajari tadi selama saya tidak ada. Sehingga S lebih siap untuk berkenalan dengan orang lain. S mau praktekkan ke pasien lain. Mau jam berapa mencobanya. Mari kita masukkan pada jadwal kegiatan hariannya.”

”Besok pagi jam 10 saya akan datang kesini untuk mengajak S berkenalan dengan teman saya, perawat N. Bagaimana, S mau kan?”

”Baiklah, sampai jumpa. Assalamu’alaikum”

2. Strategi Pelaksanaan (SP) 2

Perawat mengajarkan pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap (berkenalan dengan satu orang).

Orientasi

“Assalamualaikum S!”

“Bagaimana perasaan S hari ini?”

« Sudah dingat-ingat lagi pelajaran kita tentang berkenalan »Coba sebutkan lagi sambil bersalaman dengan Suster ! »

« Bagus sekali, S masih ingat. Nah seperti janji saya, saya akan mengajak S mencoba berkenalan dengan teman saya perawat N. Tidak lama kok, sekitar 10 menit »

« Ayo kita temui perawat N disana »

Tahap Kerja

(Bersama-sama S saudara mendekati perawat N)

« Selamat pagi perawat N, ini ingin berkenalan dengan N »

« Baiklah S, S bisa berkenalan dengan perawat N seperti yang kita praktekkan kemarin « (pasien mendemonstrasikan cara berkenalan dengan perawat N : memberi salam, menyebutkan nama, menanyakan nama perawat, dan seterusnya)

« Ada lagi yang S ingin tanyakan kepada perawat N . coba tanyakan tentang keluarga perawat N »

« Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, S bisa sudahi perkenalan ini. Lalu S bisa buat janji bertemu lagi dengan perawat N, misalnya jam 1 siang nanti »

« Baiklah perawat N, karena S sudah selesai berkenalan, saya dan S akan kembali keruangan S. Selamat pagi »

(Bersama-sama pasien saudara meninggalkan perawat N untuk melakukan terminasi dengan S di tempat lain)

Terminasi

“Bagaimana perasaan S setelah berkenalan dengan perawat N”

”S tampak bagus sekali saat berkenalan tadi”

”Pertahankan terus apa yang sudah S lakukan tadi. Jangan lupa untuk menanyakan topik lain supaya perkenalan berjalan lancar. Misalnya menanyakan keluarga, hobi, dan sebagainya. Bagaimana, mau coba dengan perawat lain. Mari kita masukkan pada jadwalnya. Mau berapa kali sehari? Bagaimana kalau 2 kali. Baik nanti S coba sendiri. Besok kita latihan lagi ya, mau jam berapa? Jam 10? Sampai besok.”

3. Strategi Pelaksanaan (SP)³

Perawat melatih pasien berkenalan dengan orang kedua secara bertahap (berkenalan dengan lebih dari satu orang).

Orientasi:

“Assalammu’alaikum S! Bagaimana perasaan hari ini?”

”Apakah S bercakap-cakap dengan perawat N kemarin siang”

(jika jawaban pasien: ya, saudara bisa lanjutkan komunikasi berikutnya orang lain) ”Bagaimana perasaan S setelah bercakap-cakap dengan perawat N kemarin siang” ”Bagus sekali S menjadi senang karena punya teman lagi” ”Kalau begitu S ingin punya banyak teman lagi?”

”Bagaimana kalau sekarang kita berkenalan lagi dengan orang lain, yaitu pasien O” ”seperti biasa kira-kira 10 menit”

”Mari kita temui dia di ruang makan”

Tahap Kerja

(Bersama-sama S saudara mendekati pasien)

« Selamat pagi , ini ada pasien saya yang ingin berkenalan. »

« Baiklah S, S sekarang bisa berkenalan dengannya seperti yang telah S lakukan sebelumnya. »

(pasien mendemonstrasikan cara berkenalan: memberi salam, menyebutkan nama, nama panggilan, asal dan hobi dan menanyakan hal yang sama). »

« Ada lagi yang S ingin tanyakan kepada O»

« Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, S bisa sudahi perkenalan ini. Lalu S bisa buat janji bertemu lagi, misalnya bertemu lagi jam 4 sore nanti »

(S membuat janji untuk bertemu kembali dengan O)

« Baiklah O, karena S sudah selesai berkenalan, saya dan S akan kembali ke ruangan S. Selamat pagi »

(Bersama-sama pasien saudara meninggalkan perawat O untuk melakukan terminasi dengan S di tempat lain).

Terminasi:

“Bagaimana perasaan S setelah berkenalan dengan O”

”Dibandingkan kemarin pagi, N tampak lebih baik saat berkenalan dengan O” ”pertahankan apa yang sudah S lakukan tadi. Jangan lupa untuk bertemu kembali dengan O jam 4 sore nanti”

”Selanjutnya, bagaimana jika kegiatan berkenalan dan bercakap-cakap dengan orang lain kita tambahkan lagi di jadwal harian. Jadi satu hari S dapat berbincang-bincang dengan orang lain sebanyak tiga kali, jam 10 pagi, jam 1 siang dan jam 8 malam, S bisa bertemu dengan N, dan tambah dengan pasien yang baru dikenal. Selanjutnya S bisa berkenalan dengan orang lain lagi secara bertahap. Bagaimana S, setuju kan?”

”Baiklah, besok kita ketemu lagi untuk membicarakan pengalaman S. Pada jam yang sama dan tempat yang sama ya. Sampai besok.. Assalamu’alaikum”

Tindakan Keperawatan Untuk Keluarga:

1. Strategi Pelaksanaan (SP) 1

Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang masalah isolasi sosial, penyebab isolasi sosial, dan cara merawat pasien dengan isolasi sosial.

Orientasi

“Assalamu’alaikum Pak”

”Perkenalkan saya perawat H, saya yang merawat, anak bapak, S, di ruang Mawar ini” ”Nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa?”

” Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Bagaimana keadaan anak S sekarang?” “Bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang

masalah anak Bapak dan cara perawatannya” ”Kita diskusi di sini saja ya? Berapa lama Bapak punya waktu? Bagaimana kalau setengah jam?”

Tahap Kerja:

”Apa masalah yang Bp/Ibu hadapi dalam merawat S? Apa yang sudah dilakukan?” “Masalah yang dialami oleh anak S disebut isolasi sosial. Ini adalah salah satu gejala penyakit yang juga dialami oleh pasien-pasien gangguan jiwa yang lain”. ”Tanda-tandanya antara lain tidak mau bergaul dengan orang lain, mengurung diri,kalaupun berbicara hanya sebentar dengan wajah menunduk”

”Biasanya masalah ini muncul karena memiliki pengalaman yang mengecewakan saat berhubungan dengan orang lain, seperti sering ditolak, tidak dihargai atau berpisah dengan orang-orang terdekat”

“Apabila masalah isolasi sosial ini tidak diatasi maka seseorang bisa mengalami halusinasi, yaitu mendengar suara atau melihat bayangan yang sebetulnya tidak ada.” “Untuk menghadapi keadaan yang demikian Bapak dan anggota keluarga lainnya harus sabar menghadapi S. Dan untuk merawat S, keluarga perlu melakukan beberapa hal. Pertama keluarga harus membina hubungan saling percaya dengan S yang caranya adalah bersikap peduli dengan S dan jangan ingkar janji. Kedua, keluarga perlu memberikan semangat dan dorongan kepada S untuk bisa melakukan kegiatan bersama-sama dengan orang lain. Berilah pujian yang wajar dan jangan mencela kondisi pasien.”

« Selanjutnya jangan biarkan S sendiri. Buat rencana atau jadwal bercakap-cakap dengan orang lain. Berilah pujian yang wajar dan jangan mencela kondisi pasien.»

« Selanjutnya jangan biarkan S sendiri. Buat rencana atau jadwal bercakap-cakap dengan S. Misalnya sholat bersama, makan bersama, rekreasi bersama, melakukan kegiatan rumah tangga bersama.»

”Nah bagaimana kalau sekarang kita latihan untuk melakukan semua cara itu” ” Begini contoh komunikasinya, Pak: S, bapak lihat sekarang kamu sudah bisa bercakap-cakap dengan orang lain. Perbincangannya juga lumayan lama. Bapak senang sekali melihat perkembangan kamu, Nak. Coba kamu bincang-bincang dengan saudara yang lain. Lalu bagaimana kalau mulai sekarang kamu sholat berjamaah. Kalau di rumah sakit ini, kamu sholat di mana? Kalau nanti di rumah, kamu sholat bersama-sama keluarga atau di mushola kampung. Bagaimana S, kamu mau coba kan, nak ?” ”Nah coba sekarang Bapak peragakan cara komunikasi seperti yang saya contohkan””Bagus, Pak. Bapak telah memperagakan dengan baik sekali” ”Sampai sini ada yang ditanyakan Pak”

Terminasi

“Baiklah waktunya sudah habis. Bagaimana perasaan Bapak setelah kita latihan tadi?” “Coba Bapak ulangi lagi apa yang dimaksud dengan isolasi sosial dan tanda-tanda orang yang mengalami isolasi sosial »

« Selanjutnya bisa Bapak sebutkan kembali cara-cara merawat anak bapak yang mengalami masalah isolasi sosial »

« Bagus sekali Pak, Bapak bisa menyebutkan kembali cara-cara perawatan tersebut »

«Nanti kalau ketemu S coba Bp/Ibu lakukan. Dan tolong ceritakan kepada semua keluarga agar mereka juga melakukan hal yang sama. »

« Bagaimana kalau kita betemu tiga hari lagi untuk latihan langsung kepada S ? »

« Kita ketemu disini saja ya Pak, pada jam yang sama »

« Assalamu'alaikum »

2. Strategi Pelaksanaan (SP) 2

Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan masalah isolasi sosial langsung dihadapan pasien.

Orientasi

“Assalamu'alaikum Pak/Bu”

” Bagaimana perasaan Bpk/Ibu hari ini?”

”Bapak masih ingat latihan merawat anak Bapak seperti yang kita pelajari berberapa hari yang lalu?”

“Mari praktekkan langsung ke S! Berapa lama waktu Bapak/Ibu Baik kita akan coba 30 menit.”

”Sekarang mari kita temui S”

Kerja:

”Assalamu'alaikum S. Bagaimana perasaan S hari ini?”

”Bpk/Ibu S datang besuk. Beri salam! Bagus. Tolong S tunjukkan jadwal kegiatannya!”

(kemudian saudara berbicara kepada keluarga sebagai berikut)

”Nah Pak, sekarang Bapak bisa mempraktekkan apa yang sudah kita latihkan beberapa hari lalu”

(Saudara mengobservasi keluarga mempraktekkan cara merawat pasien seperti yang telah dilatihkan pada pertemuan sebelumnya).

”Bagaimana perasaan S setelah berbincang-bincang dengan Orang tua S?”

”Baiklah, sekarang saya dan orang tua ke ruang perawat dulu”

(Saudara dan keluarga meninggalkan pasien untuk melakukan terminasi dengan keluarga)

Terminasi:

“ Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita latihan tadi? Bapak/Ibu sudah bagus.” «Mulai sekarang Bapak sudah bisa melakukan cara merawat tadi kepada S » « Tiga hari lagi kita akan bertemu untuk mendiskusikan pengalaman Bapak melakukan cara merawat yang sudah kita pelajari. Waktu dan tempatnya sama seperti sekarang Pak »

« Assalamu’alaikum »

3. Strategi Pelaksanaan (SP) 3

Membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

Orientasi

“Assalamu’alaikum Pak/Bu”

”Karena besok S sudah boleh pulang, maka perlu kita bicarakan perawatan di rumah.” ”Bagaimana kalau kita membicarakan jadwal S tersebut disini saja” ”Berapa lama kita bisa bicara? Bagaimana kalau 30 menit?”

Tahap Kerja

”Bpk/Ibu, ini jadwal S selama di rumah sakit. Coba dilihat, mungkinkah dilanjutkan di rumah? Di rumah Bpk/Ibu yang menggantikan perawat. Lanjutkan jadwal ini di rumah, baik jadwal kegiatan maupun jadwal minum obatnya” ”Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh anak Bapak selama di rumah. Misalnya kalau S terus menerus tidak mau bergaul dengan orang lain, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi segera hubungi perawat K di puskesmas Indara Puri, Puskesmas terdekat dari rumah Bapak, ini nomor telepon puskesmasnya: (0651) 554xxx

”Selanjutnya perawat K tersebut yang akan memantau perkembangan S selama di rumah.

Terminasi

”Bagaimana Pak/Bu? Ada yang belum jelas? Ini jadwal kegiatan harian S untuk dibawapulang. Ini surat rujukan untuk perawat K di PKM Inderapuri. Jangan lupa kontrol ke PKM sebelum obat habis atau ada gejala yang tampak. Silakan selesaikan administrasinya!”

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu tahap yang paling akhir dari rangkaian suatu proses keperawatan yang bertujuan untuk melihat apakah tindakan keperawatan yang sudah dilakukan berhasil atau perlu dilakukan tindakan yang selanjutnya (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

Kriteria hasil evaluasi pada pasien dengan isolasi sosial adalah sebagai berikut:

1. Kriteria Hasil evaluasi pasien
 - a. Mampu menyebutkan penyebab dari isolasi sosial.
 - b. Mampu menyebutkan keuntungan jika berkomunikasi dengan orang lain.
 - c. Mampu menyebutkan kerugian jika tidak melakukan interaksi dengan orang lain.
 - d. Mampu berkenalan dengan satu orang.
 - e. Mampu berkenalan dengan dua orang.
 - f. Mampu berkomunikasi dengan orang lain sesuai jadwal kegiatan yang telah dibuat.
2. Kriteria hasil evaluasi keluarga
 - a. Mampu menyebutkan pengertian, penyebab, dan tanda gejala dari isolasi sosial.
 - b. Menyebutkan cara merawat pasien dengan isolasi sosial.
 - c. Menyebutkan tempat rujukan yang sesuai untuk pasien isolasi sosial.

Penentuan apabila masalah telah teratasi, masalah teratasi sebagian, atau masalah tidak teratasi yaitu dengan perbandingan SOAP yaitu:

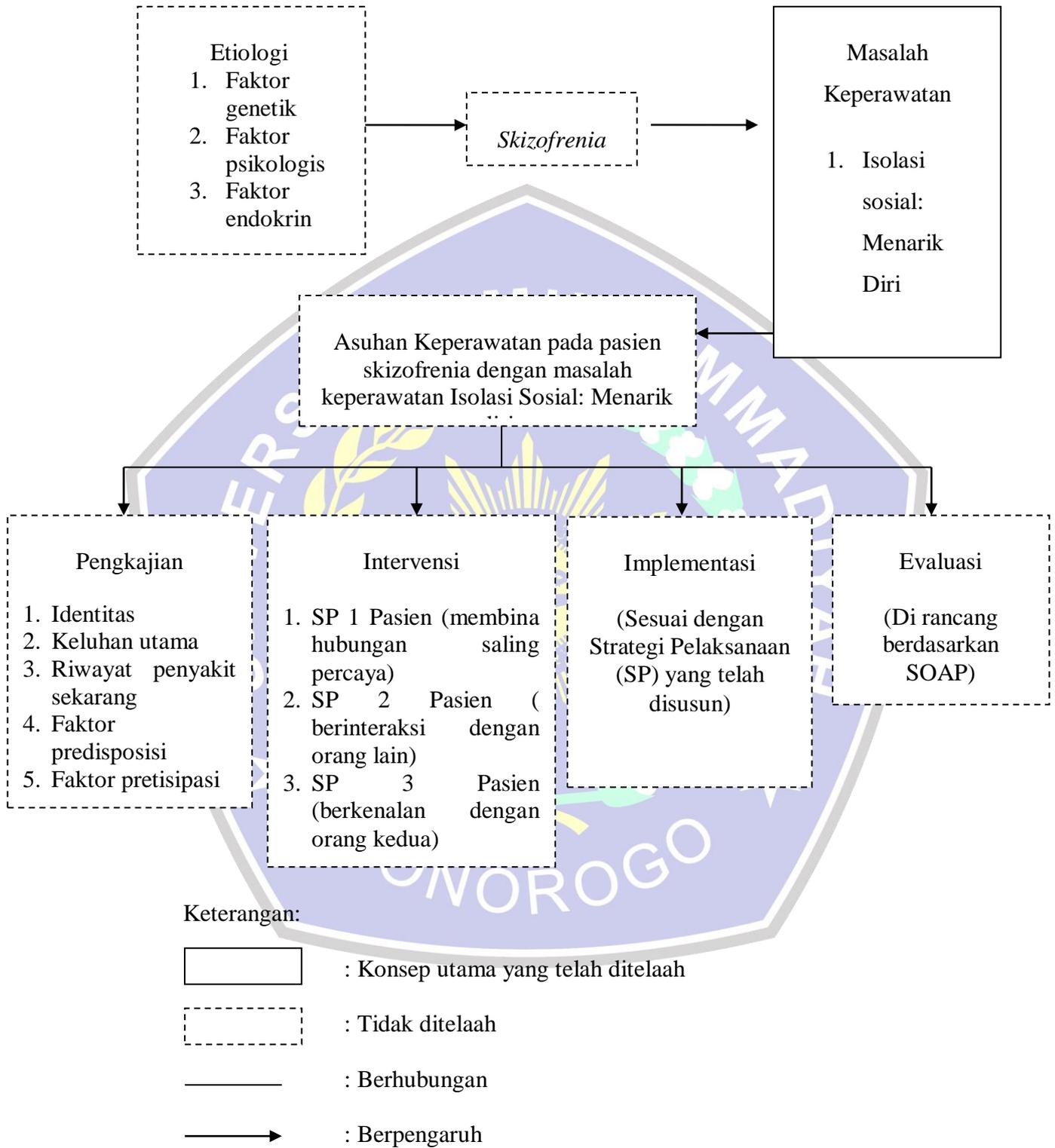
S (*Subyektif*) : berisi ungkapan yang dirasakan oleh pasien.

O (*Obyektif*) : berisi hasil dari pengamatan yang telah dilakukan.

A (*Assesment*) : perbandingan dari informasi subyektif dan obyektif.

P (*Planning*) : berisi rencana keperawatan lanjut yang akan dilakukan.

2.3.7 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3. Hubungan Antar Konsep