

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Isolasi Sosial

2.1.1 Definisi Isolasi Sosial

Isolasi sosial merupakan upaya menghindari suatu hubungan komunikasi dengan orang lain karena merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi rasa, pikiran, kegagalan. Klien mengalami kesulitan dalam berhubungan secara spontan dengan orang lain yang dimanifestasikan dengan mengisolasi diri, tidak ada perhatian dan tidak sanggup berbagi pengalaman (Muhith, 2021).

Penarikan diri adalah suatu tindakan pelepasan diri baik dari perhatian maupun minatnya terhadap lingkungan sosial secara langsung (isolasi diri). Penarikan diri sebagai pola tingkah laku (Imelisa, 2021).

2.1.2 Rentang Respon Isolasi Sosial



Bagan 2.1 Rentang Respons Isolasi Sosial

(Stuart dan Sudden dalam Sharma, 2017)

1. Rentang respons adaptif

a. Menyendiri (*Solitude*)

Merupakan respon yang dibutuhkan seorang untuk merenungkan apa yang telah dilakukan dilingkungan sosialnya dan suatu cara mengevaluasi diri untuk menentukan langkah selanjutnya.

b. Otonomi

Merupakan kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide-ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial.

c. Kebersamaan

Merupakan perilaku saling ketergantungan dalam membina hubungan interpersonal dimana individu tersebut mampu untuk saling memberi dan menerima.

d. Saling ketergantungan

Merupakan kondisi saling tergantung antara individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.

2. Rentang respons antara adaptif dan maladaptive

a. Kesepian

Dimanifestasikan dengan merasa tidak tahan dan untuk suatu alasan atau yang lain menganggap bahwa dirinya sendirian dalam menghadapi masalah, cenderung pemalu, sering merasa tidak PD dan minder, atau merasa kurang bisa bergaul.

b. Menarik diri

Merupakan suatu keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.

c. Ketergantungan (*Dependen*)

Terjadi bila seseorang gagal dalam mengembangkan rasa percaya diri atau kemampuannya untuk berfungsi secara sukses. Gambaran utama dari gangguan ini adalah kesulitan “perpisahan” dimana gangguan ini berisiko menjadi gangguan depresi dan gangguan cemas sehingga berkecenderungan berpikir untuk bunuh diri.

3. Rentang respon maladaptif

a. Manipulasi

Sebuah proses rekayasa dengan melakukan penambahan, pensembunyian, penghilangan atau pengkuburan terhadap bagian atau keseluruhan sebuah realitas, kenyataan, fakta-fakta ataupun sejarah yang dilakukan berdasarkan sistem perancangan sebuah tata sistem nilai sehingga manipulasi adalah bagian penting dari tindakan penanaman gagasan, sikap, sistem berpikir, perilaku dan kepercayaan tertentu. Manipulasi merupakan gangguan hubungan sosial yang terdapat pada individu yang menganggap orang lain sebagai objek. Individu tersebut tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam.

b. Impulsif

Merupakan dorongan yang didasarkan keinginan atau untuk pemuasan atau keinginan secara dasar maupun tidak dasar. Bertindak impulsif : suatu tindakan yang didasarkan dengan adanya dorongan untuk mengekspresikan keinginan tindakan yang dikeluarkan biasanya berlebihan sehingga sulit untuk di kontrol itu semua di akibatkan karena kita kurang mengenal diri kita sendiri sehingga sulit untuk mengendalikan emosi kita pikiran kita dan keinginan negatif kita pada dasar nya pecandu merasa tidak nyaman atau akan terganggu jika merasakan perasaan yang tidak menyenangkan dan tindakan nya akan mengarah pada tindakan yang negatif seperti menggunakan kembali obat-obatan untuk membuat dirinya nyaman kembali.

c. Narkisme

Merupakan suatu keadaan dimana harga diri klien rapuh, secara terus-menerus berusaha mendapatkan penghargaan pujian, sikap egosentris, pencemburu, dan marah jika orang tidak mendukung.

2.1.3 Etiologi Dan Faktor Predisposisi Isolasi Sosial

Pasien dengan masalah kekurangan keterampilan sosial, tidak biasa berkomunikasi dengan orang lain secara efektif, mengalami kesulitan dalam menjalin pertemanan, mampu memecahkan masalah, menemukan dan memelihara pekerjaan, yang merupakan alasan mereka mengisolasi diri masyarakat,

keterampilan sosial yang buruk terkait erat dengan kekambuhan penyakit dan pasien kembali ke rumah sakit (Gaol, 2021).

1. Faktor predisposisi

- a. Faktor perkembangan

Kemampuan membina hubungan yang sehat tergantung dari pengalaman selama proses tumbuh kembang. Setiap tahap tumbuh kembang memiliki tugas yang harus dilalui individu dengan sukses, karena apabila tugas perkembangan ini tidak terpenuhi akan menghambat perkembangan selanjutnya, kurang stimulasi kasih sayang, perhatian dan kehangatan dari ibu (pengasuh) pada bayi akan memberi rasa tidak aman yang dapat menghambat terbentuknya rasa percaya (StudyCha, 2013).

- b. Aspek Psikologis

Faktor predisposisi pada aspek psikologis sebagian besar akibat adanya riwayat kegagalan/kehilangan (77,8%). Pengalaman kehilangan dan kegagalan akan mempengaruhi respon individu dalam mengatasi stresornya.

- c. Faktor Sosial Budaya

Faktor sosial budaya dapat menjadi faktor pendukung terjadinya gangguan dalam membina hubungan dengan orang lain, misalnya anggota keluarga yang tidak produktif diasingkan dari orang lain (Lingkungan sosial). (Lombu, 2021).

2. Faktor Presipitasi

Faktor Presipitasi Merupakan faktor yang dapat menyebabkan seseorang mengalami isolasi sosial: menarik diri adalah adanya tahap pertumbuhan dan perkembangan yang belum dapat dilalui dengan baik, adanya gangguan komunikasi didalam keluarga, selain itu juga adanya norma-norma yang salah yang dianut dalam keluarga serta faktor biologis berupa gen yang diturunkan dari keluarga yang menyebabkan klien menderita gangguan jiwa (Ningsih yusita, 2020).

2.1.4 Tanda Gejala Isolasi Sosial

Perilaku yang sering ditampilkan pasien isolasi sosial adalah menunjukkan menarik diri, tidak komunikatif, mencoba menyendiri, asyik dengan pikiran dan dirinya sendiri, tidak ada kontak mata, sedih afek tumpul, perilaku bermusuhan, menyatakan perasaan sepi atau ditolak kesulitan membina hubungan di lingkungannya, menghindari orang lain, dan mengungkapkan perasaan tidak dimengerti orang lain (Keliat, 2014).

Keliat, dkk (2009) menyebutkan beberapa tanda dan gejala isolasi sosial yang Beberapa tanda dan gejala isolasi sosial yang diperoleh melalui observasi dan ungkapan verbal sebagai berikut:

1. Beberapa tanda dan gejala isolasi sosial yang diperoleh melalui observasi:
 - a. Tidak memiliki teman dekat
 - b. Menarik diri
 - c. Tidak komunikatif

- d. Tindakan berulang dan tidak bermakna
 - e. Asyik dengan pikirannya sendiri
 - f. Tidak ada kontak mata
 - g. Tampak sedih
 - h. Afek tumpul
2. Beberapa tanda dan gejala isolasi sosial yang diperoleh melalui ungkapan pasien:
- a. Pasien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain
 - b. Pasien merasa tidak aman berada dengan orang lain
 - c. Pasien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain
 - d. Pasien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu
 - e. Pasien mengatakan tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan
 - f. Pasien merasa tidak berguna
 - g. Pasien tidak yakin dapat melangsungkan hidup

2.1.5 Proses Terjadinya Isolasi Sosial

Karena isolasi sosial adalah status subjektif, semua pengaruh yang membuat perasaan seseorang menjadi kesepian harus divalidasi karena penyebabnya bervariasi dan individu menunjukkan kesepiannya dalam cara yang berbeda-beda (Carpenito-Monyet, 2007).

Keadaan isolasi sosial dapat diakibatkan dari berbagai situasi, dan masalah kesehatan yang berhubungan dengan kehilangan hubungan yang telah terbentuk atau kegagalan untuk mempertahankan hubungan ini (Carpenito-Moyet, 2007).

Penyebab dari isolasi sosial adalah harga diri rendah yaitu perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan yang ditandai dengan adanya perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan sosial, merendahkan martabat, percaya diri kurang, dan juga dapat mencederai diri (carpenito, 2000).

2.1.6 Mekanisme Koping

Mekanisme koping digunakan klien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Mekanisme koping yang sering digunakan adalah proyeksi, splitting (memisah) dan isolasi. Proyeksi merupakan keinginan yang tidak mampu ditoleransi dan klien mencurahkan emosi kepada orang lain karena kesalahan sendiri. Splitting merupakan kegagalan individu dalam menginterpretasikan dirinya dalam menilai baik buruk. Sementara itu, isolasi adalah perilaku mengasingkan diri dari orang lain maupun lingkungan (Sutejo, 2017).

2.1.7 Penatalaksanaan Isolasi Sosial

Penatalaksanaan yang dapat diberikan kepada klien dengan isolasi sosial antara lain pendekatan farmakologi, psikososial, terapi aktivitas, terapi okupasi rehailitas, dan program intervensi keluarga (Yusuf, 2019).

A. Terapi Farmakologi

1. Clorpromazine (CPZ)

Indikasi untuk *syndrome psikosis* yaitu berdaya berat dalam kemampuan menilai realitas, kesadaran diri terganggu, daya nilai norma sosial dan tilik diri terganggu, berdaya berat dalam fungsi-fungsi mental waham, halusinasi, gangguan perasaan dan perilaku yang aneh atau tidak terkendali, berdaya berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari, tidak mampu bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin.

Efek samping sedasi, gangguan otonomik (hipotensi antikolinergik/parasimpatik, mulut kering, kesulitan dalam miksi, dan defikasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meninggi, gangguan irama jantung), gangguan endokrin, metabolik, biasanya untuk pemakaian jangka panjang.

2. Haloperidol (HLP)

Indikasi berdaya berat dalam kemampuan menilai realita dalam fungsi netral serta dalam fungsi kehidupan sehari-hari. Efek samping: sedasi dan inhibisi psikomotor, gangguan otonomik.

3. Tryhexipenidil (THP)

Indikasi: segala jenis penyakit parkinson, termasuk paska ensepalitis dan idiopatik, sindrom parkinson akibat obat misalnya reserpin dan fenotiazine. Efek samping: Sedasi dan inhibisi psikomotor, gangguan otonomik.

4. Terapi Psikososial

Membutuhkan waktu yang cukup lama dan merupakan bagian penting dalam proses terapeutik, upaya dalam psikoterapi ini meliputi: memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan yang terapeutik, bersifat empati, menerima pasien apa adanya, memotivasi pasien untuk dapat mengungkapkan perasaannya secara verbal, bersikap ramah, sopan, dan jujur pada pasien (Videbeck, 2017).

5. Terapi individu

Terapi individu adalah metode yang menimbulkan perubahan pada individu dengan cara mengkaji perasaan, sikap, cara pikir, dan perilaku-perikunya. Terapi ini meliputi hubungan satu-satu antara ahli terapi dan klien (Videbeck, 2017). Terapi individu juga merupakan salah satu bentuk terapi yang dilakukan secara individu oleh perawat kepada klien secara tatap muka perawat - klien dengan cara terstruktur dan durasi waktu tertentu sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai (Zakiah, 2018).

Salah satu bentuk terapi individu yang bisa di berikan oleh perawat kepada klien dengan isolasi sosial adalah pemberian strategi pelaksanaan (SP). Dalam pemberian strategi pelaksanaan klien dengan isolasi sosial hal yang paling penting perawat lakukan adalah berkomunikasi dengan teknik terapeutik. Komunikasi terapeutik adalah suatu interaksi interpersonal antara perawat dan klien, yang selama interaksi berlangsung. Perawat berfokus pada kebutuhan khusus klien untuk meningkatkan pertukaran informasi yang efektif antara perawat dan klien (Videbec, 2018).

Semakin baik komunikasi perawat, maka semakin berkualitas pula asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien karena komunikasi yang baik dapat membina hubungan saling percaya antara perawat dengan klien, perawat yang memiliki keterampilan dalam berkomunikasi secara terapeutik tidak saja mudah menjalin hubungan saling percaya dengan klien, tapi juga dapat menumbuhkan sikap empati dan *caring*, mencegah terjadinya masalah lainya, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan serta memudahkan dalam mencapai tujuan intervensi keperawatan (Sarfika, 2018).

Strategi pelaksanaan pada pasien Isolasi sosial

Sp 1 : Melatih pasien cara berkenalan dengan perawat atau tamu

Sp 2 : Melatih pasien cara berkenalan 2–3 orang (latih dengan 2 kegiatan)

Sp 3 : Melatih pasien cara berkenalan 4–5 orang (latih 2 kegiatan baru)

Sp 4 : Melatih pasien cara berkenalan 5 orang lebih (meminta, menjawab dengan baik)

6. Terapi Kelompok

Menurut Keliat (2015) terapi aktivitas kelompok sosialisasi merupakan suatu rangkaian kegiatan kelompok dimana klien dengan masalah isolasi sosial akan dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitarnya. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal, kelompok, dan massa. Aktivitas yang dilakukan berupa latihan sosialisasi dalam kelompok, dan akan dilakukan dalam 7 sesi dengan tujuan:

Sesi 1 : Klien mampu memperkenalkan diri

Sesi 2 : Klien mampu berkenalan dengan anggota kelompok

Sesi 3 : Klien mampu bercakap – cakap dengan anggota kelompok

Sesi 4 : Klien mampu menyampaikan dan membicarakan topik percakapan

Sesi 5 : Klien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain

Sesi 6 : Klien mampu bekerja sama dalam permainan sosialisasi kelompok

Sesi 7 : Klien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAK yang telah dilakukan.

7. Terapi okupasi

Terapi okupasi yaitu suatu ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan aktivitas atau tugas yang sengaja dipilih dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat, meningkatkan harga diri seseorang, dan penyesuaian diri dengan lingkungan. Contoh terapi okupasi yang dapat dilakukan di rumah sakit adalah terapi berkebun, kelas bernyanyi, dan terapi membuat kerajinan tangan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien dalam keterampilan dan bersosialisasi (Elisia, 2016).

8. Terapi psikoreligius

Terapi keagamaan pada kasus - kasus gangguan jiwa ternyata juga banyak manfaat. Misalnya angkat rawat inap pada klien skizofrenia yang mengikuti kegiatan keagamaan lebih rendah bila dibandingkan dengan mereka yang tidak mengikutinya (Yosep, 2017). Menurut Zakiah Darajat, perasaan berdosa faktor penyebab gangguan jiwa yang berkaitan dengan penyakit - penyakit psikomatik. Hal ini diakibatkan karena seseorang merasa melakukan dosa tidak bisa terlepas dari perasaan tersebut (Yosep, 2017). Penerapan psikoreligius terapi di rumah sakit jiwa menurut Yosep (2017) meliputi :

- a. Perawat jiwa harus dibekali pengetahuan yang cukup tentang agamanya/ kolaborasi dengan agamawan atau rohaniwan.
- b. Psikoreligius tidak diarahkan untuk mengubah agama klien tetapi menggali sumber coping.
- c. Memadukan *Milieu therapy* yang religius : kaligrafi, ayat-ayat, fasilitas ibadah, buku- buku, musik/lagu keagamaan.
- d. Dalam terapi aktivitas diajarkan kembali cara -cara ibadah terutama untuk pasien rehabilitas.
- e. Terapi kelompok dengan tema membahas akhlak, etika, hakikat hidup didunia dan sebagainya.

f. Rehabilitasi

Program rehabilitasi biasanya diberikan dibagian lain rumah sakit yang dikhususkan untuk rehabilitasi. Terdapat banyak kegiatan, antaranya terapi okupasional yang meliputi kegiatan membuat kerajinan tangan, melukis, menyanyi, dan lain -lain. Pada umumnya program rehabilitas ini berlangsung 3-6 bulan (Yusuf , 2019).

9. Program Intervensi Keluarga

Intervensi keluarga memiliki banyak variasi, namun pada umumnya intervensi yang dilakukan difokuskan pada aspek praktis dari kehidupan sehari-hari, memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang isolasi sosial, mengajarkan bagaimana cara berhubungan yang baik kepada anggota keluarga yang memiliki masalah kejiwaan (Yusuf, 2019).

Strategi pelaksanaan pada keluarga Isolasi Sosial

Sp 1 : Menjelaskan pengertian tanda dan gejala dan proses terjadinya isos

Sp 2 : Menjelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara dirumah

Sp 3 : Menjelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan sosial seperti berbelanja, meminta sesuatu dan lain-lain.

Sp 4 : Menjelaskan follow up ke RSJ atau puskesmas, tanda kambuh, dan rujukan.

2.2 Asuhan Keperawatan Jiwa Isolasi Sosial

Asuhan keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerja sama yang bersifat kolaboratif baik dengan klien maupun tenaga kesehatan lainnya. Standar asuhan keperawatan terdori dari lima tahap standar yaitu pengkajian, dignosa, perencanaa, implementasi evaluasi, (muhith, 2015).

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut prabowo (2014) pengkajian asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial adalah :

A. Identitas Klie

Identitas klien terdiri dari : Nama pasien, umum, jenis kelamin, agama, alamat lengkap, tanggal, alasan masuk, no MR, dan keluarga yang bisa dihubungi.

B. Alasan Masuk

Kemungkinan klien masuk dengan alasan klien biasanya menyendiri (menghindar dari orang lain), komunikasi kurang atau tidak ada, berdiam diri dikamar, tidak mau bergaul dengan orang lain, tidak mau melakukan kegiatan seharusnya bersama teman atau keluarga, kemungkinan Keluarga klien

membawa klien berobat ke dukun sebagai alternatif dan tidak berhasil maka Keluarganya membawa klien ke rumah sakit jiwa.

1. Faktor Predisposisi

- a. Kemungkinan klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).
- b. Kemungkinan klien berobat untuk pertama kalinya ke dukun sebagai alternatif serta memasing dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa.
- c. Kemungkinan klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- d. Kemungkinan ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- e. Kemungkinan klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

MK :

- **Resiko perilaku kekerasan**
- **Ketidakefektifan koping keluarga**
- **Respon Pasca Trauma**
- **Resiko bunuh diri**

C. Pemeriksaan Fisik

Kemungkinan difokuskan pada sistem dan fungsi organ pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan head to toe, tanda-tanda vital, pengukuran tinggi badan, berat badan, dan kaji lebih lanjut sistem serta jelaskan dengan kondisi yang sesuai dengan keluhan yang ada.

MK :

- **Resiko Tinggi Perubahan Suhu Tubuh**
- **Resiko Tinggi Terhadap Infeksi**
- **Perubahan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh**

D. Psikososial

1. Genogram

Kemungkinan adanya anggota keluarga klien yang lain yang mengalami gangguan jiwa, pola komunikasi terganggu, begitu pula dengan pengambilan keputusan dan pola asuh Genogram dilihat dari tiga generasi sebelumnya.

MK : Ketidak Efektifan Koping Keluarga

2. Konsep Diri

a. Citra Tubuh

Kemungkinan berisi tentang persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan yang tidak disukai. Biasanya pasien mudah kecewa, mudah putus asa, dan menutup diri.

MK : Gangguan citra tubuh

b. Identitas Diri

Kemungkinan berisi status klien atau posisi pasien sebelum dirawat. Keputusan klien sebagai laki-laki atau perempuan. Dan kepuasan klien terhadap status dan posisinya disekolah, tempat kerja dan kelompok.

MK : Gangguan Identitas Diri

c. Peran Diri

Kemungkinan klien menceritakan tentang peran tugas yang dalam keluarga kelompok masyarakat. Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas atau peran tersebut biasanya mengalami krisis peran.

MK : Gangguan peran Harga Diri

d. Ideal Diri

Kemungkinan berisi tentang harapan klien terhadap penyakitnya Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, dan masyarakat). Dan harapan klien terhadap tubuh, posisi, status dan tugas atau peran Biasanya gambaran negatif.

MK : Harga Diri Rendah

e. Harga Diri

Kemungkinan tentang bagaimana cara klien memandang dirinya dan orang lain sesuai dengan kondisi pada citra diri, identitas, peran dan ideal diri. Penilaian penghargaan orang lain terhadap dan kehidupannya.

MK : Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

Kemungkinan klien apatis, tidak mempunyai orang terdekat dan sering dicemoohkan oleh lingkungan sekitar.

MK : Isolasi Sosial

4. Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan

Kemungkinan nilai dan keyakinan terhadap agama kurang sekali, keyakinan agama klien juga terganggu.

MK : Distres Spiritual

b. Kegiatan Ibadah

Kemungkinan klien menjalankan kegiatan ibadah di rumah sakit, saat sakit ibadah klien terganggu.

MK : Distres Spiritual

5. Status Mental

a. Penampilan

Kemungkinan penampilan klien tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai dan cara berpakaian pasien tidak seperti biasanya Kuku panjang, rambut kusam dan pakaian tampak kotor.

MK : Defisit Perawatan Diri

b. Cara Bicara

Kemungkinan cara bicara klien cepat, keras, gagap, apatis, lambat membisu, dan tidak mampu memulai pembicaraan.

MK: Hambatan Komunikasi Verbal

c. Aktivitas Motorik

Kemungkinan keadaan klien tampak lesu, tegang, gelisah, sering menyendiri dan tremor.

MK :

- Intoleransi Aktifitas
- Resiko Tinggi Cidera

d. Alam Perasaan

Kemungkinan ditemukan keadaan klien tampak seperti sedih, ketakutan, putus asa dan khawatir.

MK:

- **Ansietas Atau Ketakutan**
- **Resiko Tinggi Membahayakan Diri/Mutilasi Diri**

e. Afek

Kemungkinan afek pasien datar, tumpul, labil, dan ambivalen.

MK:

- **Hambatan Komunikasi Verbal**
- **Resiko Cidera**

f. Interaksi selama Wawancara

Kemungkinan pada saat melakukan wawancara klien tidak kooperatif, tersinggung, kontak mata kurang, dan selalu curiga.

MK:

- **Resiko Prilaku Kekerasan**
- **Hambatan Komunikasi**
- **Resiko Tinggi Membahayakan Diri/Mutilasi Diri**

g. Persepsi

Kemungkinan tergantung dari halusimasi yang di derita Seperti halusinasi pendengaran yaitu mendengarkan sesuatu, halusinasi penglihatan melihat sesuatu, penghidu menghidu sesuatu pengecap mengecap sesuatu perahaan merasakan sesuatu, jika ditemukan halusinasi maka perlu ditanyakan apa isi halusinasi dan frekuensi gejala yang tampak saat klien berhalusinasi.

MK: Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi

h. Proses Pikir

Kemungkinan klien mempunyai proses pikir sirkumtansial, tangensial, dan kehilangan asosiasi.

MK: Gangguan Proses Pikir

i. isi pikir

Kemungkinan ditemukan phobia, depersonalisasi dan ide yang terkait.

MK: Gangguan Proses Pikir

j. **Tingkat Kesadaran**

Kemungkinan ditemukan tingkat kesadaran klien bingung dan sedasi melalui wawancara atau observasi.

MK:

- **Gangguan Proses Pikir**
- **Resiko Cidera**

k. **Memori**

Kemungkinan pasien dengan isolasi sosial daya ingat jangka panjang klien baik, dimana ia masih bisa menceritakan kejadian masa – masa lampau yang pernah dialaminya, maupun daya ingat jangka pendek, seperti menceritakan penyebab ia masuk kerumah sakit jiwa.

MK : Gangguan Proses Pikir

1) **Tingkat Konsentrasi Berhitung**

Kemungkinan pada saat dilakukan wawancara cenderung tidak berkonsentrasi dan tidak mampu berhitung.

MK: Gangguan Proses Pikir

2) Kemampuan Penilaian

Kemungkinan pasien Isolasi Sosial kurang mengalami kemampuan penilaian dan tidak mampu mengambil keputusan.

MK: Gangguan Proses Pikir

3) Daya Tarik Diri

Kemungkinan klien mengingkari penyakit yang diderita.

MK: Gangguan Proses Pikir

1. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Kemungkinan klien kurang makan dan tidak nafsu makan.

MK : Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

2) Mandi

Kemungkinan klien tidak mau mandi, gosok gigi, tampak kusam dan tidak mau menggunting kuku.

MK : Defisit Prawatan Diri

3) BAB /BAK

Kemungkinan BAB /BAK klien normal/tidak ada gangguan.

MK : Tidak ada masalah

4) Berpakaian

Kemungkinan klien tidak mau mengganti pakaian, dan memakai pakaian yang tidak serasi.

MK : Defisit Perawatan Diri

5) Istirahat

Kemungkinan istirahat klien terganggu.

MK : Gangguan Pola Tidur

6) Penggunaan obat

Kemungkinan klien minum obat tidak teratur.

MK : Kurang Pengetahuan

7) Pemeliharaan kesehatan

Kemungkinan klien menyatakan keinginan yang kuat untuk pulang, dimana ia akan mengatakan akan melanjutkan pengobatan dirumah maupun kontrol ke puskesmas.

MK : Koping individu tidak efektif.

8) Aktivitas didalam rumah

Kemungkinan klien tidak mau mengerjakan pekerjaan rumah

MK : Tidak ada masalah

9) Aktivitas di luar rumah

Kemungkinan klien tidak mau beraktivitas diluar rumah karena klien selalu merasa ketakutan.

MK : Tidak ada masalah

10) Mekanisme Koping

Kemungkinan pada klien data yang didapat saat wawancara pada klien, bagaimana pasien mengendalikan diri ketika menghadapi masalah, apakah klien merasa tidak terganggu atau klien tampak tidak komunikatif.

MK : Isolasi Sosial

a) Adaptif

Kemungkinan klien menyendiri, otonomi, mutualisme dan interdependent.

MK: Ketidakefektifan Koping Individu

b) Maladaptif

Kemungkinan reaksi klien lambat, klien bekerja secara berlebihan, selalu menghindar dan menciderai diri sendiri

MK: Gangguan Penyesuaian Diri

c) Masalah Psikososial dan Lingkungan.

Kemungkinan klien mengalami masalah dalam berinteraksi dengan lingkungan, biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari kelompok, masalah dalam pendidikan, masalah dengan pekerjaan masalah dengan ekonomi dan masalah dengan pelayanan kesehatan.

MK:

- **Isolasi Sosial**
- **Hambatan Interaksi Sosial**
- **Gangguan Konsep Diri**
- **Gangguan Pemeliharaan Lingkungan**
- **Konflik Peran Orang Tua**

2.2.2 Daftar Masalah keperawatan

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Ketidakefektifan koping keluarga
3. Respon Pasca Trauma
4. Resiko bunuh diri
5. Resiko Tinggi Terhadap Infeksi
6. Perubahan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh
7. Gangguan citra tubuh
8. Gangguan identitas diri
9. peran harga diri

10. Harga diri rendah
11. Isolasi Sosial
12. Distres spiritual
13. Defisit perawatan diri
14. Gangguan proses pikir
15. Gangguan pola tidur
16. Kurang pengetahuan
17. Koping individu tidak efektif
18. Hambatan Komunikasi
19. Intoleransi Aktivitas
20. Resiko Cidera
21. Ansietas Atau Ketakutan
22. Konflik Peran Orang Tua

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

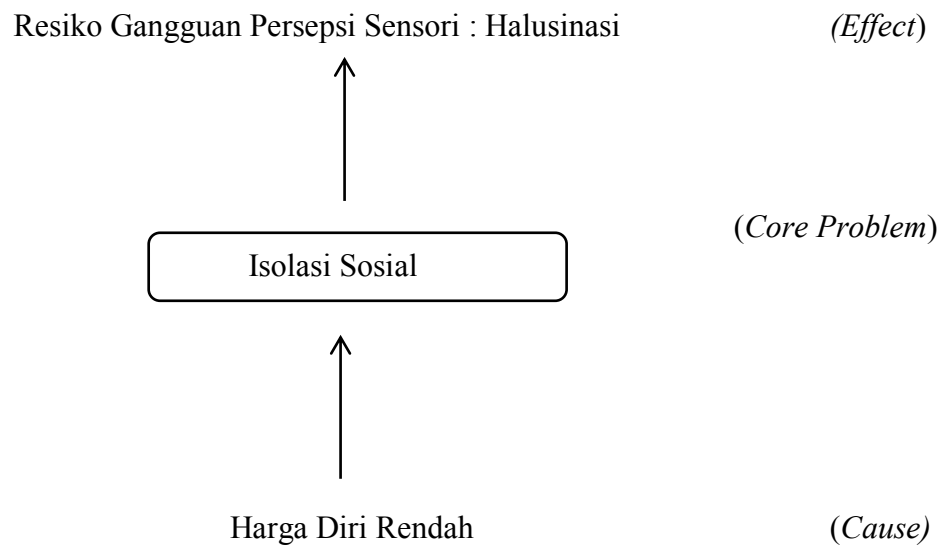
Menurut Badar (2016) masalah keperawatan yang muncul pada isolasi sosial adalah:

- a. Resiko gangguan persepsi sensori: Halusinasi
- b. Isolasi sosial
- c. Harga diri rendah

2.2.4 Pohon Masalah

Pohon masalah merupakan gambaran masalah yang dapat diperkirakan yang terdiri dari masalah utama, sebab, dan akibat.

Pohon masalah adalah sebagai berikut:



Bagan 2.2 Pohon Masalah (Badar, 2016).

2.2.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Strategi Pelaksanaan (SP) Pasien Dengan Isolasi Sosial	Strategi Pelaksanaan (SP) Keluarga Dengan Isolasi Sosial
1.	Isolasi Sosial	SP 1: 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : - Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien - Perkenalkan diri - Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini - Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu dan tempat - Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi - Tunjukkan sikap empati - Penuhi kebutuhan dasar pasien 2. Diskusikan - Penyebab isolasi sosial: siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat dan apa sebabnya. - Keuntungan punya teman dan bercakap- cakap - Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap- cakap - Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat atau tamu. - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan.	SP 1 : 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 1. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial 2. Jelaskan cara merawat isolasi sosial 3. Latih dua cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besuk

		SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang). Beri pujian. 2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang pasien, perawat dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan harian.	SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian 2. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara (makan, sholat bersama) dirumah 3. Latih cara membimbing pasien dan member pujian 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat besok.
		SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (beberapa orang) & bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Beri pujian. 2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.	SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian 2. Jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan social seperti berbelanja, meminta sesuatu dll. 3. Latih keluarga mengajak pasien belanja saat besok. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besok

		SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian. Beri pujian. 2. Latih cara berbicara social: meminta sesuatu, menjawab pertanyaan 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan > 5 orang. Orang baru berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.	SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian 2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian.
2.	Harga Diri Rendah	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : - Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien - Perkenalkan diri - Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini - Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu dan tempat - Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi - Tunjukkan sikap empati - Penuhi kebutuhan dasar pasien 2. Diskusikan - Kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan) - Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) - Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini	SP 1 : 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian tanda dan gejala dan proses terjadinya harga diri rendah 3. Diskusikan kemampuan atau aspek positif pasien yang pernah dimiliki sebelum dan setelah sakit 4. Jelaskan cara merawat harga diri rendah terutama memberikan pujian semua hal positif pada pasien 5. Latih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan pertama yang dimiliki pasien: bimbing dan beri pujian 6. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal

		untuk dilatih - Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara). - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan 2 kali sehari	
		SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih 3. Latih kegiatan kedua (alat dan) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: dua kegiatan masing-masing dua kali per hari	SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama yang dipilih dan dilatih pasien . Beri pujian 2. Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan kedua yang dipilih pasien 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian
		SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih 3. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: tiga kegiatan, masing-masing dua kali per hari	SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih . Beri pujian 2. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan ketiga yang dipilih 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian
		SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan pertama, kedua , dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memilih	SP 4: 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama, kedua dan ketiga. Beri pujian

		kegiatan keempat yang akan dilatih 3. Latih kegiatan keempat (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: empat kegiatan masing-masing dua kali per hari	2. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan keempat yang dipilih 3. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
3.	Halusinasi	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : - Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien - Perkenalkan diri - Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini - Membuat kontrak asuhan: apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu dan tempat - Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi - Tunjukkan sikap empati - Penuhi kebutuhan dasar pasien 2. Diskusikan - Isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, dan respon. - Cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan. - Cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. - Jadwal kegiatan untuk latihan menghardik	SP 1 : 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi 3. Jelaskan cara merawat halusinasi 4. Latih cara merawat halusinasi : menghardik 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.

		SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) 3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat	SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien menghardik, beri pujian 2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat 3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian
		SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik & minum obat. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 3. Masukan dalam jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap.	SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan dalam merawat / melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian 2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi 3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
		SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat & bercakap-cakap. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan) 3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat,	SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien menghardik, memberikan obat & bercakap-cakap. Beri pujian 2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM , tanda kambuh rujukan 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal

		bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan harian.	dan memberikan pujian
--	--	--	-----------------------

Sumber : (Prabowo, 2014)

2.2.6 Implementasi

Implementasi biasanya disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana , hal ini terjadi kerana perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidas dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisinya. Perawat juga menilai diri sendiri apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknikal sesuai tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi pasien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan (Sahputra, 2016).

2.2.7 Evaluasi

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi proses atau pormatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya.

S : Respon subjektif klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradikdif dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

Jika intervensi tidak berhasil maka dilanjutkan dengan evaluasi SOAPIER :

I : Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakuakn sesuatu dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan).

E : Evaluasi adalah respond klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

R : Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilaukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi.