



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. S
DENGAN ISOLASI SOSIAL DI RUANG ARIMBI
RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI
BOGOR**

CINDY AYU LESTARI

2011047

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. S
DENGAN ISOLASI SOSIAL DI RUANG ARIMBI
RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI
BOGOR**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
Pendidikan diploma tiga keperawatan**

CINDY AYU LESTARI

2011047

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar

Nama : Cindy Ayu Lestari

Nim 2011047

Tanda Tangan : 

Tanggal : 20 juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S Dengan Isolasi Sosial Di Ruang Arimbi Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Pembimbing

Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J

Penguji I

Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J

Penguji II

Shinta Prawitasari, M.Kep

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

Ellynia, S.E., M.M

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat dan hidayat-Nya, saya dapat menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari pihak, dari masa perkuliahan sampai penyusunan laporan tugas akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ellynia, SE M.M , selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan saya fasilitas yang mendukung perkuliahan sampai pembuatan laporan tugas akhir ini
2. Dr. dr. Fidiansjah Mursid, Sp. K., M.P.HSKJ. MARS selaku direktur utama Rumah Sakit DR. Marzoeqi Mahdi Bogor yang sudah mengizinkan saya berdinas dan mengambil kasus untuk di buat laporan akhir
3. Ns. Tri Setyaningsih , M.Kep, SP.Kep.J selaku pembimbing 1 yang telah menyediakan waktu, tenaga , dan pikiran untuk membimbing saya dalam menyusun laporan tugas akhir ini
4. Ns. Dian Fitria, M.Kep, Sp.Kep.J Selaku penguji 1, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini
5. Shinta Prawitasari, M.Kep J Selaku penguji 2, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini
6. Dosen dan Staf Stikes RS Husada yang telah membimbing saya di perkuliahan dan di praktik lapangan
7. Keluarga tercinta terutama kedua orang tua saya, ayah saya Alm. Kadir dan mama saya tersayang Siai. dan kakak saya Isma Oktalia A.Md.Keb. yang tidak pernah lelah dalam memberikan dukungan dan materi, dan mengajarkan saya arti sebuah kesabaran, kejujuran, semangat serta doa yang tak terkira selama proses pendidikan di Stikes RS Husada. Karya ini saya persembahkan untuk kalian. Terimakasih kepada ayah (Alm.) dan mama, kelak cita-cita saya ini akan menjadi persembahan untuk kalian.

8. Tn.S atas bantuan dan kerja samanya selama pembuatan asuhan keperawatan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini
9. Kepada sahabat-sababat seperjuangan saya Ardila Primesti Tri Cahyani, Ajrina Hestu Desanaisya, dan Dwi Antikah terima kasih selalu memberikan semangat dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
10. Kepada sahabat sahabat SMP dan SMA saya Aliyah Ismayanti, Amaliyah Nur Fajrin.W , Aini Rizki Noviyanti, Dinda Arfah Jelita, Eliyah Tiandra, Fika Dwi Setyaningrum, Mitha dwi Nur Hadi, Sabrina Barlian Inayah, Salsa Nabila Bilqis, Riki Kusuma Astuti, Meida Rachman, Nisa Aryanti, Diva Laela Agutina, dan Khairunisa terima kasih selalu memberi support dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah Ini.
11. Kepada saudara saya Emora Emda Putra S.S. dan Ilfani Yulianti terima kasih telah memberi support dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
12. Kepada teman satu kelompok jiwa yaitu Dwi Antikah, Rosa Aulia, Shela Pradita U. danTri Halimah Nur Rahmadani terima kasih atas bantuan dan support dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini serta selalu kompak dan bekerja sama dengan baik
13. Rekan-rekan mahasiswa/i angkatan XXXIII Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS.Husada yang telah bersama-sama berjuang selama tiga tahun ini.
14. Semua pihak yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 20 Juni 2023



Cindy Ayu Lestari

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistem Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
A. Pengertian.....	7
B. Psikodinamika (Proses Etiologi).....	8
1. Faktor Predisposisi	8
2. Faktor Presipitasi	8
C. Rentang Respon.....	9
D. Tanda dan Gejala.....	10
E. Asuhan Keperawatan.....	11
1. Pengkajian	11
2. Pohon Masalah	12
3. Diagnosa Keperawatan.....	13
4. Rencana Keperawatan	13
5. Implementasi	16
6. Evaluasi	18
BAB III TINJAUAN KASUS.....	20
A. Pengkajian	20
1. Identitas	20
2. Alasan Masuk.....	20
3. Etiologi.....	21

4. Pemeriksaan Fisik.....	22
5. Psikosisial.....	22
6. Status Mental.....	24
7. Kebutuhan Persiapan Pulang.....	27
8. Mekanisme Koping.....	27
9. Masalah Psikososial dan Lingkungan.....	28
10. Pengetahuan kurang tentang.....	28
11. Aspek Medik.....	28
B. Analisa Data.....	29
C. Pohon Masalah.....	32
D. DiagnosaKeperawatan.....	32
E. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan.....	32
1. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial.....	32
2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.....	40
3. Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan.....	46
4. Diagnosa Keperawatan : Harga Diri Rendah.....	49
5. Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri.....	54
BAB IV PEMBAHASAN.....	59
A. Pengkajian.....	59
B. Diagnosa.....	61
C. Intervensi.....	62
D. Implementasi.....	63
E. Evaluasi.....	66
BAB V PENUTUP.....	68
A. Kesimpulan.....	68
B. Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA.....	72
LAMPIRAN.....	75

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	29
-----------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon.....	9
Gambar 2.2 Pohon Masalah Isolasi Sosial	12
Gambar 3.1 Genogram keluarga Tn.S	22
Gambar 3.2 Pohon Masalah Tn. S	32

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

Lampiran 2. Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Kronik

Lampiran 3. Strategi Pelaksanaan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Lampiran 4. Strategi Pelaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

Lampiran 5. Strategi Pelaksanaan Defisit Perawatan Diri

Lampiran 6. Analisa Obat

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan keadaan kondisi sehat badan jasmani, rohani, spiritual dan sosial, serta bukan hanya keadaan bebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan, melainkan juga berkepribadian yang mandiri dan produktif (Terri & Livana, 2019). Kesehatan meliputi dua jenis yaitu kesehatan fisik dan kesehatan jiwa (Damanik, 2019). Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan dimana terwujudnya keharmonisan fungsi jiwa dan sanggup menghadapi masalah dalam hidup, merasa bahagia, dan mampu melakukan aktivitas secara mandiri (Aryani & Riyandry, 2019). Kesehatan jiwa menurut UU RI No 18 Tahun 2014 ialah suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang dengan baik secara fisik, mental, spritual, dapat bekerja secara produktif serta mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Yusuf et al., 2019) Kesehatan jiwa menurut (Kemenkes, 2016) ialah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari individu dan perkembangan itu berjalan beriringan dengan keadaan orang lain. Jika terdapat salah satu ataupun lebih kondisi yang tidak optimal dapat menyebabkan gangguan jiwa.

Menurut (Riskesdas, 2018) kasus skizofrenia di Indonesia pada tahun 2018 mencapai 7,0‰. Provinsi Jawa Barat menempati urutan kedua puluh delapan dengan angka prevalensi 5% hal ini mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2013 penderita *skizofrenia* di provinsi Jawa Barat

dengan angka prevalensi 1,6% (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Penyebab gangguan jiwa belum diketahui secara pasti, tetapi terdapat faktor resiko yang menyebabkan gangguan jiwa, salah satunya ialah faktor psikologis. Faktor psikologis akan mempengaruhi emosional seseorang. Berdasarkan data World Health Organization (WHO) pada tahun 2016 diketahui bahwa kurang lebih 35 juta orang dengan gangguan depresi, 60 juta orang dengan gangguan bipolar, 47,5 juta dengan gangguan dimensia serta 21 juta dengan gangguan skizofrenia (Indonesia & Association, 2016).

Hasil prevalensi berdasarkan tempat tinggal, seseorang yang mengalami masalah *skizofrenia* lebih banyak di perdesaan dengan angka prevalensi 5,92% daripada perkotaan dengan angka prevalensi 4,62% (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Berdasarkan hasil (Kemenkes RI, 2018) prevelensi rumah tangga dengan Asisten Rumah Tangga (ART) yang menderita Skizofrenia di indonesia ialah 7.0 per mil yang artinya tiap 1000 rumah tangga yang memiliki ART, terdapat 7 yang menderita gangguan skizofrenia. Prevelensi terbesar ART yang menderita skizofrenia berada di wilayah Bali dengan 11.0 per mil sedangkan wilayah terendah ART yang menderita skizofrenia ialah Kepri dengan 3.0 per mil. Di wilayah Jawa Barat terdapat 5.0 per mil ART yang menderita skizofrenia.

Isolasi sosial ialah keadaan ketika seseorang mengalami penurunan atau samasekali tidak bisa berinteraksi dengan orang lain yang berada di sekitarnya. Pasien merasa ditolak, tidak diterima, kesepian ataupun tidak mampu membina hubungan yang baik dengan orang lain (Badar, 2016).

Isolasi sosial adalah suatu gangguan dalam hubungan interpersonal seseorang yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel

sehingga menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam berhubungan (Lase, 2021).

Dampak dari seseorang yang mengalami masalah isolasi sosial yaitu seseorang tersebut akan menarik diri, sulit berinteraksi dengan orang lain, kurangnya kemampuan dalam bersosialisasi di lingkungan sekitar, apatis terhadap lingkungan masyarakat, suka curiga dengan orang lain dan juga merasa tidak minat melakukan segala aktivitas yang sifatnya menghibur (Muliani, 2017). Ada beberapa hal yang bisa memicu kekambuhan seseorang dengan masalah isolasi sosial, antara lain pasien tidak minum obat dan tidak kontrol ke rumah sakit secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan keluarga atau kurangnya kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan masalah isolasi sosial di rumah, serta adanya masalah kehidupan yang berat sehingga timbul stres sehingga pasien kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit (Pardede, 2018). Gejala isolasi sosial tersebut dibutuhkan rehabilitatif yang bertujuan untuk mengembalikan fungsi fisik, membantu menyesuaikan diri, meningkatkan toleransi dan meningkatkan kemampuan pasien berisolasi untuk meminimalkan dampak dari isolasi sosial dibutuhkan pendekatan dan memberikan penatalaksanaan untuk mengatasi gejala pasien dengan isolasi sosial sehingga peran perawat dalam menangani masalah pasien dengan isolasi sosial antara lain menerapkan standar asuhan keperawatan (Pardede, 2022).

Peran perawat jiwa saat ini mencakup diantaranya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam upaya preventif yaitu perawat memiliki peran untuk menganjurkan pada pasien dan keluarga pasien agar mengenal dan mencegah terjadinya masalah isolasi sosial. Upaya promotif yaitu perawat

memiliki peran untuk memberikan informasi atau pendidikan kesehatan yang jelas dan mudah dipahami oleh pasien dan keluarga pasien tentang masalah isolasi sosial.

Dalam upaya kuratif yaitu perawat memiliki peran memberi perawatan sesuai dengan kebutuhan pasien dan kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk mempercepat proses penyembuhan pasien. Dalam upaya rehabilitatif yaitu perawat memiliki peran untuk mendorong pasien dan keluarga pasien menjadi mandiri dalam melakukan perawatan yang telah diberikan serta menghindari hal-hal yang dapat menimbulkan masalah isolasi sosial.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk membahas kasus dengan melakukan pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan. Dengan memberikan “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Isolasi Sosial di Ruang Arimbi RS DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor”.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Isolasi Sosial di RS DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor” adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Mahasiswa dapat mengerti, memahami, dan mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah isolasi sosial secara langsung.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus pembuatan karya tulis ilmiah ini diharapkan mahasiswa mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan isolasi sosial
- b. Menentukan masalah keperawatan dengan isolasi sosial
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah isolasi sosial
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah isolasi sosial
- e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan masalah isolasi sosial, mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dengan kasus isolasi sosial
- f. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat serta mencari solusinya
- g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada masalah isolasi sosial

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya ilmiah ini merupakan pembahasan mengenai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan masalah isolasi sosial di Ruang Arimbi Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dan metode studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif ini menggunakan pendekatan studi kasus, dimana penulis mengelola satu kasus menggunakan asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama tiga hari. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data oleh penulis adalah metode wawancara, yaitu dengan cara tanya jawab dan interaksi langsung ke pasien, perawat, serta tim kesehatan lainnya. Dalam metode studi kepustakaan ini

menggunakan referensi dari beberapa sumber seperti buku, jurnal, maupun website yang digunakan agar dapat memberikan pemahaman lebih serta gambaran kepada penulis.

E. Sistem Penulisan

Sistem penulisan makalah ini terdiri dari lima bab yaitu : BAB I adalah pendahuluan yang meliputi latar belakang masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistemik penulisan. BAB II adalah tujuan teoritis yang menguraikan pengertian, psikodinamika, tanda dan gejala, rentang respon, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB III adalah tinjauan kasus yang membahas tentang pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV adalah pembahasan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus yang diambil mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB V adalah penutup meliputi kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya karena seseorang tersebut memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan, merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu menjalin hubungan yang berartidengan orang lain (Badar, 2016). Isolasi sosial adalah dimana keadaan individu mengalami penurunan dalam berinteraksi atau bahkan tidak mampu mengalami interaksi terhadap orang disekitarnya. Orang dengan isolasi sosial lebihsuka berdiam diri mengurung diri dan menghindar dari orang lain disekitarnya (Ni'mah & Lailatun, 2019).

Isolasi sosial adalah suatu gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel sehingga timbul perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam menjalin hubungan dengan orang lain (Lase, 2021). Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa isolasi sosial merupakan suatu bentuk sikap menyendiri disebabkan karena memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan, merasa ditolak, tidak diterima sehingga seseorang tersebut menganggap keberadaan orang lain sama.

B. Psikodinamika (Proses Etiologi)

1. Faktor Predisposisi

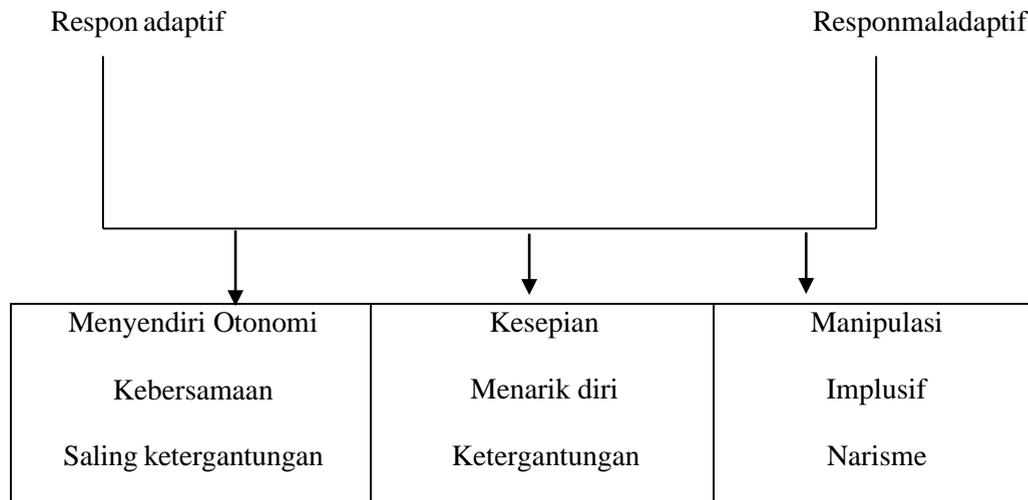
Menurut Direja (2011) faktor predisposisi yang mempengaruhi masalah isolasi sosial dibagi menjadi empat faktor yaitu psikologis, biologis, keluarga, sosial budaya : Perkembangan merupakan tahapan tumbuh kembang yang terjadi individuada tugas perkembangan yang harusdipenuhi agar individu tersebut tidak mengalami gangguan dalam hubungansosial. Jika tugas-tugas dalam setiap perkembangan tidak terpenuhi maka akan menghambat fase perkembangan berikutnya. Biologis merupakan salah satu faktor pendukung yang menyebabkan terjadinya gangguan dalamhubungan sosial, pada penderita skizofrenia yang mengalami gangguan dalam hubungan sosial terdapat struktur yang abnormal dalamotak, seperti atrofi otak, perumahan ukuran dan bentuk sel-sel dalam limbik dan kortikal(Sutejo, 2017)

2. Faktor Presipitasi

Menurut Dermawan (2013) stressor presipitasi terjadinya isolasi sosial dapat ditimbulkan oleh empat faktor utama yang dapat menentukan alam perasaan adalah : Kehilangan ketertarikan yang nyata atau yang dibayangkan termasuk kehilangan cinta seseorang, fungsi fisik kedudukan atau harga diri, karena elemen aktual dan simbolik melibatkan konsep kehilangan maka konsep persepsi lain merupakan hal yang sangat penting, peristiwa besar dalam kehidupan sering dilaporkan sebagai pendahuluan episode depresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah, peran dan

ketegangan peran telah dilaporkan mempengaruhi depresi utama pada wanita, perubahan fisiologis di akibatkan oleh obat-obatan berbagai penyakit fisik seperti infeksi, gangguan keseimbangan metabolik dapat mencetuskan gangguan alam perasaan.

C. Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon

(Sumber: Riyardi & Purwanto, 2013)

Menurut Riyardi & Purwanto (2013) respon adaptif adalah respon individu yang penyelesaiannya menggunakan cara yang dapat diterima oleh norma-norma dimasyarakat respon ini meliputi : menyendiri Respon yang dilakukan oleh individu untuk merenungkan apa yang sudah terjadi dan yang sudah dilakukan, dan menyendiri juga cara mengevaluasi diri dalam menentukan rencana-rencana, Otonomi Kemampuan individu dalam menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial, individu mampu menetapkan untuk independent dan pengaturan diri, Kebersamaan Kemampuan individu untuk saling pengertian, saling menerimadan memberi dalam hubungan interpersonal, Ketergantungan (dependen) merupakan Suatu keadaan individu

orang lain memiliki hubungan saling ketergantungan dalam membina hubungan interpersonal, Adapun respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara bertentangan dengan norma dan nilai dalam masyarakat.

Menurut Riyadi & Purwanto (2013) Respon maladaptif manipulasi merupakan gangguan hubungan sosial yang terdapat pada individu yang menganggap orang lain sebagai objek. Individu tersebut tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam, Impulsive, individu impulsive tidak mampu merencanakan sesuatu, tidak mampu belajar dari pengalaman, tidak dapat diandalkan, dan penilaian yang buruk, Narkisisme Pada individu narkisisme terdapat harga diri dengan isolasi sosial adalah keadaan dimana individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Klien merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

D. Tanda dan Gejala

Menurut Nurhalimah (2016) tanda dan gejala isolasi sosial dapat dinilai dari ungkapan pasien yang menunjukkan penilaian negatif tentang hubungan sosial dan didukung dengan data hasil observasi. Data Subjektif pasien mengungkapkan tentang perasaan sepi, perasaan tidak aman, perasaan bosan, waktu terasa lambat, kesulitan berkonsentrasi, perasaan ditolak, merasa tidak berguna, merasa tidak mampu, tidak bisa tahu apa-apa, pasien mengungkapkan perasaan malu. Data objektif pasien tampak banyak diam, tidak mau bicara, menyendiri, tidak mau berinteraksi dengan orang lain, tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal, kontak mata kurang.

E. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar pemikiran keperawatan yang tujuannya adalah mengumpulkan informasi tentang pasien guna mengenali dan mengetahui masalah fisik, mental, sosial dan lingkungan, kesehatan dan kebutuhan perawatan pasien. (Dermawan, 2012).

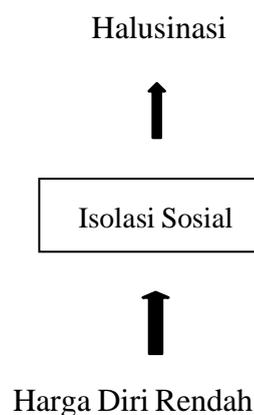
Proses pengkajian mencakup pengumpulan data, penyusunan data, validasi data, pencatatan data (Azizah et al., 2016). Adapun isi pengkajian yang terdiri dari nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal asesmen, alamat, diagnosa, nomor rekam medis dan sumber informasi. Alasan pasien dengan isolasi sosial biasanya menyendiri (menghindari orang lain), komunikasi berkurang atau tidak ada, penolakan untuk berkomunikasi dengan orang lain, tidak melakukan aktivitas sehari-hari, tidak aman dengan orang lain, tidak dapat berkonsentrasi, merasa tidak berguna dan merasa tidak aman tentang hidup.

Faktor predisposisi yaitu merupakan faktor keturunan, menanyakan tentang apakah anggota keluarganya ada yang memiliki gangguan jiwa atau tidak, apakah pernah melakukan pengobatan sebelumnya atau tidak, Faktor presipitasi mencakup kejadian kehidupan yang penuh stres seperti tekanan dari lingkungan sekitar, kehilangan, berpisah dari orang yang berarti dalam kehidupannya yang mempengaruhi kemampuan individu dalam berhubungan dengan orang lain dan menyebabkan ansietas. Pemeriksaan fisik antara lain pemeriksaan tanda-tanda vital, berat badan, tinggi badan, dan

periksa apakah ada keluhan yang pasien rasakan atau tidak, Faktor biologis juga merupakan salah satu faktor pendukung yang menyebabkan terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Terjadinya gangguan hubungan sosial juga dapat ditimbulkan oleh faktor internal dan eksternal seseorang. Faktor eksternal, stressor budaya, yaitu stress yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan dalam membina hubungan dengan orang lain, misalnya anggota keluarga yang labil dirawat di rumah sakit. Faktor internal, stressor psikologis, yaitu stress yang terjadi akibat tingkat kecemasan yang berat akan menyebabkan menurunnya kemampuan individu untuk mengatasi masalah yang diyakini akan menimbulkan gangguan berhubungan (Muhith, 2015)

Masalah psikososial dan lingkungan biasanya pasien dengan isolasi sosial memiliki masalah seperti pasien yang tidak dapat berinteraksi dengan keluarga atau masyarakat setempat karena merasa takut.

2. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Isolasi Sosial

Sumber: Sutejo (2017)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan menurut (PPNI, 2017) ketika individu mengalami masalah keperawatan dengan diagnosa utama isolasi sosial ialah:

- a. Isolasi sosial berhubungan dengan ketidakpuasan menjalin hubungan.
- b. Halusinasi: gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan dan pendengaran.
- c. Harga diri rendah kronis berhubungan dengan kegagalan berulang.

Menurut Sutejo (2017) diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan gejala isolasi sosial yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala isolasi sosial, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan yaitu Isolasi sosial merupakan keadaan individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang sekitarnya. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah merupakan suatu kesedihan atau perasaan duka berkepanjangan. Harga diri rendah adalah emosi normal manusia, tapi secara klinis dapat bermakna patologik apabila mengganggu perilaku sehari-hari, menjadi privasi dan muncul bersama penyakit lain. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, atau perabaan.

4. Rencana Keperawatan

Menurut (Sutejo, 2017) dan (Azizah, 2016) rencana tindakan keperawatan untuk pasien isolasi sosial sebagai berikut:

- a. TUK 1 Pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Hasil : Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat dengan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang ada kontak

mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi.

Rencana Tindakan : Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan simpati dan menerima apa adanya, dan beri perhatian pada kebutuhan dasar pasien.

b. TUK2 Pasien mampu menyebutkan penyebab menarik diri

Kriteria Hasil : Pasien dapat menyebutkan satu penyebab menarik diri dari diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Rencana Tindakan : Tanyakan pada pasien tentang : orang yang tinggal serumah atau tekam sekamar pasien, orang yang paling dekat dengan pasien di rumah atau di RS, apa yang membuat pasien dekat dengan orang tersebut, orang yang tidak dekat dengan pasien di rumah atau di RS, apa yang membuat pasien tidak dekat dengan orang tersebut, upaya yang harus dilakukan agar dekat dengan orang lain. Beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul, dan beri pujian terhadap kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya.

c. TUK 3 Pasien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain

Kriteria Hasil : Pasien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain, misalnya banyak teman, tidak kesepian bisa

berdiskusi, dan saling tolong menolong. Pasien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, misalnya kesepian dan tidak bisa berdiskusi tentang suatu hal.

Rencana Tindakan : Tanyakan pada pasien tentang manfaat jika berhubungan dengan orang lain dan kerugian jika tidak berhubungan dengan orang lain, beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, diskusikan dengan pasien tentang manfaat dan kerugiannya, beri pujian tentang pasien atas kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya.

- d. TUK 4 : Pasien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.

Kriteria Hasil : Pasien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap antara pasien- perawat, pasien-perawat lain, pasien-pasien lain, dan pasien kelompok atau masyarakat.

Rencana Tindakan : Observasi perilaku pasien dengan berhubungan dengan oranglain, motivasi dan bantu pasien untuk berkenalan atau berkomunikasi dengan : Perawat, pasien, kelompok atau masyarakat. Libatkan pasien dalam Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAK), motivasi pasien untuk mengikuti kegiatan ruangan, beri pujian terhadap kemampuan pasien memperluas pergaulannya, dan diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pasien bersosialisasi.

- e. TUK 5 Pasien mampu mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain.

Kriteria Hasil : Pasien dapat mengungkapkan perasaannya setelah

berhubungan dengan orang lain, diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Rencana Tindakan : Berikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain, diskusikan dengan pasien tentang perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain, dan berikan pujian terhadap kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya.

- f. TUK 6 Pasien dapat dukungan keluarga dalam memperluas hubungan dengan orang lain dan lingkungan.

Kriteria Hasil : Keluarga dapat menjelaskan cara merawat pasien dengan masalah menarik diri dan menggunakan rasa puas dalam merawat pasien

Rencana Tindakan : Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku menarik diri, diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku menarik diri, jelaskan cara merawat pasien menarik diri yang dapat dilaksanakan oleh keluarga, motivasi keluarga agar membantu pasien untuk bersosialisasi, beri pujian kepada keluarga atas keterlibatan merawat pasien di rumah sakit, dan tanyakan perasaan keluarga.

5. Implementasi

Menurut Setiadi (2013) implementasi keperawatan adalah pengelolaan data dan dilakukannya rencana keperawatan yang sudah dibuat pada tahap perencanaan, Menurut Muhith (2015) menjelaskan bahwa pelaksanaan tindakan keperawatan terdiri dari :

- a. Strategi pelaksanaan 1 klien
 - 1) Membina hubungan saling percaya
 - 2) Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial

- 3) Berdiskusi dengan klien keuntungan berinteraksi dengan orang lain,
 - 4) Mengajarkan pada klien cara berkenalan dengan satu orang
 - 5) Mengajarkan pada klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian
- b. Strategi pelaksanaan 2 klien
- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
 - 2) Memberi kesempatan klien untuk mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang
 - 3) Mengajarkan klien cara berkenalan dengan dua orang
 - 4) Mengajarkan untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian,
- c. Strategi pelaksanaan 3 klien
- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
 - 2) Memberi kesempatan klien untuk mempraktekkan cara berkenalan dengan dua orang, atau kelompok
 - 3) Mengajarkan untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian
- d. Strategi pelaksanaan 4 klien
- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
 - 2) Memberi kesempatan klien untuk mempraktekkan cara berkenalan dengan kelompok
 - 3) Mengajarkan klien cara berkenalan dengan melakukan aktivitas
 - 4) Mengajarkan untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian
- e. Strategi pelaksanaan 1 keluarga
- 1) Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang penyuluhan

isolasi sosial, penyebab serta cara merawatnya

f. Strategi pelaksana 2 keluarga

- 1) Melatih keluarga tentang cara merawat pasien isolasi sosial

g. Strategi pelaksana 3 keluarga

- 1) Membuat perencanaan pulang dengan keluarga.

6. Evaluasi

Menurut (PPNI, 2019), evaluasi kemampuan pasien isolasi sosial berhasil apabila pasien dalam keterlibatan sosial meningkat, dengan kriteria hasil:

Perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat, Perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan meningkat, Responsif pada orang lain meningkat, Perasaan tertarik pada orang lain meningkat, Minat melakukan kontak emosi meningkat, Kontak mata meningkat, Minat melakukan kontak fisik meningkat, Verbalisasi kasih sayang meningkat, Ekspresi wajah responsif meningkat, Kooperatif dalam bermain dengan sebaya meningkat, Perilaku sesuai usia meningkat, Gejala cemas menurun.

Menurut (Keliat et al., 2020), evaluasi kemampuan pasien isolasi sosial berhasil apabila pasien dapat terlibat dalam kegiatan sosial yang dibedakan menjadi tiga, yaitu:

- Kognitif: pasien dapat mengidentifikasi keuntungan berinteraksi dengan orang lain, pasien dapat mengidentifikasi kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, pasien dapat memiliki keberanian berinteraksi, pasien memiliki motivasi berinteraksi, pasien memiliki inisiatif berinteraksi.

- Psikomotor: melakukan interaksi dengan orang lain, melakukan kegiatan bersama dengan orang lain, melakukan kegiatan sosial.
- Afektif: merasakan manfaat dari latihan bersosialisasi, merasa nyaman berinteraksi dengan orang lain.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada BAB ini penulis menguraikan Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan isolasi sosial di Ruang Arimbi Rumah Sakit DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Pasien masuk 1 November 2022, Dalam melakukan Asuhan Keperawatan ini pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan yang meliputi lima tahap yaitu : pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

1. Identitas

Nama pasien Tn.S berusia 26 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, status perkawinan sudah menikah, Pasien beragama islam, Suku bangsa sunda, Pendidikan terakhir SMP, alamat rumah pasien Kp. Tinggarjaya RT02/RW04 bogor, Pasien dirawat di ruang Arimbi RSMM Bogor dengan diagnosa *skizofrenia*. Data pengkajian yang diperoleh yang diperoleh dari pernyataan pasien, perawat ruangan dan rekam medis.

2. Alasan Masuk

Berdasarkan hasil pengkajian Tn. S datang ke RSMM Bogor dengan keluarga yaitu ibu, bapak, ibu dan istrinya pada tanggal 1 November 2022 melalui IGD, pasien masuk dikarenakan sering mengamuk dan membanting- banting barang karena kesal dengan suara-suara bisikan suara motor, pasien banyak diam saat diajak bicara, terlihat murung.

3. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan bahwa pasien mengatakan tidak pernah memiliki gangguan jiwa sebelumnya, dan baru pertama kali masuk RSJ, Pasien memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan pasien mengatakan sering marah-marah sendiri karena setelah dia menikah sering di *bully* oleh tetangganya karena tidak memiliki rumah, pasien mengatakan merasa minder karena pasien tidak memiliki pekerjaan dan penghasilan sehingga tidak bisa menafkahi anak dan istrinya. pasien merasa gagal menjadi kepala keluarga.

Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran, Isolasi Sosial, Resiko perilaku kekerasan, Harga Diri Rendah.

b. Faktor Presipitasi

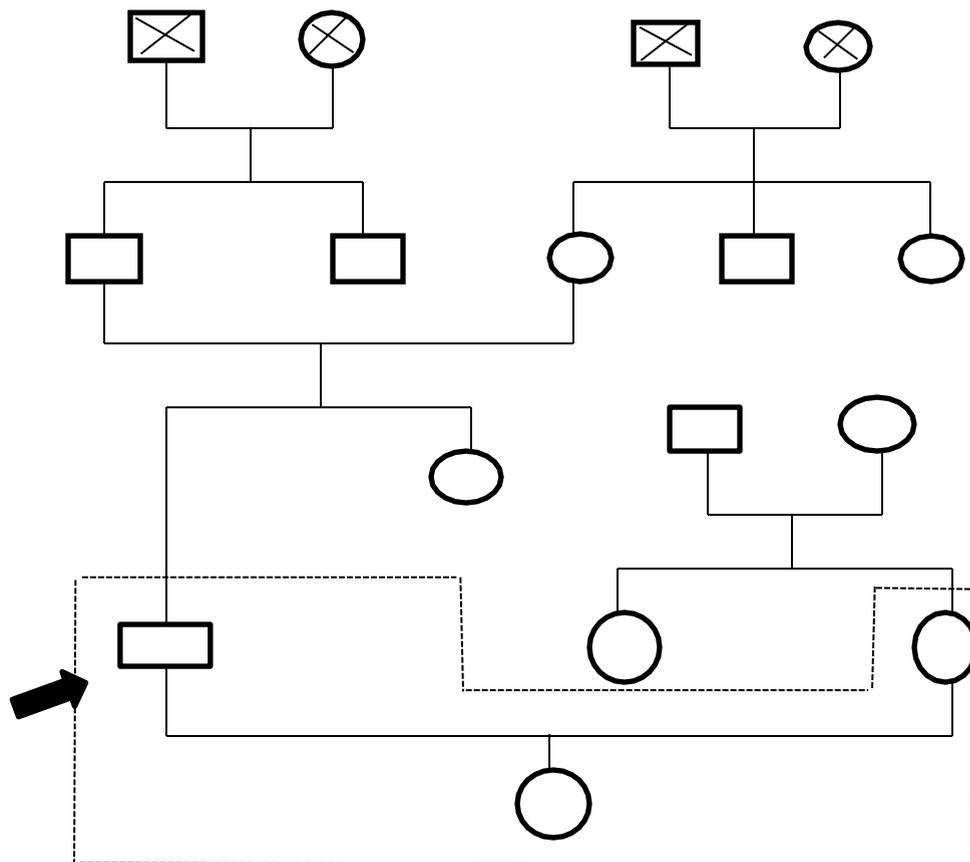
Stresor presipitasi pada umumnya mencakup kejadian kehidupan yang pernah stress seperti kehilangan, keinginan yang tidak tercapai yang mempengaruhi kemampuan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan menyebabkan ansietas, pada saat pengkajian pasien mengatakan setelah menikah ada keinginan yang tidak tercapai yaitu pasien ingin punya rumah sendiri, pasien mengatakan sering di *bully* oleh tetangganya karena belum mempunyai rumah pasien juga tidak bekerja dan tidak mempunyai penghasilan untuk menafkahi istrinya, Pasien mengatakan merasa minder dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain.

4. Pemeriksaan Fisik

Hasil pengkajian fisik, penulis menemukan data tanda vital : tekanan darah 116/73mmHg, pernafasan 20x/menit, nadi 93x/menit, suhu 36,°C, TB : 160cm, BB : 50kg. Tidak ada keluhan pada fisik klien.

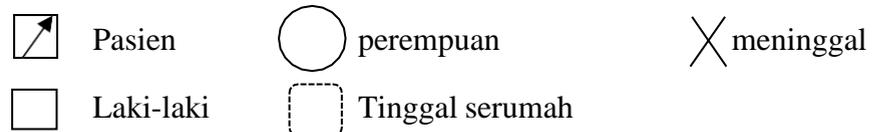
5. Psikosisial

a. Genogram



Gambar 3.1 Genogram keluarga Tn.S

Keterangan :



Klien mengatakan orang terdekatnya yaitu istrinya sendiri dan klien sering berinteraksi dengan istrinya. Pasien anak ke dua dari

tiga bersaudara, kakanya yang pertama sudah menikah, dan adik pasien masih sekolah, Ayah dan Ibu pasien tidak tinggal serumah sehingga jarang berkomunikasi dengan klien, Pola komunikasi dalam keluarga dua arah. Pasien tidak mampu memulai pembicaraan dan kontak mata pasien kurang saat diajak berbicara.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

b. Konsep diri

Gambaran diri pasien selalu menganggap dirinya tidak menarik, Pasien menganggap dirinya memang pantas dihina dan ditertawakan, Pasien mengatakan tidak suka bagian tangan kirinya karena ada tato, Pasien tidak percaya diri untuk melakukan apapun, Pasien selalu membanding-bandingkan dirinya dengan orang lain, Identitas diri pasien. Pasien mengatakan puas menjadi laki-laki, Peran diri pasien berperan sebagai seorang suami namun tidak memiliki pekerjaan dan penghasilan, Ideal diri pasien ingin segera pulang dan berkumpul bersama keluarga dan bisa segera mendapat pekerjaan , Harga diripatient mengatakan dirinya tidak berguna, tidak mempunyai masa depan, tidak memiliki pekerjaan dan tidak mempunyai rumah.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah dan Isolasi sosial.

c. Hubungan Sosial.

Pasien mengatakan orang yang berarti di hidupnya adalah istrinya, Pasien mengatakan dirinya pernah bergabung dalam kegiatan kelompok/masyarakat, Selama di RSMM pasien tampak masih mau jika di smengikuti senam bersama di Ruang Arimbi, Pasien juga tampak berinteraksi tetapi hanya dengan teman terdekatnya (teman sekamar)

saja, Pasien mengatakan tidak suka dipaksa, lebih suka menyendiri.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

d. Spiritual

Pasien mengatakan beragama islam, pasien mengatakan percaya kepada Allah SWT, pasien mengatakan selalu melakukan solat 5 waktu

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Status Mental

a. Penampilan

Pasien mengatakan mandi kalau disuruh oleh perawat saja, tetapi saat pasien mandi tidak menggunakan sabun atau sampo karena pasien menganggap nya sudah bersih, pasien mengatakan selalu ganti baju, pakaian pasien tampak tidak rapih.

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri.

b. Pembicaraan

Saat melakukan wawancara pasien tampak tidak kooperatif, kontak mata pasien kurang, pasien sering memotong pembicaraan, saat ditanya pasien memberikan dengan suara pelan, lambat dan terkadang tertawa sendiri, pada saat ditanya terkadang hanya diam saja, pasien tidak mampu memulai pembicaraan.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

c. Aktifitas Motorik

Pasien tampak gelisah, dan sering mondar-mandir

Masalah keperawatan : Halusinasi

d. Alam Perasaan

Pasien merasa sedih ada disini, pasien mengatakan ingin pulang ke

rumah berkumpul dengan keluarganya, pasien tampak sering melamun.

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah

e. Afek

Ekspresi wajah datar, pasien ketika diajak berbicara baru menunjukkan ekspresi yang baik.

Masalah Keperawatan : Afek tumpul

f. Interaksi selama wawancara

Selama wawancara berlangsung kontak mata kurang, sering tertawa sendiri, pasien saat ditanya diam saja, Pasien sering tiba-tiba pergi meninggalkan perawat saat wawancara berlangsung

Masalah Keperawatan: Isolasi Sosial

g. Persepsi

Saat dilakukan wawancara pasien mengatakan sering mendengar suara-suara motor, Suara itu sering muncul setiap malam (jam tidur) , frekuensi sebanyak 2x, saat suara itu muncul pasien merasa kesal dan marah, membanting-banting barang sampai suara itu hilang.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran dan Resiko Perilaku Kekerasan

h. Proses pikir

Saat dilakukan wawancara pasien suka berhenti berbicara tiba-tiba dan menjadi tidak nyambung saat memulai pembicaraan untuk melanjutkan pembahasan sebelumnya.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

i. Isi pikir

Pasien selalu memiliki rasa curiga dan sulit percaya dengan orang lain karena pasien tidak mau banyak orang tau tentang masalah apa yang dialami olehnya, dan pasien selalu merasa tidak berguna karena tidak bisa menafkahi anak dan istrinya.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial dan Harga Diri Rendah

j. Tingkat kesadaran

Pasien dapat menyebutkan sekarang sedang berada di RSMM, Pasien tidak menyebutkan dengan benar saat ditanya tanggal, bulan, dan tahun sekarang, pasien mampu menyebutkan namanya sendiri, pasien dapat membedakan antara laki-laki dan wanita, pasien mampu mengenali perawat yang ada disini.

Masalah Keperawatan : Disorientasi waktu

k. Memori

Pasien mampu mengingat memori jangka panjang seperti saat sekolah ditingkat SMP, pasien mampu mengingat alasan pasien di bawa ke RS, pasien juga mampu mengingat kejadian dalam seminggu terakhir.

Masalah Keperawatan : Gangguan daya ingat jangka panjang

l. Tingkat konsentrasi dalam berhitung

Selama dilakukan wawancara, pasien sangat mudah beralih dengan lingkungan sekitar, terkadang pasien pergunakan perawat saat wawancara berlangsung, pasien tidak mampu konsentrasi dengan pertanyaan yang diberikan

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

m. Kemampuan menilai

Pasien dapat menilai dan menentukan pilihan sederhana tanpa bantuan perawat seperti mencuci tangan sebelum makan, sesudah

makan, dan berdoa sebelum makan

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

n. Daya tilik

Pasien mengatakan tidak merasa mengalami gangguan jiwa

Masalah Keperawatan : daya tilik

7. Kebutuhan Persiapan Pulang

Pasien makan secara mandiri, BAB/ BAK secara mandiri di toilet, pasien mandi di toilet secara mandiri tetapi tidak menggunakan smpodan sabun, pasien berpakaian secara mandiri, pasien istirahat dan tidur siang dari pukul 13.00 – 15.00, tidur malam dari jam 21.00 – 05.00, pasien mengatakan berdoa sebelum tidur, penggunaan obat minimal, pemeliharaan kesehatan pasien diperbolehkan pulang. Kegiatan diluarrumah pasien tidak ada. dalam memelihara kesehatan pasien membutuhkan perawatan lanjutan dari rumah sakit, seperti pemberian obat secara teratur dan dalam perawatan pendukung pasien membutuhkan dukungan dari keluarga.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial dan Defisit Perawatan Diri

8. Mekanisme Koping

Pasien mengatakan menghadapi masalahnya dengan menyendiri dan melamun, pasien mengatakan jika stress pasien biasanya olahraga atau mendengarkan musik, terkadang pasien memilih tidur agar tidak memikirkan masalahnya.

Masalah Keperawatan : koping individu tidak efektif

9. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Masalah dengan dukungan atau kelompok, pasien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan orang, Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik pasien mengatakan keluar rumah hanya untuk bekerja, Masalah dengan pendidikan spesifik pasien mengatakan hanya lulusan SMP pasien ingin melanjutkan sekolah tetapi tidak ada biaya, Masalah dengan pekerjaan, pasien mengatakan tidak memiliki pekerjaan pasien ingin segera mendapat pekerjaan dan penghasilan, Masalah dengan perumahan, pasien mengatakan masih tinggal dengan keluarganya tetapi lingkungan sekitar rumah nya yang tidak nyaman. Pasien mengatakan sering dibully oleh tetangga nya karena tidak memiliki rumah sendiri dan tidak memiliki pekerjaan. Masalah ekonomi, pasien mengatakan ekonominya tidak cukup untuk kehidupan sehari-hari karena hanya istrinya saja yang bekerja. Masalah dengan pelayanan kesehatan, pasien mengatakan tidak ada masalah dalam kesehatan. Masalah dengan dukungan lingkungan, pasien mengatakan kurang bersosialisasi dengan tetangganya pasien lebih sering dirumah.

10. Pengetahuan kurang tentang

Pasien tidak mengetahui tentang penyakitnya, pasien masih menyangkal bahwa dirinya tidak mempunyai gangguan jiwa, pasien kurang tahu cara berkenalan dan tidak dapat memulai pembicaraan Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial.

11. Aspek Medik

Diagnosa medis pasien yaitu skizofrenia, terapi medis yang diberikan kepada pasien adalah Haloperidol 2x5 mg/12 jam/oral,

Trihexyphenidyl 2mg/12 jam/oral, Clozapin 2x25 mg/12 jam/oral.

B. Analisa Data

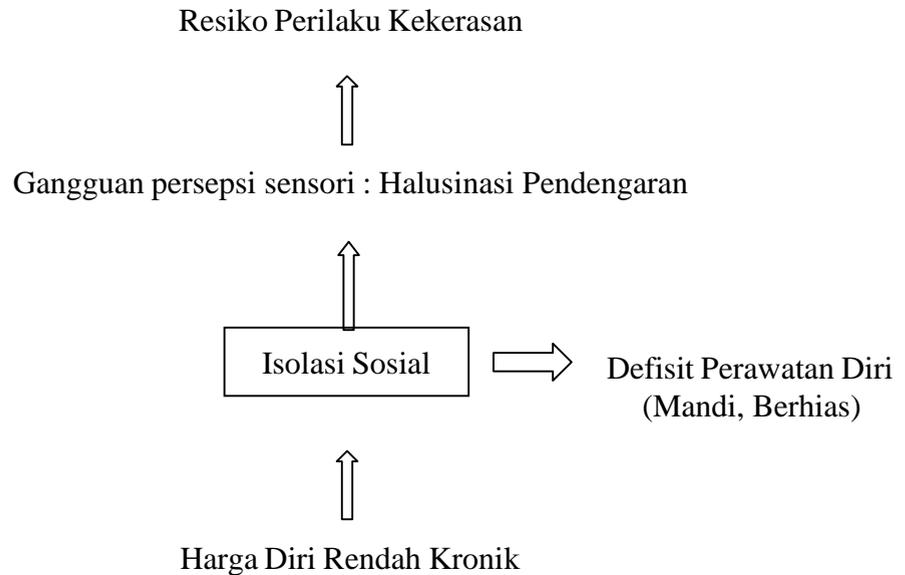
Tabel 3.1 Analisa Data

TANGGAL/ JAM	DATAFOKUS	MASALAH KEPERAWATAN
20 Maret 2023/10.00	<p>Data Subjektif : Pasien mengatakan lebih senang menyendiri, Pasien mengatakansuka berinteraksi dengan teman terdekatnya saja, Pasien mengatakan jarang keluar rumah</p> <p>Data Objektif : Pasien tampak sering menyendiri, Pasien tampak merenung, kontak mata kurang saat diajak bicara, postur tubuh selalu menunduk dan suara pelan. Tidak mauberinteraksi dengan orang lain pasien hanya berinteraksi dengan teman terdekatnya saja, bisa pergi secara tiba-tiba saat sedang diajak berbicara</p>	Isolasi Sosial

20 Maret 2023/10.00	<p>Data Subjektif : Pasien mengatakan mendengar suara-suara motor seperti sedang dijalanan suara itu muncul setiap malam (jam tidur), Pasien kesal Ketikasuaara itu muncul</p> <p>Data Objektif : Pasien tampak mondar-mandir ketika halusinasinya muncul, Pasien tidak fokus saat diajak bicara kontak mata pasien kurang</p>	Halusinasi Pendengaran
20 Maret 2023/10.00	<p>Data Subjektif : Pasien mengatakan sering mengamuk dan membanting-banting barang dirumah</p> <p>Data Objektif : Pasien tampak marah kesal saat halusinasinya muncul bahkan sampai membanting-banting barang, tanga mengempal dan berbicara sendiri</p>	Risiko Perilaku Kekerasan
20 Maret 2023/10.00	<p>Data Subjektif : Pasien mengatakan mengatakan malu dan</p>	Harga Diri Rendah

	<p>merasa tidak berguna sebagai kepala keluarga karena sering di bully oleh tetangga nya tidak memiliki rumah dan tidak memiliki pekerjaan</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Pasien tampak sedih, sering menunduk saat diajak berbicara</p>	
20 Maret 2023/10.00	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan mandi ketika disuruh oleh perawat saja, pasien mandi tidak menggunakan sabun dan sampo, karena pasien menganggap sudah bersih hanya dengan membasahi badanya dengan air</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Pasien tampak bau badan, Pasien tampak mulut dan giginya kotor, Pasien tampak pakaiannya tidak rapih.</p>	Defisit Perawatan Diri

B. Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah Tn. S

C. Diagnosa Keperawatan

1. Isolasi Sosial
2. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
3. Resiko Perilaku Kekerasan
4. Harga Diri Rendah Kronik
5. Defisit Perawatan Diri (Mandi, Berhias)

D. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial

Data Subjektif : Pasien mengatakan lebih senang menyendiri, Pasien mengatakan suka berinteraksi dengan teman terdekatnya saja, Pasien mengatakan jarang keluar rumah.

Data Objektif : Pasien tampak suka menyendiri merenung, kontak mata kurang saat diajak bicara, postur tubuh selalu menunduk dan suara pelan.

Tidak mau berinteraksi dengan orang lain, bisa pergi secara tiba-tiba saat sedang diajak berbicara.

TUM : Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain

TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Hasil : Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat dengan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk samping perawat, pasien mau menceritakan masalah yang di hadapi.

Rencana Tindakan : Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap simpati dan menerima apa adanya, dan beri perhatian pada kebutuhan dasar pasien.

TUK 2 : Pasien mampu menyebutkan penyebab menarik diri

Kriteria Hasil : Pasien dapat menyebutkan satu penyebab menarik diri dari diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Rencana Tindakan : Tanyakan pada pasien tentang : orang yang tinggal serumah atau teman sekamar pasien, orang yang paling dekat dengan pasien di rumah atau di RS, apa yang membuat pasien dekat dengan orang tersebut, orang yang tidak dekat dengan pasien di rumah atau di RS, apa yang membuat pasien tidak dekat dengan orang tersebut, upaya yang harus dilakukan agar dekat dengan orang lain. Beri kesempatan pada pasien untuk

mengungkapkan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul, dan beri pujian terhadap kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya.

TUK 3 : Pasien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain

Kriteria Hasil : Pasien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain, misalnya banyak teman, tidak kesepian bisa berdiskusi, dan saling tolong menolong. Pasien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, misalnya kesepian dan tidak bisa berdiskusi tentang suatu hal.

Rencana Tindakan : Tanyakan pada pasien tentang manfaat jika berhubungan dengan orang lain dan kerugian jika tidak berhubungan dengan orang lain, beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, diskusikan bersama pasien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dan beri pujian terhadap kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya.

TUK 4 : Pasien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.

Kriteria Hasil : Pasien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap antara pasien, perawat, pasien-pasien lain, dan pasien kelompok atau masyarakat.

Rencana Tindakan : Observasi perilaku pasien berhubungan dengan orang lain, motivasi dan bantu pasien untuk berkenalan atau berkomunikasi dengan Perawat, pasien, kelompok atau masyarakat. Libatkan pasien dalam Terapi

Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAK), motivasi pasien untuk mengikuti kegiatan ruangan, beri pujian terhadap kemampuan pasien dan diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pasien bersosialisasi.

TUK 5 : Pasien mampu mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain.

Kriteria Hasil : Pasien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain, diri sendiri, dan lingkungan.

Rencana Tindakan : Berikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain, diskusikan dengan pasien tentang perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain, dan berikan pujian terhadap kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya.

TUK 6 : Pasien dapat dukungan keluarga dalam memperluas hubungan dengan orang lain dan lingkungan

Kriteria Hasil : Keluarga dapat menjelaskan cara merawat pasien dengan masalah menarik diri dan menggunakan rasa puas dalam merawat pasien

Rencana Tindakan : Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku menarik diri, diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku menarik diri, jelaskan cara merawat pasien menarik diri yang dapat dilaksanakan oleh keluarga, motivasi keluarga agar membantu pasien untuk bersosialisasi, beri pujian kepada keluarga atas keterlibatan merawat pasien di rumah sakit, dan tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatih.

Pelaksanaan Keperawatan : Selasa, 20 Maret 2023 pukul 10.00 WIB

Data Subjektif : Pasien mengatakan lebih senang menyendiri Pasien mengatakan suka berinteraksi dengan teman terdekatnya saja Pasien mengatakan jarang keluar rumah.

Data Objektif : Pasien tampak suka menyendiri merenung, kontak mata kurang saat diajak bicara, postur tubuh selalu menunduk dan suara pelan. tidak mau berinteraksi dengan orang lain, bisa pergi secara tiba-tiba saat sedang diajak berbicara.

Tindakan Keperawatan :

Dilaksanakannya SP satu Isolasi Sosial (Membantu pasien mengenal keuntungan memiliki teman dan kerugian tidak memiliki teman, mengajarkan cara berkenalan dengan satu orang) pukul 10.00 WIB dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, mengidentifikasi dengan klien keuntungan dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, mengajarkan klien SP satu (Berkenalan dengan satu orang).

Rencana Tindak Lanjut :

Evaluasi SP satu isolasi sosial, evaluasi jadwal kegiatan harian, mengajarkan klien SP dua isolasi sosial (mengajarkan cara berkenalandengan dua orang)

Evaluasi Keperawatan :

Subjektif : Pasien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan orang dan pasien tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok jika tidak disuruh, pasien mengatakan tidak tahu keuntungan dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, pasien mengatakan paham cara berkenalan dengan 1 orang,

pasien mengatakan besok mau berkenalan dengan dua orang temannya

Objektif : Kontak mata dengan perawat kurang, pasien mampu melakukan berkenalan dengan orang lain, pasien suka pergi meninggalkan perawat tiba-tiba saat sedang berinteraksi, pasien masih suka menyendiri.

Assessment : Isolasi sosial masih ada

Planning : Anjurkan klien untuk berkenalan dengan satu orang satu kali sehari pada pukul 10.00 WIB

Pelaksanaan Keperawatan, Selasa 20 maret 2023 pukul 10.00 WIB

Data Subjektif : Pasien mengatakan lebih senang menyendiri Pasien mengatakan suka berinteraksi dengan teman terdekatnya saja Pasien mengatakan jarang keluar rumah.

Data Objektif : Pasien tampak suka menyendiri merenung, kontak mata kurang saat diajak bicara, postur tubuh selalu menunduk dan suara pelan. tidak mau berinteraksi dengan orang lain, bisa pergi secara tiba-tiba saat sedang diajak berbicara.

Tindakan Keperawatan :

Dilaksanakannya SP dua Isolasi Sosial (Mengajarkan cara berkenalan dengan duaorang) pukul 10.00 WIB dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi SP atau isolasi sosial, mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengajarkan SP dua isolasi sosial (Berkenalan dengan dua orang), menganjurkanpasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Rencana Tindak Lanjut :

Evaluasi SP satu isolasi sosial (Berkenalan dengan satu orang), evaluasi SP dua isolasi sosial (Berkenalan dengan dua orang), evaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah melakukan berkenalan dengan satuorang, pasien mengatakan ingin berkenalan dengan dua orang

Data Objektif : Jadwal kegiatan harian pasien SP satu dan dua isolasi sosial sudah ditulis dilembar jadwal kegiatan harian, pasien tampak mau berkenalan dengan dua orang perawat, kontak mata dengan perawat kurang

Assessment : Isolasi Sosial masih ada

Planning : Anjurkan klien untuk berkenalan dengan dua orang dalam satu harisatu kali pada pukul 10.00 WIB, beri kesempatan klien untuk mencoba berkenalan secara mandiri, dibantu jika perlu.

Pelaksanaan Keperawatan : Selasa 23 Maret 2023 pukul 10.00 WIB

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah melakukan berkenalan dengan satuorang, pasien mengatakan sudah melakukan berkenalan dengan dua orang, pasien mengatakan ingin berkenalan dengan tiga orang.

Data Objektif : Jadwal kegiatan harian pasien SP satu dan dua isolasi sosial sudah ditulis di lembar jadwal kegiatan harian, pasien tampak mau berkenalan dengan dua orang perawat, kontak mata dengan perawat kurang

Tindakan Keperawatan :

Dilaksanakannya SP tiga isolasi sosial (Mengajarkan cara berkenalan dengan kelompok) pukul 10.30 WIB dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi SP satu isolasi sosial, mengevaluasi SP dua isolasi sosial, mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengajarkan SP tiga isolasi sosial (Berkenalan dengan kelompok), menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian.

Rencana Tindak Lanjut :

Evaluasi SP satu isolasi sosial (Berkenalan dengan satu orang), evaluasi SP dua isolasi sosial (Berkenalan dengan dua orang), evaluasi SP tiga isolasi sosial (Berkenalan dengan tiga orang), evaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah melakukan berkenalan dengan sekelompok temannya, pasien mengatakan senang bisa berkenalan dengan teman-teman yang lain

Data Objektif : Pasien tampak mau berkenalan dengan tiga orang temannya, pasien mampu melakukan cara berkenalan, pasien tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu

Assessment : Isolasi Sosial masih ada

Planning : Anjurkan klien untuk berkenalan dengan kelompok sehari satu kali pada pukul 10.00 WIB, beri kesempatan klien untuk mencoba secara mandiri, dibantu jika perlu.

Pelaksanaan Keperawatan : Selasa , 20 Maret 2023 pukul 10.00 WIB

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah berkenalan dengan satu orang, pasien mengatakan sudah berkenalan dengan dua orang, pasien mengatakan sudah berkenalan dengan sekelompok temannya

Data Objektif : Pasien tampak mau berkenalan dengan kelompok, pasien mampu mempraktekkan cara berkenalan, pasien tampak masih suka menyendiri

Tindakan Keperawatan : Dilaksanakannya SP empat isolasi sosial (Berkenalan di masyarakat dengan melakukan aktivitas) pukul 10.00 WIB

dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi SP satu isolasi sosial, mengevaluasi SP dua isolasi sosial, mengevaluasi SP tiga isolasi sosial, mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, mengajarkan SP empat isolasi sosial (Berkenalan di masyarakat dengan melakukan aktivitas: membereskan alat makan bersama teman-temannya), menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian.

Rencana Tindak Lanjut :

Evaluasi SP satu isolasi sosial (Berkenalan dengan satu orang), evaluasi SP dua isolasi sosial (Berkenalan dengan dua orang), evaluasi SP tiga isolasi sosial (Berkenalan dengan kelompok), Evaluasi SP empat isolasi sosial (Berkenalan di masyarakat dengan melakukan aktivitas), evaluasi jadwal kegiatan harian klien.

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan senang bisa berinteraksi dengan teman- temannya sambil melakukan aktivitas (membereskan alat makan yang sudah digunakan)

Data Objektif : Pasien tampak berkenalan dengan teman-temannya, pasien tampak sudah mengobrol dengan temannya sambil melakukan aktivitas.

Assessment : Isolasi Sosial masih ada

Planning : Anjurkan klien untuk tetap mengobrol atau berkenalan dengan temannya setiap hari pada pukul 12.00 WIB

2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Data Subjektif : Pasien mengatakan mendengar suara-suara motor, suara

itumuncul setiap malam (jam tidur), pasien kesal Ketika suara itu muncul

Data Objektif : Pasien tampak mondar- mandir Ketika halusinasi nyamuncul, Pasien tidak fokus saat diajak bicara kontak mata pasien kurang

Perencanaan :

TUM : Pasien dapat mengontrol atau mengendalikan halusinasi yang dialaminya

TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Hasil : Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat dengan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi.

Rencana Tindakan : Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap simpati dan menerima apa adanya, dan beri perhatian, pujian pada pasien.

TUK 2 : Pasien dapat mengenal halusinasinya.

Kriteria Hasil : Pasien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi, dan situasi yang menimbulkan halusinasi.

Rencana Tindakan : Adakah kontak sering dan singkat secara bertahap, observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya; bicara dan tertawa tanpa stimulus memandang ke kiri/kanan/depan seolah-olah ada teman bicaranya. Bantu pasien mengenal halusinasinya : tanyakan apakah

adasuara yang didengar, jika pasien menjawab ada, lanjutkan; apa yang dikatakan, katakan bahwa perawat percaya pasien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (Dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi), katakan bahwa pasien lain juga ada seperti pasien, katakan bahwa perawat akan membantu pasien, dan jika pasien tidak sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi. Diskusikan dengan pasien : situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi (Jika sendiri/jengkel/sedih), dan waktu dan frekuensi terjadi halusinasi.

TUK 3 : Pasien dapat mengontrol halusinasinya.

Kriteria Hasil : Pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya, menyebutkan cara baru, memilih cara mengatasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan pasien, melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasinya dan mengikuti terapi aktivitas kelompok.

Rencana Tindakan : Identifikasi bersama pasien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (Tidur, marah, olahraga, menyibukkan diri, dll), diskusikan manfaat dan cara yang digunakan pasien, jika bermanfaat berpujian, diskusikan cara baru untuk mengontrol timbulnya halusinasi katakan : “Saya tidak mau dengar/lihat kamu” (pada saat halusinasi muncul), menemui orang lain (perawat/teman/anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar atau dilihat, membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak sempat muncul, meminta keluarga/teman/perawat menyapa jika tampak bicara sendiri. Evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil, dan anjurkan pasien

mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi.

TUK 4 : Pasien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.

Kriteria Hasil : Membina hubungan saling percaya dengan perawat dan dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.

Rencana Tindakan : Anjurkan pasien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi, diskusikan dengan keluarga (Pada saat keluarga berkunjung atau pada saat kunjungan ke rumah) : gejala halusinasi yang dialami pasien, cara yang dapat dilakukan pasien dan keluarga untuk memutus halusinasi, cara merawat anggota keluarga yang halusinasi di rumah, beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama, dan beri informasi waktu *follow up* atau kapan perlu mendapatkan bantuan halusinasi tidak terkontrol, dan mencederai orang lain.

TUK 5 : Pasien dapat memanfaatkan obat dengan benar.

Kriteria Hasil : Pasien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat. Pasien dapat mendemonstrasi penggunaan obat dengan benar, mengetahui informasi tentang manfaat dan efek samping obat, memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi, dan menyebutkan prinsip enam benar penggunaan obat.

Rencana Tindakan : Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang dosis, efek samping, dan manfaat obat, anjurkan pasien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya, anjurkan pasien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan, diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi, dan bantu pasien menggunakan obat

dengan prinsip enam benar.

Pelaksanaan Keperawatan : Rabu, 21 Maret 2023 pukul 10.00 WIB

Data Subjektif : Pasien mengatakan mendengar suara-suara motor, suara itu muncul setiap malam (jam tidur), pasien kesal Ketika suara itu muncul

Data Objektif : Pasien tampak mondar-mandir Ketika halusinasi nya muncul, Pasien tidak fokus saat diajak bicara kontak mata pasien kurang

Tindakan Keperawatan :

Dilaksanakannya SP satu Halusinasi (Mengidentifikasi waktu, isi, respon, perasaan saat halusinasi, dan cara menghardik halusinasi) pukul 10.00 WIB dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi waktu, isi, respon, perasaan saat halusinasi, mendiskusikan cara mengatasi halusinasi, mengajarkan pasien untuk menghardik halusinasi, memotivasi pasien untuk menghardik halusinasi.

Rencana Tindak Lanjut :

Evaluasi SP satu Halusinasi (Menghardik halusinasi), evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, evaluasi tanda-tanda halusinasi, mengajarkan SP dua (cara minum obat dengan benar)

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan mendengar suara-suara motor, suara itu muncul setiap malam (jam tidur pasien) sehingga pasien sulit tidur, pasien mengatakan suara-suara itu lama hilangnya. Pasien mengatakan sudah mengerti cara menghardik halusinasi.

Data Objektif : Pasien mengikuti teknik menghardik halusinasi yang diajarkan.

Assessment : Halusinasi masih ada.

Planning : Anjurkan klien untuk latihan menghardik halusinasi yang dilakukan sehari tiga kali pada pukul 08.00 WIB, 16.00 WIB, dan 20.00 WIB.

Pelaksanaan Keperawatan : Rabu, 21 Maret 2023 pukul 10.00 WIB

Data Subjektif : Pasien mengatakan mendengar suara-suara motor, suara itu muncul setiap malam (jam tidur pasien) sehingga pasien sulit tidur, pasien mengatakan suara-suara itu lama hilangnya. Pasien mengatakan sudah mengerticara menghardik halusinasi.

Data Objektif: Pasien mengikuti teknik menghardik halusinasi yang diajarkan

Tindakan Keperawatan :

Dilaksanakannya SP dua halusinasi (Cara minum obat dengan benar untuk mengontrol halusinasi) pukul 10.00 WIB dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengevaluasi SP satu halusinasi (Menghardik halusinasi), dan melatih pasien SP dua halusinasi (Cara minum obat yang benar untuk mengontrol halusinasi).

Rencana Tindak Lanjut :

Evaluasi SP satu halusinasi (Menghardik halusinasi), mengevaluasi SP dua halusinasi (Cara minum obat yang benar untuk mengontrol halusinasi), latih SP tiga halusinasi (Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain).

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan selalu minum obat dan tidak pernah membuang obatnya, pasien mengatakan akan minum obat secara teratur, pasien mengatakan paham tentang cara minum obat yang benar

Data Objektif : Pasien dapat menyebutkan warna obat, jumlah, dan kapan

pasien minum obat.

Assessment : Halusinasi masih ada

Planning : Anjurkan pasien untuk teratur minum obat sehari dua kali pada pukul 07.00 WIB dan 17.00 WIB. Anjurkan pasien untuk meminta obat secara mandiri pada pukul 07.00 WIB dan 17.00 WIB.

3. **Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan**

Data Subjektif : Pasien mengatakan sering mengamuk dan membanting-banting barang dirumah itu karena refleks bukan sengaja

Data Objektif : Pasien tampak marah kesal saat halusinasinya muncul bahkan sampai membanting-banting barang, tangan mengepaldan berbicara sendiri

Perencanaan :

TUM : Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan atau marahnya.

TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria Hasil : Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat dengan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi.

TUK 2 : Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : Pasien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan, menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik diri sendiri maupun lingkungannya.

TUK 3 : Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : Pasien menceritakan keadaan fisik (mata merah, tangan menggepal, ekspresi tegang, dll), emosional (perasaan marah, jengkel, bicara kasar), sosial : bermusuhan dan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.

TUK 4 : Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.

Kriteria Hasil : Pasien menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukan, perasaan saat melakukan kekerasan, dan efektifitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah.

TUK 5 : Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : Pasien menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukan ke diri sendiri (luka, dijauhi teman, dll), orang lain/keluarga (luka, tersinggung, ketakutan, dll), dan lingkungan (barang atau benda rusak, dll).

TUK 6: Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan.

Kriteria Hasil : Pasien menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah.

TUK 7 : Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : Pasien memeragakan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik (Tarik nafas, memukul bantal atau kasur), verbal (mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti), dan spiritual (berdoa, dan solat).

TUK 8 : Pasien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : Keluarga menjelaskan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan dan mengungkapkan rasa puas dalam merawat pasien.

TUK 9 : Pasien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan.

Kriteria Hasil : Pasien menjelaskan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya, waktu pemakaian, cara pemakaian, dan efek samping yang dirasakan. Pasien menggunakan obat sesuai program.

Pelaksanaan Keperawatan : Selasa, 20 Maret 2023 pukul 10.00 WIB

Data Subjektif : Pasien mengatakan sering mengamuk dan membanting-banting barang dirumah itu karena refleks bukan sengaja

Data Objektif : Pasien tampak marah kesal saat halusinasinya muncul bahkan sampai membanting-banting barang, tangan mengepaldan berbicara sendiri

Tindakan Keperawatan :

Dilaksanakannya SP satu Risiko Perilaku Kekerasan (Teknik relaksasi nafas dalam) pukul 10.00 WIB dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi penyebab marah, mengajarkan klien untuk mengenal perilaku kekerasan dan cara mengontrol emosi SP 1 (Teknik relaksasi napas dalam), mendiskusikan cara penanganan RPK, mengidentifikasi upaya yang dilakukan, memotivasi klien untuk mengontrol emosi.

Rencana Tindak Lanjut :

Evaluasi SP satu mengenal perilaku kekerasan dan cara mengontrol emosi (Teknik relaksasi napas dalam), evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, identifikasi tanda-tanda RPK, mengajarkan SP dua risiko perilaku kekerasan (Minum obat dengan benar).

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Klien mengatakan penyebab marahnya yaitu karena mendengar suara- suara motor seperti sedang dijalanan setiap pasien sedang diam atau sedang mau tidur sehingga pasien suka sulit tidur, pasien mengatakan ketika suara itu muncul pasien kesal, marah, membanting-banting barang sampai suara itu hilang. Pasien mengatakan sudah mengerti teknik relaksasi napas dalam dan pukul bantal, sehingga jika pasien kesal pasien melakukan relaksasi napas dalam dan pukul bantal.

Data Objektif : Klein mau mengikuti teknik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan, klien cukup mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam

Assessment : Risiko perilaku kekerasan masih ada

Planning : Anjurkan pasien untuk mengontrol emosinya dengan teknik relaksasi napas dalam yang dilakukan sehari tiga kali sehari

4. Diagnosa Keperawatan : Harga Diri Rendah

Data Subjektif : Pasien mengatakan mengatakan malu dan merasa tidak berguna sebagai kepala keluarga karena pasien tidak memiliki pekerjaan penghasilan Pasien mengatakan malu karena sering di bully oleh tetangganya karena tidak memiliki rumah dan tidak memiliki pekerjaan

Data Objektif : Pasien tampak sedih, sering menunduk saat diajak berbicara

Perencanaan :

TUM : Pasien memiliki konsep diri yang positif

TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Hasil : Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat dengan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasasenang ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi.

Rencana Tindakan : Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap simpati dan menerima apa adanya, dan beri perhatian pada kebutuhan dasar pasien maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap simpati dan menerima apa adanya, dan beri perhatian pada kebutuhan dasar pasien

TUK 2 : Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

Kriteria Hasil : Pasien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, kemampuan yang dimiliki pasien, aspek positif keluarga, dan aspek positif lingkungan yang dimiliki pasien.

Rencana Tindakan : Diskusikan bersama pasien aspek positif yang dimiliki pasien, bersama pasien membuat daftar mengenai aspek positif pasien, kemampuan yang dimiliki pasien, beri pujian dan afirmasi positif, hindarkan memberikan penilaian yang negatif.

TUK 3 : Pasien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan

Kriteria Hasil : Pasien menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan

Rencana Tindakan : Diskusikan dengan pasien kemampuan yang dapat dilaksanakan

TUK 4 : Pasien dapat merencanakan (menetapkan) kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki

Kriteria Hasil : Pasien membuat rencana kegiatan harian

TUK 5 : Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya

Kriteria Hasil : Pasien melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya

Rencana Tindakan : Anjurkan pasien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan, pantau kegiatan yang dilaksanakan, beri pujian dan afirmasi kepada pasien yang kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.

TUK 6 : Pasien dapat memanfaatkan sistem pendukung

Kriteria Hasil : Pasien memanfaatkan sistem pendukung yang ada di keluarga

Rencana Tindakan : Diskusikan pentingnya peran dan potensi keluarga untuk mengatasi harga diri rendah pasien, jelaskan kepada keluarga cara merawat pasien, latih keluarga cara merawat pasien, tanyakan perasaan keluarga setelah latih keluarga cara merawat pasien, beri motivasi keluarga untuk memberi dukungan pasien selama dirawat di RS dan menyiapkan lingkungan yang mendukung kondisi pasien, beri pujian kepada keluarga atas keterlibatan merawat pasien di RS, anjurkan keluarga untuk mengunjungi

pasien secara rutin dan bergantian.

Pelaksanaan Keperawatan : Rabu, 21 Maret 2023 pukul 10.30 WIB

Data Subjektif : Pasien mengatakan mengatakan malu dan merasa tidak berguna sebagai kepala keluarga karena pasien tidak memiliki pekerjaan penghasilan Pasien mengatakan malu karena sering di bully oleh tetangganya karena tidak memiliki rumah dan tidak memiliki pekerjaan

Data Objektif : Pasien tampak sedih, sering menunduk saat diajak berbicara

Tindakan Keperawatan : Dilaksanakannya SP satu Harga Diri Rendah (Mendiskusikan kegiatan atau aktivitas yang dimiliki pasien) pukul 09.00 WIB dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mendiskusikan aspek positif dan aktivitas lain yang dimiliki, memberikan motivasi kepada pasien untuk melakukan aktivitas di dalam ruangan, membuat daftar kegiatan harian, melatih kemampuan yang dimiliki pasien, menganjurkan klien untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian pasien.

Rencana Tindak Lanjut :

Evaluasi SP satu Harga Diri Rendah (mendiskusikan aspek positif dan aktivitas lain yang dimiliki pasien), evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengajarkan pasien SP dua Harga Diri Rendah Kronik (melatih kemampuan yang lain : menyapu).

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan memiliki kemampuan aktivitas membersihkan tempat tidur, menyapu, dan mencuci piring yang digunakan untuk makan siang. Pasien memilih melakukan aktivitas yang pertama yaitu membersihkan tempat tidur.

Data Objektif : Pasien tampak mampu melakukan kemampuan aktivitas yaitu membersihkan tempat tidur didalam ruangan.

Assessment : Harga Diri Rendah masih ada

Planning : Anjurkan klien untuk merapihkan tempat tidur sehabis bangun tidur yang dilakukan 2x/hari pada pukul 07.00 WIB dan 16.00 WIB

Pelaksanaan Keperawatan : Kamis, 22 Maret 2023 pukul 09.00 WIB

Data Subjektif : Pasien mengatakan memiliki kemampuan aktivitas membersihkan tempat tidur, menyapu, dan mencuci piring Pasien mengatakan bisa melakukan aktivitas yang pertama yaitu membersihkan tempat tidur.

Data Objektif : Pasien tampak mampu melakukan kemampuan aktivitas yaitu membersihkan tempat tidur didalam ruangan.

Tindakan Keperawatan :

Dilaksanakan SP dua Harga Diri Rendah (Mendiskusikan kegiatan atau aktivitas yang dimiliki pasien) pukul. 10.00 WIB dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi SP satu Harga Diri Rendah Kronik, mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengajarkan SP dua Harga Diri Rendah (Melatih kemampuan yang lain menyapu), menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien.

Rencana Tindak Lanjut :

Evaluasi SP dua Harga Diri Rendah Kronik (melatih kemampuan yang lain: menyapu), evaluasi SP satu harga diri Harga Diri Rendah (Menilai kemampuan yang dimiliki), evaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan positif yaitu membersihkan tempat tidur tadi pagi, pasien mengatakan mampu melakukan kegiatan yang lain yaitu menyapu.

Data Objektif : Pasien tampak melakukan aktivitas membersihkan tempat tidur, pasien tampak mampu melakukan kegiatan yang lain yaitu menyapu, pasien masih tampak diam

Assesment : Harga Diri Rendah Kronik masih ada

Planning : Anjurkan pasien untuk melakukan SP dua Harga Diri Rendah Kronik (menyapu) secara mandiri 1x/hari pada pukul 07.00 WIB

5. Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

Data Subjektif : Pasien mengatakan mandi Ketika disuruh oleh perawat saja, pasien mandi tidak menggunakan sabun dan sampo, karena pasien menganggap sudah bersih hanya dengan membasahi badanya dengan air

Data Objektif : Pasien tampak bau badan, Pasien tampak mulut dan giginya kotor. Pasien tampak pakaiannya tidak rapih.

Perencanaan :

TUM : Pasien dapat mandiri dalam *personal hygiene*.

TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

Kriteria Hasil : Wajah cerah, tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, menerima kehadiran perawat, bersedia menceritakan perasaannya.

Rencana Tindakan : Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : Beri salam setiap berinteraksi, perkenalkan

namanya, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan, tanyakan nama dan panggilan kesukaan klien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi, tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi klien, buat kontrak interaksi yang jelas, dengarkan ungkapan perasaan klien dengan empati, penuhi kebutuhan dasar klien.

TUK 2 : Klien mengetahui pentingnya perawatan diri.

Kriteria Hasil : Klien menyebutkan : Penyebab tidak merawat diri, manfaat menjaga perawatan diri, tanda-tanda bersih dan rapi, gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan. Rencana Tindakan : Penyebab klien tidak merawat diri, manfaat menjaga perawatan diri untuk keadaan fisik, mental dan sosial, tanda-tanda perawatan diri yang baik, penyakit atau gangguan kesehatan yang bisa dialami oleh klien bila perawatan diri tidak adekuat.

TUK 3 : Pasien mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri

Kriteria Hasil : Klien menyebutkan frekuensi menjaga perawatan diri : Frekuensi mandi, frekuensi gosok gigi, frekuensi keramas, frekuensi ganti pakaian, frekuensi berhias, frekuensi gunting kuku. Klien menjelaskan cara menjaga perawatan diri : Cara mandi, cara gosok gigi, cara keramas, cara berpakaian, cara berhias, cara gunting kuku.

Rencana Tindakan : Diskusikan frekuensi menjaga perawatan diri selama ini Mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, gunting kuku. Diskusikan cara praktek perawatan diri yang baik dan benar : Mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, gunting kuku. Berikan pujian untuk setiap respon klien yang positif.

TUK 4 : Klien dapat melaksanakan perawatan diri dengan bantuan perawat.

Kriteria Hasil : Klien mempraktekkan perawatan diri dengan dibantu oleh perawat : Mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian, berhias, gunting kuku.

Rencana Tindakan : Bantu klien saat perawatan diri : Mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian, berhias, gunting kuku. Beri pujian setelah klien selesai melaksanakan perawatan diri.

TUK 5 : Pasien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri.

Kriteria Hasil : Pasien melaksanakan praktek perawatan diri secara mandiri Mandiri 2x/hari, gosok gigi sehabis makan, keramas 2x/seminggu, ganti pakaian 1x/hari, berhias sehabis mandi, gunting kuku setelah mulai panjang.

Rencana Tindakan : Pantau klien dalam melaksanakan perawatan diri :

Mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian, berhias, gunting kuku. Beri pujian saat klien melaksanakan perawatan diri secara mandiri.

TUK 6 : Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri.

Kriteria Hasil : Keluarga menjelaskan cara-cara membantu klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya, keluarga menyiapkan sarana perawatan diri klien : sabun mandi, pasta gigi, sikat gigi, shampo, handuk, pakaian bersih, sandal, dan alat berhias, keluarga mempraktekkan perawatan diri pada klien.

Rencana Tindakan : Diskusikan dengan keluarga Penyebab klien tidak melaksanakan perawatan diri, tindakan yang telah dilakukan klien selama di rumah sakit dalam menjaga perawatan diri dan kemajuan yang telah dialami oleh klien, dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga untuk meningkatkan kemampuan klien dalam perawatan diri, sarana yang diperlukan untuk

menjaga perawatan diri klien, anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut, anjurkan keluarga untuk mempraktekkan perawatan diri (mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju, berhias, dan gunting kuku), ingatkan klien waktu mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju, berhias, dan gunting kuku, bantu jika klien mengalami hambatan dalam perawatan diri, berikan pujian atas keberhasilan klien.

Pelaksanaan Keperawatan : Kamis, 22 Maret 2023 pukul 10.00 WIB

Data Subjektif : Pasien mengatakan mandi Ketika disuruh oleh perawat saja, pasien mandi tidak menggunakan sabun dan sampo, karena pasien menganggap sudah bersih hanya dengan membasahi badanya dengan air

Data Objektif : Pasien tampak bau badan, Pasien tampak mulut dan giginya kotor. Pasien tampak pakaiannya tidak rapih.

Tindakan Keperawatan :

Dilaksanakannya SP satu Defisit Perawatan Diri (mandi) pukul 10.30 WIB dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu membina hubungansaling percaya mengidentifikasi pemenuhankebutuhan kebersihan dari pasien, mengajarkan SP satu Defisit Perawatan Diri : mandi, menganjurkanpasien memasukkan kegiatan mandi yang bersih ke dalam jadwal kegiatan harian.

Rencana Tindak Lanjut :

Evaluasi SP satu defisit perawatan diri : mandi, evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, latih SP dua defisit perawatan diri : berhias.

Evaluasi Keperawatan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah mengerti cara mandi yang

benarharus pakai sabun dan shampo

Data Objektif : Pasien dapat menyebutkan kembali alat-alat mandi yang digunakan untuk mandi

Assessment : Defisit perawatan diri masih ada

Planning : Anjurkan pasien mandi 2x/hari menggunakan sabun dan shampo pada pagi pukul 06.00 WIB dan sore pukul 16.00WIB.

BAB IV PEMBAHASAN

BAB IV ini akan membahas tentang kesenjangan teori, faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pembuatan Asuhan Keperawatan pada Tn. S di Ruang Arimbi di RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Dengan melakukan pendekatan proses keperawatan meliputi: pengkajian keperawatan, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar pemikiran keperawatan yang tujuannya adalah mengumpulkan informasi tentang pasien guna mengenali dan mengetahui masalah fisik, mental, sosial dan lingkungan, kesehatan dan kebutuhan perawatan pasien. (Dermawan, 2012). Proses pengkajian mencakup pengumpulan data, penyusunan data, validasi data, pencatatan data (Azizah et al., 2016).

Pengkajian yang telah dilakukan untuk pasien dengan masalah isolasi sosial sama seperti perencanaan yang telah dibuat dan tidak memiliki kesenjangan antarateori dan kasus. Penulis mendapatkan data secara bertahap dari hasil pengamatan, wawancara, pemeriksaan fisik, catatan keperawatan, dan rekam medis pasien, pengamatan tingkah laku pasien, serta penjelasan dari perawat ruangan. Data pengkajian pasien dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi dan mekanisme koping yang dimiliki pasien.

Pada kasus Tn.S faktor predisposisi menurut penulis hal ini sesuai dengan Muhith (2015). Pada tinjauan teoritis disebutkan bahwa pasien dengan isolasi sosial memiliki faktor predisposisi, biologis, psikologis, sosial budaya.

Pada kasus Tn.S faktor predisposisi yang menyebabkan pasien mengalami isolasi sosial ialah faktor psikologis, pasien setelah menikah memiliki keinginan yang tidak tercapai yaitu pasien ingin mempunyai rumah, pasien sebagai kepala rumah tangga tidak bisa menafkahi anak dan istrinya, pasien juga sering di bully oleh tetangganya karena tidak mempunyai pekerjaan dan tidak mempunyai rumah sehingga pasien merasa malu dan minder. Pada faktor sosial budaya terdapat pada pasien karena kurangnya ekonomi pasien mengatakan tidak memiliki pekerjaan, faktor predisposisi yang tidak terdapat oleh pasien ialah faktor biologis karena sebelumnya pasien tidak pernah gangguan jiwa bahkan dari anggota keluarga pasien tidak ada yang pernah memiliki gangguan jiwa dan sebelumnya tidak pernah mengalami sakit atau cedera.

Menurut Direja (2011), Pada faktor presipitasi di bagi menjadi dua yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang ditemukan pada kasus Tn.S pasien mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan seperti sering di *bully* oleh tetangganya sendiri karena pasien tidak mempunyai rumah dan pekerjaan semenjak kejadian itu pasien malas untuk keluar rumah, pasien memilih untuk berdiam diri dirumah dan tidak melakukan kegiatan apapun. Sedangkan faktor eksternal yang ditemukan adalah pasien ingin mempunyai rumah tetapi ekonomi pasien kurang sehingga pasien berusaha untuk membantu istrinya berdagang. Pasien jarang mengikuti kegiatan di lingkungan sekitar rumahnya.

Data objektif pada pasien isolasi sosial antara lain pasien tampak banyak diam, tidak mau bicara, menyendiri, tidak mau mengikuti kegiatan, tidak minat untuk berinteraksi dengan orang disekitarnya, wajah sedih, ekspresi datar dan dangkal, kontak mata kurang, tidak merawat diri dan tidak memperlihatkan kebersihan diri serta postur tubuh membungkuk. Selama penulis melakukan pengkajian, tanda dan gejala yang ada pada kasus sesuai dengan tanda dan gejala yang dijelaskan pada teori.

Faktor pendukung yang penulis dapatkan adalah terbinanya hubungan saling percaya antara perawat dan pasien Ketika diajak berbicara. Faktor penghambat yang penulis dapatkan adalah pasien hanya menjawab pertanyaan secara singkat, pasien menolak saat diajak berinteraksi, pasien cepat bosan terkadang saat lagi berbincang-bincang pasien suka tiba-tiba pergi meninggalkan perawat. Solusi yang dilakukan oleh penulis adalah membuat kontrak waktu kepada pasien sesuai kesepakatan, tidak membicarakan hal-hal yang tidak disukai oleh pasien, mengajak pasien bermain sebagai upaya membangun kepercayaan antara pasien dan penulis. Setelah dilakukan hal tersebut, pasien menjadi lebih tertarik untuk bercerita, menjawab pertanyaan, dan sudah mulai tidak meninggalkan atau pergi tiba-tiba saat sedang berinteraksi.

B. Diagnosa

Menurut Sutejo (2017) diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan gejala isolasi sosial yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dangejala isolasi sosial, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan yaitu Isolasi sosial merupakan keadaan individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekalitidak mampu berinteraksi dengan orang sekitarnya.

Diagnosa keperawatan yang dapat diambil dari pohon masalah adalah halusinasi, isolasi sosial dan harga diri rendah (Sutejo, 2017). Pada diagnosa keperawatan terjadi kesenjangan antara teori dan kasus yang dimana dua diagnosa tidak masuk dalam tinjauan teori yaitu defisit perawatan diri dan resiko perilaku kekerasan, sedangkan pada kasus terdapat lima diagnosa yaitu isolasi sosial, halusinasi pendengaran, resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan defisit perawatan diri. Pada risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan tanda dan gejala yang muncul pada kasus pasien kesal ketika halusinasinya muncul bahkan sampai membanting- banting barang, tangan menggepal, pada defisit perawatan diri dibuktikan dengan tanda dan gejala pasien mengatakan mandi ketika disuruh perawat saja, pasien mandi tidak menggunakan sabun dan sampo, pasien tampak bau dan kotor, Faktor pendung yang penulis dapatkan yaitu terbinanya hubungan saling percaya antara perawat dan pasien untuk diajak bicara walaupun harus perawat yang memulai pembicaraan terlebih dahulu, saat menentukan diagnosa keperawatan penulis menyesuaikan dengan kondisi pasien untuk dituliskan berdasarkan prioritas. Penulis tidak menemukan faktor penghambat saat menentukan diagnosa keperawatan.

C. Intervensi

Rencana tindakan untuk untuk pasien isolasi sosial meliputi tujuan umum, tujuan khusus, perencanaan, kriteria hasil, strategi pelaksanaan (Sutejo, 2017). Tahapan perencanaan yang dibuat penulis untuk pasien sudah sesuai dengan teori, penulis tidak menemukan adanya kesenjangan. Proses perencanaan yang dibuat penulis untuk pasien yaitu dengan melakukan strategi pelaksanaan yang pertama : bina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab isolasi

sosial, ajarkan cara berkenalan dengan satu orang, anjurkan untuk membuat jadwal kegiatan. Strategi pelaksanaan kedua : evaluasi cara berkenalan dengan satu orang, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih strategi pelaksanaan dua cara berkenalan dengan dua teman atau dua perawat. Strategi pelaksanaan ketiga : evaluasi strategi pelaksanaan satu cara berkenalan dengan satu orang, evaluasi strategi pelaksanaan dua melatih berkenalan dengan dua teman atau dua perawat, evaluasi jadwal kegiatan harian, melatih strategi pelaksanaan tiga cara berkenalan dengan kelompok, berikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien dalam berkenalan tiga orang atau kelompok, anjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal harian, Strategi pelaksanaan keempat : evaluasi strategi pelaksanaan satu cara berkenalan dengan satu orang, evaluasi strategi pelaksanaan dua melatih berkenalan dengan dua teman atau perawat, evaluasi strategi pelaksanaan tiga melatih berkenalan dengan kelompok, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih strategi pelaksanaan empat cara berkenalan sambil melakukan aktivitas, berikan pujian atas keberhasilan pasien dalam melakukan strategi pelaksanaan keempat dan anjurkan memasukkan kegiatan ke dalam jadwal harian.

D. Implementasi

Menurut Setiadi (2013) implementasi keperawatan adalah pengelolaan data dan dilakukannya rencana keperawatan yang sudah dibuat pada tahap perencanaan. Implementasi yang dilakukan untuk pasien dengan masalah isolasi sosial sama seperti perencanaan yang telah dibuat dan tidak memiliki kesenjangan antara teori dan kasus yaitu membina hubungan saling percaya, memotivasi pasien agar mau untuk mengungkapkan masalahnya, mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, mendiskusikan dengan pasien tentang keuntungan

berhubungan sosial dan kerugian tidak berhubungan sosial, mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang, mengajarkan pasien cara berkenalan dengan dua sampai tiga orang, mengajarkan pasien cara berkenalan dengan suatu kelompok, mengajarkan pasien berkenalan dengan melakukan aktivitas. Dalam melaksanakan strategi pelaksanaan satu yaitu mendiskusikan dengan pasien tentang keuntungan berhubungan sosial dan kerugian tidak berhubungan sosial serta mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang, penulis menemukan faktor pendukung yaitu pasien menunjukkan minat untuk berinteraksi dengan penulis karena sudah terjalin trust antara penulis dengan pasien, kontak mata dengan penulis sudah muncul, pasien mau berjabat tangan saat berkenalan dengan orang lain, pasien sudah mampu menyebutkan keuntungan berhubungan sosial dan kerugian tidak berhubungan sosial. Faktor penghambat yang ditemukan oleh penulis adalah pasien masih sering lupa hal apa saja yang perlu disebutkan jika sedang berkenalan dengan orang lain dan pasien berbicara dengan nada yang lirih. Solusi yang dilakukan oleh penulis adalah membuat kontrak waktu dengan pasien lebih sering dan singkat, tidak membicarakan hal-hal yang pasien tidak sukai, mengajarkan kembali hal apa saja yang perlu disebutkan saat berkenalan, penulis mendemonstrasikan cara berkenalan dengan orang lain dan meminta pasien untuk mendemonstrasikan cara berkenalan dengan orang lain. Setelah dilakukan hal tersebut, pasien mampu berkenalan dengan orang lain sesuai dengan cara berkenalan yang sudah diajarkan oleh penulis.

Dalam pelaksanaan strategi pelaksanaan dua yaitu berkenalan dengan dua sampai tiga orang, penulis menemukan faktor pendukung yaitu pasien

menunjukkan kemauan untuk berkenalan dengan ketiga teman sekamarnya, pasien sudah mampu menyebutkan apa saja yang harus disebutkan saat berkenalan dengan orang lain, kontak mata yang sudah muncul saat berkenalan dengan ketiga temannya, pasien mau berjabat tangan dengan ketiga temannya. Faktor penghambat yang ditemukan oleh penulis adalah pasien masih kurang percaya diri untuk memulai pembicaraan terlebih dahulu dengan orang lain. Solusi yang dilakukan oleh penulis meredemonstrasikan cara berkenalan dengan orang lain dan penulis menemani serta memotivasi pasien saat sedang ingin berkenalan dengan orang lain. Setelah dilakukan hal ini, pasien mulai berani mencoba menyapa terlebih dahulu orang yang ingin ia ajak berkenalan.

Dalam pelaksanaan strategi pelaksanaan tiga yaitu mengajarkan pasien cara berkenalan dengan kelompok, penulis menemukan faktor pendukung yaitu pasien mengatakan ingin berkenalan dengan sekelompok temannya dan pasien mampu menyebutkan hal apa saja yang perlu disebutkan saat berkenalan. Penulis tidak menemukan faktor penghambat pada strategi pelaksanaan tiga. Dalam melaksanakan strategi pelaksanaan empat yaitu mengajarkan cara berkenalan dengan melakukan aktivitas, penulis menemukan faktor pendukung yaitu pasien mengatakan mau untuk berkenalan dengan temannya sambil menyiapkan dan membereskan makan siang. Faktor penghambat yang ditemukan oleh penulis adalah pasien tampak gelisah karena harus melakukan kegiatan bersama orang lain sehingga pasien diam saja karena tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu.

Solusi yang dilakukan adalah penulis menemani dan memotivasi pasien saat melakukan kegiatan menyiapkan dan membereskan makan siang tersebut

serta mengajak pasien untuk berkenalan dengan temannya yang membantu menyiapkan dan membereskan makan siang. Setelah dilakukan hal ini, pasien mampu berkenalan dengan temannya yang membantu ia menyiapkan makan siang dan membereskan makan siang tetapi masih tampak kurang rasa percaya diri, dan banyak menunduk.

E. Evaluasi

Menurut (PPNI, 2019), evaluasi kemampuan pasien isolasi sosial berhasil apabila pasien dalam keterlibatan sosial meningkat, dengan kriteria hasil: Perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat, Perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan meningkat, Responsif pada orang lain meningkat, Perasaan tertarik pada orang lain meningkat, Minat melakukan kontak emosi meningkat

Pada masalah keperawatan dengan isolasi sosial telah dilakukan standar pelaksanaan pertama dan kedua. Pada standar pelaksanaan pertama penulis bisa membina hubungan saling percaya, pasien dapat berkenalan dengan perawat, kontak mata pasien sudah muncul, pasien mau berjabat tangan pada saat berkenalan, pada standar pelaksanaan kedua pasien menunjukkan kemauan untuk berkenalan dengan ketiga teman sekamarnya, pasien sudah mampu menyebutkan apa saja pada saat berkenalan dengan orang lain, tetapi pasien masih kurang percaya diri untuk memulai pembicaraan terlebih dahulu dengan orang lain. Pada standar pelaksanaan ketiga pasien mampu menyebutkan hal apa saja yang perlu disebutkan saat berkenalan dengan orang lain, pada standar pelaksanaan empat pasien mampu berkenalan dengan temannya yang membantu ia menyiapkan makan siang dan membereskan makan siang tetapi masih tampak

kurang rasa percaya diri, dan banyak menunduk, Jadi setelah dilakukan asuhan keperawatan tanda dan gejala pasien dengan masalah isolasi sosial menurun. Dari lima tanda dan gejala negatif tersisa satu yaitu pasien masih suka menyendiri.

Faktor pendukung yang didapat ialah pasien dapat bersosialisasi pasien mau melakukan strategi pelaksanaan yang telah direncanakan, faktor penghambat yang didapat adalah pasien kurang percaya diri untuk memulai pembicaraan terlebih dahulu.

BAB V

PENUTUP

Penulis menguraikan pada masing-masing setiap BAB mengenai asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Isolasi Sosial di Ruang Arimbi Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor, maka dengan ini penulis membuat kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Isolasi sosial adalah dimana seseorang mengalami penurunan minat untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar ataupun menjalin hubungan dengan oranglain dikarenakan seseorang tersebut memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan ataupun keinginan yang tidak tercapai dihidupnya. Asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial meliputi pengkajian, menentukan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian keperawatan terdiri dari faktor predisposisi, faktor presipitasi, tanda dan gejala. Pada tahap pengkajian untuk pasien isolasi sosial menggunakan faktor predisposisi dan presipitasi. tanda dan gejala pada pasien isolasi sosial dari data subjektifnya adalah pasien mengungkapkan tentang perasaan sepi, perasaan tidak aman berada dikelilingi orang lain, perasaan bosan dan waktu terasa lambat. Data objektif pada pasien isolasi sosial antara lain pasien tampakbanyak diam, tidak mau bicara, meyakini, tidak minat untuk

berinteraksi dengan orang sekitarnya, kontak mata kurang tidak merawat diri, dan tidak memperlihatkan kebersihan diri.

Pada diagnosa pada kasus Tn.S pada saat dikaji terdapat lima diagnosa yang ditemukan yaitu isolasi sosial, halusinasi pendengaran, resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan defisit perawatan diri. Perencanaan keperawatan yang dibuat terdiri dari strategi pelaksanaan satu diskusikan dengan pasien apa keuntungan berhubungan sosial dan kerugian tidak berhubungan sosial serta ajarkan cara berkenalan dengan satu orang, strategi pelaksanaan dua yaitu ajarkan cara berkenalan dengan dua sampai tiga orang, strategi pelaksanaan tiga yaitu ajarkan cara berkenalan dengan suatu kelompok, strategi pelaksanaan empat yaitu ajarkan cara berkenalan dengan melakukan aktivitas.

Implementasi keperawatan melakukan perencanaan yang sudah dibuat kepada pasien. untuk masalah keperawatan isolasi sosial pasien telah dilakukan standar pelaksanaan satu sampai empat, Adapun faktor penghambat yang ditemukan pasien tampak gelisah karena harus melakukan bersama orang lain sehingga pasiendiam saja karena tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu. Pada tahap evaluasi setelah dilakukan asuhan keperawatan tanda dan gejala pasien dengan masalah isolasi sosial menurun. Dari lima tanda dan gejala negatif tersisa satu yaitu pasien masih suka menyendiri sehingga dapat disimpulkan tanda dan gejala menurun sebanyak 80% ,pasien sudah dapat berkenalan dengan perawat, kontak mata pasien sudah muncul, pasien mau berjabat tangan pada saat berkenalan, pada standar pelaksana kedua pasien menunjukkan kemauan untuk berkenalan dengan ketiga teman sekamarnya, pasien sudah mampu menyebutkan apa saja pada saat berkenalan dengan orang

lain, tetapi pasien masih kurang percaya diri untuk memulai pembicaraan terlebih dahulu dengan orang lain. Pada standar pelaksana ketiga pasien mampu menyebutkan hal apa saja yang perlu disebutkan saat berkenalan dengan orang lain, pada standar pelaksana empat pasien mampu berkenalan dengan temannya yang membantu ia menyiapkan makan siang,

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan masalah utama isolasi sosial penulis membuat saran bagi seluruh pihak yang bertujuan untuk meningkatkan lagi mutu asuhan keperawatan khususnya bagi pasien dengan isolasi sosial.

1. Untuk Mahasiswa/ Penulis

Diharapkan mahasiswa telah memahami konsep asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan isolasi sosial diharapkan lebih memperhatikan kondisi pasien yang mengalami isolasi sosial dan memahami konsep asuhan keperawatan jiwa dengan menjalin hubungan saling percaya agar saat interaksi dengan pasien berjalan dengan lancar tidak ada hambatan dan sering mengobrol masalah yang sedang dialami pasien. Memanfaatkan waktu yang ada dengan sebaik-baiknya.

2. Untuk pasien dan keluarga

Keluarga dapat ikut serta dalam merawat pasien isolasi sosial saat di rumah sehingga pasien merasa ada dukungan yang dapat mempercepat penyembuhan.

3. Untuk Perawat Ruangan

Diharapkan dapat berkoordinasi mengenai pasien membutuhkan asuhan

keperawatan yang mengutamakan rasa aman, nyaman dan keterbukaan untuk pasien, menambahkan jadwal kegiatan harian pasien, memberikan bimbingan konseling secara langsung pada keluarga pasien jika menjenguk

DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi, R., (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Aryani, L. D., & Riyandry, M. A. (2019). Jurnal Penelitian Perawat Profesional. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1(1), 61–70.<http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/download/83/65>
- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. Indomedia Pustaka, 657.
- Badar. (2016). *Asuhan Keperawatan Profesional Jiwa dengan Masalah Utama "Isolasi Sosial."* IN MEDIA.
- Damanik, I. A. (2019). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. Y Dengan Masalah Harga Diri Rendah Kronis: Studi Kasus. 2018*.
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Direja, A. H. S., (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Indonesia, I. D., & Association, I. M. (2016). *Hari kesehatan Jiwa Sedunia: Penyebab Munculnya Gangguan Kesehatan Jiwa*. Ikatan Dokter Indonesia.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (M. Ester (ed.)). Penerbit Buku Kedokteran ECG.
- kemkes. (2016). *Sehat Jiwa*. Kementerian Kesehatan: Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
<https://promkes.kemkes.go.id/content/?p=7385>
- Kemenkes RI. (2018). *Riset Kemenkes Dasar*.
<https://doi.org/10.1128/AAC.03728-14>
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Laporan Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2018. In Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Lase, L. S. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Isolasi Sosial : Studi Kasus*.

- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa, Teori dan Aplikasi* (Edisi 1). Andi.
- Muliani, N. (2017). Penerapan Terapi Keterampilan Sosial Dan Cognitive Behaviour Therapy Pada Klien Isolasi Sosial Dan Halusinasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 1(1), 83–90. <https://doi.org/10.35952/jik.v6i2.98>
- Ni'mah, & Lailatun, A. (2019). *Hubungan Status Mental Dengan Interaksi Sosial Pada Orang Dengan Isolasi Sosial di Griya Cinta Kasih Jogoroto Jombang*. STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.
- Nurhalimah. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa*. Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan.
- Pardede, J. A. (2018). Pelaksanaan Tugas Keluarga Dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(2).
- Pardede, J. A. (2022). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Isolasi Sosial Menggunakan Terapi Generalis Sp 1-4: Studi Kasus*. 1–37
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Cetakan 3). DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 2). DPP PPNI.
- Riskesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar Penelitian Kesehatan Nasional*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Riskesdas. (2018). Laporan Provinsi DKI Jakarta: Riskesdas 2018. In *Laporan Provinsi DKI Jakarta*. <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-kesehatan-dasar-riskesdas/>
- Riyadi S, & Purwanto T. (2013). *Asuhan Keperawatan Jiwa (GRAHA ILMU)*.
- Setiadi. (2013). *Konsep dan praktik penulisan riset keperawatan edisi 2*. Graha Ilmu.
- Sutejo. (2017). *Konsep Dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. PT. Pustaka Baru.
- Terri Febrianto, Livana PH*, N. I. (2019). Peningkatan Pengetahuan Kader Tentang Deteksi Dini Kesehatan Jiwa Melalui Pendidikan Kesehatan Jiwa. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1. <https://doi.org/10.37287/jppp.v1i1.17>
- Yusuf, A., PK, R. F., Nihayati, H. E., & Tristiana, R. D. (2019). *Kesehatan Jiwa Pendekatan Holistik dalam Asuhan Keperawatan* (Pertama). Mitra Wacana Media.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

Strategi Pelaksanaan Isolasi sosial

SP 1 : Berkenalan dengan satu orang

Nama : Tn. S

Pertemuan : Ke-1

Tanggal : Senin, 20 Maret 202

Ruangan : Arimbi

Dx Keperawatan : Isolasi Sosial

A. Proses Keperawatan :

1. Kondisi pasien

DS :

- a. Pasien mengatakan lebih senang menyendiri
- b. Pasien mengatakan lebih sering berinteraksi dengan teman dekatnya saja
- c. Pasien mengatakan jarang keluar rumah, keluar rumah hanya seperlunya saja

DO :

- a. Pasien tampak suka menyendiri
- b. Kontak mata pasien kurang saat diajak bicara, postur tubuh selalu menunduk dan suara pelan
- c. Pasien bisa meninggalkan secara tiba-tiba saat sedang berinteraksi

2. Diagnosa keperawatan : Isolasi Sosial

3. Tujuan khusus

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

- b. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab isolasi sosial
 - c. Pasien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain
 - d. Pasien mampu melaksanakan hubungan sosial secara bertahap
 - e. Pasien mampu mempraktikkan cara berkenalan dengan orang
4. Tindakan keperawatan
- a. Membina hubungan saling percaya
 - b. Membantu pasien mengidentifikasi penyebab isolasi sosial
 - c. Membantu pasien mengenal keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain
 - d. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi :

a. Salam Terapeutik :

“Selamat pagi, pak. Saya suster Cindy, biasa dipanggil Cindy. Saya yang bertugas di ruangan ini dari jam 07.00 sampai 13.00 nanti. Nama bapak siapa? Lebih senang dipanggil siapa?”

b. Evaluasi Validasi :

“Baik, pak. Bagaimana perasaan bapak pagi ini? Apa yang bapak rasakan?”

c. Kontrak (Topik, waktu, dan tempat)

“Bagaimana kalau sekarang kita ngobrol-ngobrol tentang apa yang bapak rasakan saat ini. Bapak mau dimana? Berapa lama?”

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

d. Tujuan :

“Agar saya bisa tau nih, bapak sedang merasakan hal apa dan kita bisa cari solusi dari apa yang bapak rasakan”

2. Fase Kerja

“Dari tadi suster lihat bapak sendirian saja disini. Kenapa tidak bergabung dengan teman-teman lain? Apa yang membuat bapak tidak mau bergabung dengan yang lain?”

“Menurut bapak apa saja sih keuntungannya jika kita punya banyak teman?”

“Dan menurut bapak, kalau kerugian jika tidak mempunyai teman apa saja?”

“Kalau begitu hari ini kita belajar cara berkenalan dengan orang lain. Sebelumnya bapak ingat tidak cara berkenalan?”

“Baik, pak. Cara berkenalan dengan orang lain kita sebutkan nama kita dan nama panggilan yang kita suka, lalu sebutkan asal kita dan hobi. Contohnya nama saya Cindy, saya senang dipanggil Cindy , asal saya dari Jakarta dan hobi saya berenang.”

“Selanjutnya bapak menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya nama bapak siapa? Senang dipanggil apa? Asalnya dari mana? Hobinya apa?”

“Nah, tadi kan sudah saya contohkan. Sekarang giliran bapak untuk mencoba. Misalnya saya belum kenal dengan bapak. Coba bapak berkenalan dengan saya.”

“Wah, bapak hebat. Bagus sekali ya, pak. Nanti kalau suster tidak ada, bapak bisa berkenalan dengan suster lain dengan teman sekamar atau dengan

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

teman lain yang belum bapak kenal ya. Agar bapak punya banyak teman.”

3. Terminasi

- a. Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan bapak setelah kita belajar berkenalan dengan orang lain?”
- b. Evaluasi objektif : “Bisa bapak ulangi bagaimana cara berkenalan yang benar?”
- c. Rencana Tindak Lanjut (RTL) : “Dalam satu hari, bapak mau berapakah latihan berkenalan? Mau di jam berapa saja? Bagaimana kalau kita masukkan ke jadwal kegiatan harian bapak?”
- d. Kontrak yang akan datang : “Bagaimana jika besok kita latihan berkenalan dengan 2 orang atau lebih? Apakah bapak bersedia? Mau dimana dan jam berapa?”

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

SP 2 : Berkenalan dengan dua orang

Nama : Tn. S

Pertemuan : Ke-1

Tanggal : Senin, 20 Maret 2023

Ruangan : Arimbi

Dx Keperawatan : Isolasi Sosial

A. Proses Keperawatan :

1. Kondisi Klien :

DS :

- a. Pasien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan orang lain
- b. Pasien tidak mau mengikuti kegiatan kelompok karena pasien tidak suka
- c. Pasien mengatakan sudah berkenalan dengan satu orang
- d. Pasien mengatakan mau berkenalan dengan dua orang

DO :

- a. Kontak mata kurang
- b. Pasien mampu melakukan berkenalan dengan orang lain
- c. Pasien tampak menyendiri
- d. Pasien suka meninggalkan tempat tiba-tiba saat sedang berinteraksi

2. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial

3. Tujuan khusus : Pasien mampu berinteraksi dengan dua sampai tiga orang

4. Tindakan keperawatan

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian (SP 1)

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

- b. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menunjukkan cara berkenalan dengan dua orang atau lebih

B. Strategi Komunikasi

1. Fase orientasi

- a. Salam terapeutik : “Selamat pagi, pak. Saya suster Cindy , biasa dipanggil Cindy. Saya yang bertugas di ruangan ini dari jam 07.00 sampai 13.00 nanti. Nama bapak siapa? Lebih senang dipanggil siapa?”
- b. Evaluasi / validasi : “Bagaimana perasaan bapak hari ini? Sudah berapa teman yang bapak kenal?”
- c. Kontrak (waktu,tempat,topik) : “Sesuai dengan janji kita kemarin, sekarang kita akan membahas cara berkenalan dengan dua orang atau lebih ya. Mau dimana tempatnya? Mau berapa lama?”
- d. Tujuan : “Agar bapak bisa berkenalan dengan teman yang lebih banyak lagi”

2. Fase kerja :

“Kemarin bapak sudah berkenalan dengan siapa saja? Wah bapak hebat ya sudah mau berkenalan dengan orang lain.”

“Sekarang saya mau lihat cara berkenalan dengan dua orang disini.”

“Coba sekarang bapak berkenalan seperti yang sudah saya ajarkan kemarin. Wah bapak hebat sudah bagus dan bisa nih ya berkenalan dengan dua orang”

“Nah sekarang kita catat ke dalam jadwal harian kegiatan bapak dengan siapa saja tadi bapak berkenalan? Setiap bapak habis kenalan dengan orang lain, jangan lupa untuk mencatatnya, ya.”

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

3. Terminasi

- a. Evaluasi : “Bagaimana perasaan bapak setelah mencoba berkenalan dengan orang lain?”
- b. Objektif : “Coba sekarang bapak ulangi, bagaimana cara berkenalan dengan orang lain.”
- c. Rencana Tindak Lanjut : “Bagaimana kalau kegiatan hari ini kita masukka ke jadwal kegiatan harian bapak?”
“Bapak mau berapa kali? Mau di jam berapa saja?”
- d. Kontak yang akan datang : “Besok kita ketemu lagi ya, pak. Kita akan melakukan kegiatan aktivitas secara kelompok. Apa bapak setuju? Mau dimana tempatnya? Mau jam berapa?”

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

SP 3 : Berkenalan dengan suatu kelompok
Nama : Tn. S
Pertemuan : Ke- 2
Tanggal : Selasa ,21 Maret 2023
Ruangan : Arimbi
Dx Keperawatan : Isolasi Sosial

A. Proses Keperawatan :

1. Kondisi Klien :

DS :

- a. Pasien mengatakan sudah berkenalan dengan satu orang
- b. Pasien mengatakan sudah berkenalan dengan dua orang

DO :

- a. Pasien tampak banyak diam
- b. Pasien tampak mau berkenalan jika ditemani dengan perawat
- c. Kontak mata mulai membaik

2. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial

3. Tujuan khusus : Pasien mampu berinteraksi dengan kelompok

4. Tindakan keperawatan

- a. Mengevaluasi SP 1 cara berkenalan dengan satu orang
- b. Mengevaluasi SP 2 yaitu cara berkenalan dengan dua orang
- c. Melatih pasien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan kelompok)

B. Strategi Komunikasi

1. Fase orientasi

- a. Salam terapeutik : “Selamat pagi, pak. Saya suster Cindy , biasa dipanggil Cindy . Saya yang bertugas di ruangan ini dari jam 07.00 sampai 13.00 nanti. Nama bapak siapa? Lebih senang dipanggil siapa?”
- b. Evaluasi / validasi : “Bagaimana kabarnya hari ini ? Sudah berapa teman yang bapak kenal? Coba kita lihat jadwal harian bapak.”
- c. Kontrak (waktu,tempat,topik) : “Sesuai janji kita kemarin, hari ini kita akan berkenalan dengan beberapa orang yang belum bapak kenal ya pak.” “Mau dimana pak? Mau berapa lama?”
- d. Tujuan : “Agar bapak bisa mempunyai banyak teman.”

2. Fase kerja

“Selamat pagi, ini ada yang mau berkenalan dengan kalian nih” “Baiklah, pak. Bapak sekarang bisa berkenalan dengan mereka seperti yang telah bapak lakukan sebelumnya.” “Ada lagi yang ingin bapak tanyakan kepada mereka? Kalau tidak ada lagi yang ingin bapak bicarakan, bapak bisa sudahi perkenalan ini. Lalu, bapak bisa membuat janji bertemu lagi misalnya kita ketemu lagi jam 4 sore ya.” “Baiklah semuanya, karena bapak I sudah selesai berkenalan, saya dan bapak I pamit ya. Selamat pagi.”

3. Terminasi

- a. Evaluasi : “Bagaimana perasaan bapak setelah berkenalan dengan yang lain?”
- b. Objektif : “Coba bapak ulangi tadi cara berkenalannya seperti apa dan siapa saja yang sudah berkenalan dengan bapak?”

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

- c. Rencana Tindak Lanjut : “Kalau suster nanti tidak ada, bapak jangan lupa ya untuk ajak berkenalan dengan orang lain”
- “Kegiatan hari ini kita masukkan ke jadwal harian bapak ya. Mau berapa kali sehari pak? Mau di jam berapa?”
- d. Kontak yang akan datang :“Besok kita akan bertemu lagi untuk berkenalan dengan orang lain lagi ya, pak. Mau dimana pak? Mau jam berapa dan berapa lama?”

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

SP 4 : Berkenalan dengan melakukan aktivitas
Nama : Tn. S
Pertemuan : Ke-2
Tanggal : Selasa, 21 Maret 2021
Ruangan : Arimbi
Dx Keperawatan : Isolasi Sosial

A. Proses Keperawatan :

1. Kondisi Klien :

DS :

- a. Pasien mengatakan sudah berkenalan dengan satu orang
- b. Pasien mengatakan sudah berkenalan dengan dua orang
- c. Pasien mengatakan sudah berkenalan dengan sekelompok temannya

DO :

- a. Pasien sudah mau berinteraksi tetapi kurang percaya diri
- b. Kontak mata pasien mulai membaik
- c. Pasien tidak mampu memulai pembicaraan terlebih dahulu

2. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial

3. Tujuan khusus : Klien mampu berkenalan dengan melakukan aktivitas

4. Tindakan keperawatan

- a. Mengevaluasi SP 1 cara berkenalan dengan satu orang
- b. Mengevaluasi SP 2 yaitu cara berkenalan dengan dua sampai tiga orang
- c. Mengevaluasi SP 3 yaitu cara berkenalan dengan suatu kelompok
- d. Melatih pasien berkenalan dengan melakukan aktivitas

B. Strategi Komunikasi

1. Fase orientasi

- a. Salam terapeutik : “Selamat pagi, pak. Saya suster Cindy , biasa dipanggil Cindy. Saya yang bertugas di ruangan ini dari jam 07.00 sampai 13.00 nanti. Nama bapak siapa? Lebih senang dipanggil siapa?”
- b. Evaluasi / validasi : “Bagaimana perasaan bapak hari ini? Sudah berkenalan dengan siapa saja?”
- c. Kontrak (waktu,tempat,topik) : “Sesuai dengan janji kita kemarin, hari ini kita akan akan berkenalan dengan melakukan aktivitas ya pak yaitu nanti bapak berkenalan dengan teman bapak sambil menyiapkan makan siang dan membantu membereskan makan siang ya pak. Apa bapak bersedia? Mau berapa lama pak?”
- d. Tujuan : “Agar bapak dapat berinteraksi atau mengobrol dengan banyak orang, jadi bapak bisa memiliki banyak teman lagi.”

2. Fase kerja

“Selamat siang semuanya. Ini ada bapak yang akan membantu menyiapkan dan membereskan makan siang bersama-sama ya disini. Baiklah, pak. Sekarang bapak bisa berkenalan dengan mereka seperti yang sudah kita lakukan kemarin. Setelah bapak berkenalan, bapak boleh bertanya tentang hal lain seperti hobi kepada mereka. Ada lagi yang ingin bapak tanyakan kepada mereka? Wah, hebat sekali. Bapak sudah mampu berkenalan dengan banyak orang.”

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial

3. Terminasi

- a. Evaluasi : “Bagaimana perasaan bapak setelah berkenalan dengan banyak orang?”
- b. Objektif : “Coba bapak ulangi kembali cara bapak berkenalandandengan siapa saja tadi bapak berkenalan.”
- c. Rencana Tindak Lanjut : “Saat saya tidak ada, bapak latihan berkenalan terus ya pak. Bapaksudah bagus dan hebat sekali. Pertahankan terus ya pak.”

“Kegiatan hari ini kita masukkan ke jadwal harian bapak ya. Bapak mau berapa kali sehari? Mau di jam berapa saja?”
- d. Kontak yang akan datang : “Pertemuan kali ini cukup sampai disini ya, pak. Besok kita bertemu lagi. Saya ingin tahu bapak benar melakukan kegiatan-kegiatan yang kita lakukan kemarin atau tidak. Mau dimana pak tempatnya? Mau jam berapa dan berapa lama?”

Lampiran 2. Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Kronik

Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Kronik

SP 1 : Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki
Nama : Tn. S
Pertemuan : Ke-1
Tanggal : senin, 20 Maret 2023
Ruangan : Arimbi
Dx Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi DS :

- a. Pasien mengatakan merasa malu dan tidak berguna sebagai kepala rumah tangga karena tidak memiliki pekerjaan
- b. Pasien mengatakan malu karena sering di bully oleh tetangga nya karena tidak mempunyai rumah

DO

- a. Pasien tampak tidak percaya diri
- b. Pasien tampak sedih
- c. Pasien tampak menunduk saat diajak berbicara

2. Diagnosa Keperawatan : Harga diri rendah kronik

3. Tujuan Khusus

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif
- c. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan

Lampiran 2. Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Kronik

- d. Pasien dapat memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan
- e. Pasien dapat berlatih sesuai dengan kemampuan yang dipilih

B. Strategi Pelaksanaan

1. Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi, pak. Perkenalkan nama saya suster Cindy , saya biasa dipanggil Cindy. Saya yang bertugas di ruangan ini dari jam 07.00 pagi sampai jam 13.00 siang.” “Nama bapak siapa? Senang dipanggil siapa?”

b. Evaluasi/Validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Bagaimana semalam tidurnya, nyenyak tidak?”

c. Kontrak

“Bagaimana jika sekarang kita berbicara tentang perasaan yang sedang bapak rasakan? Apakah bapak bersedia? Mau dimana tempatnya? Dan bapak mau berapa lama?”

d. Tujuan

“Agar kita bisa sama-sama mengetahui dan mencari solusi tentang perasaan bapak saat ini?”

2. Fase Kerja

“Bisa bapak ceritakan kenapa bapak bisa merasakan hal itu?” “Bagaimana pengalaman bapak selama dirumah? Apakah ada pengalaman yang tidak menyenangkan?” “Coba bapak sebutkan kemampuan apa saja yang bapak

Lampiran 2. Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Kronik

miliki?” “Wah ternyata bapak punya banyak kemampuan ya” “Dari kemampuan yang bapak sebutkan tadi, kemampuan apa saja yang bisa bapak lakukan saat ini?” “Berarti sekarang kita coba lakukan kemampuan yang pertama yaitu membersihkan tempat tidur bapak pak” “Wah, bapak hebat bisamelakukannya dengan baik.”

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi subyektif : “Bagaimana perasaan bapak setelah membersihkan tempat tidur bapak tadi?”
- b. Evaluasi Obyektif : “Coba bapak sebutkan kembali kegiatan yang sudah kitalatih tadi, pak?”
- c. Rencana Tindak Lanjut : “Dalam satu hari, bapak mau melakukannya berapa kali sehari? Mau di jam berapa saja, pak?” “Kalau suster tidak ada, bisa bapak lakukan kegiatan yang sudah kita latih tadi ya, pak.”
- d. Kontrak yang akan datang : “Bagaimana jika kita besok bertemu lagi untuk latihan kemampuan kedua yang bapak sebutkan tadi?” “Mau di jam berapa? Mau dimana pak?”

Lampiran 2. Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Kronik

Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Kronik

SP 2 : Melakukan kegiatan positif yang dipilih
Nama : Tn. I
Pertemuan : Ke-2
Tanggal : senin, 20 Maret 2023
Ruangan : Arimbi
Dx Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi

DS :

- a. Pasien mengatakan memiliki kemampuan aktivitas membersihkan tempat tidur, menyapu, dan merapikan alat makan yang digunakan
- b. Pasien mengatakan bisa melakukan aktivitas yang pertama yaitu membersihkan tempat tidur

DO :

- a. Pasien tampak mampu membersihkan tempat tidur dengan baik
- b. Pasien berbicara dengan nada yang pelan
- c. Pasien tampak menunduk

2. Diagnosa Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik

3. Tujuan Khusus : Pasien mampu melatih kemampuan yang dimiliki

Lampiran 2. Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Kronik

B. Strategi pelaksanaan

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi, pak. Perkenalkan nama saya suster Cindy, saya biasa dipanggil Cindy. Saya yang bertugas di ruangan ini dari jam 07.00 pagi sampai jam 13.00 siang.” “Nama bapak siapa? Senang dipanggil siapa?”

b. Evaluasi validasi

c. Kontrak (topik, waktu, dan tempat)

“Bagaimana kalau hari ini kita latihan membersihkan kamar atau tempat tidur bapak?”

d. Tujuan

“Agar bapak bisa tetap melatih kemampuan yang bapak miliki.”

2. Fase Kerja

“Baik, kita mulai ya, pak. Apa bapak bisa menyapu dari dalam kamar bapak sampai ke depan sendiri?” “Coba kita lihat lantai kamar bapak, apakah sudah bersih?” “Jika belum bersih lantainya, apa yang harus bapak lakukan?” “Iya betul. Jadi kita harus menyapu bagian kamarnya ya, pak. Agar kamar bapak bersih dan menjadi tempat yang nyaman untuk istirahat” “Coba sekarang suster mau lihat bapak menyapu sendiri bagian kamar bapak ya” “Wah, bapak hebat. Jadi begini ya, pak. Saat kita menyapu bagian kamar bapak, mulai dari ujung-ujung ruangan lalu kotorannya disatukan lalu dibawa keluar. Jangan lupa bapak ambil serokan untuk kotorannya bisa dibuang ke tempat sampah. Lalu sapu dan serokannya kembalikan ke tempat semula ya, pak. Bagaimana, sekarang sudah bersih ya kamar bapak?”

Lampiran 2. Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Kronik

3. Terminasi
 - a. Evaluasi Subjektif : “Bagaimana perasaan bapak setelah kita menyapu ruangan kamar bapak?”
 - b. Evaluasi Objektif : “Coba bapak sebutkan apa saja langkah-langkah saat bapak menyapu kamar tidur bapak?”
 - c. Rencana Tindak Lanjut : “ Kegiatan saat ini kita masukkan ke jadwal kegiatan harian bapak ya? Bapak mau berapa kali dalam sehari? Mau di jam berapa saja pak?”
 - d. Kontrak : “Baik, kalau begitu pertemuan kita sampai disini ya, pak. Besok kita bertemu lagi ya, pak. Besok suster mau lihat cara bapak merapikan alatmakan. Apakah bapak bersedia? Bapak mau jam berapa dan berapa lama? Bapak mau dimana tempatnya?”

Strategi Pelaksanaan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

SP 1 : Menghardik Halusinasi
Nama : Tn. S
Pertemuan : Ke-1
Tanggal : 21 Maret 2023
Ruangan : Arimbi
Dx Keperawatan : Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien :

DS :

- a. Pasien mengatakan mendengar suara -suara motor, suara itu muncul setiap malam (jam tidur), frekuensi sebanyak 2 kali,
- b. Pasien mengatakan kesal dan terganggu Ketika suara itu muncul

DO :

- a. Pasien tampak mondar- mandir Ketika halusinasinya muncul
- b. Pasien tidak fokus saat diajak bicara
- c. Kontak mata pasien kurang

2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensor : Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.
- b. Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya.

Lampiran 3. Strategi Pelaksanaan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

- c. Pasien dapat mengontrol halusinasinya.
- d. Mengidentifikasi cara menghardik dan memasukkan kedalam jadwal harian.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak, perkenalkan saya suster Cindy , biasanya saya dipanggil Cindy. Saya yang akan berdinasi di ruangan ini dari jam 07.00 pagi sampai jam 13.00 siang. Nama bapak siapa? Lebih senang dipanggil siapa?”

b. Evaluasi validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Semalam tidurnya nyenyak?”

c. Kontrak (Topik, waktu, dan tempat)

“Bagaimana kalau hari ini kita suster akan periksa kondisi yang bapak rasakan? Bapak dimana tempatnya? Bapak mau jam berapa dan berapa lama?”

d. Tujuan

“Agar suster bisa mengetahui kondisi bapak sekarang dan bersama-sama mencari jalan keluarnya”

2. Fase Kerja

“Apakah bapak bisa menceritakan apa yang sedang bapak rasakan saat ini?”

“Apakah bapak pernah merasakan sesuatu? Apa yang bapak dengar? Sejak kapan bapak mulai mendengar suara-suara itu?”

Lampiran 3. Strategi Pelaksanaan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

“Bapak mendengar suara-suara seperti motor sedang di jalan itu kapan saja?

Dalam sehari berapa kali bapak mendengar suara-suara itu?”

“Kalau bapak sedang mendengar suara-suara itu, apa yang bapak lakukan?

Apakah dengan cara itu suara-suara itu bisa menghilang?” “Bagaimana

kalausekarang kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara bisikan

seram itu muncul? Ada 4 cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Yang

pertama dengan cara menghardik, yang kedua dengan minum obat secara

teratur, yang ketiga dengan bercakap-cakap dengan orang lain, dan yang

keempat dengan melakukan kegiatan yang sudah terjadwal.”

“Hari ini kita akan melakukan cara yang pertama yaitu dengan cara

menghardik ya, pak. Caranya adalah saat bapak mendengar suara-suara

bisikan seram yang selalu menyuruh dan mengajak bapak untuk berbicara

bapak bisa menutup telinga bapak lalu katakan pergi saya tidak mau

mendengar dan katakan kamu tidak nyata, kamu itu palsu.” “Cara itu

diulang-ulang terus sampai suara-suara bisikan itu menghilang”

“Saya contohkan terlebih dahulu ya, pak. Nanti bisa bapak lihat dan lakukan

kembali seperti yang sudah saya contohkan. Nah sekarang giliran bapak.

Wah, bapak hebat bisa melakukannya dengan benar.”

3. Terminasi

a. Evaluasi Subjektif :

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita latihan cara menghardik ?”

b. Evaluasi Objektif :

“Coba bisa bapak ulangi kembali apa yang sudah kita latih tadi?”

Lampiran 3. Strategi Pelaksanaan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

c. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

“Bapak bisa melakukan cara menghardik ini saat mendengarkan suara-suara itu kembali agar suara itu hilang. Bagaimana kalau kita masukkan kegiatan ini dalam jadwal kegiatan harian bapak? Bapak mau berapa kali? Jam berapa saja?”

d. Kontrak yang akan datang :

“Bagaimana jika kita besok bertemu lagi untuk latihan minum obat yang benar untuk mengontrol halusinasi yang bapak alami. Apakah bapak bersedia? Mau di jam berapa dan berapa lama pak? Bapak mau dimana tempatnya untuk kita latihan minum obat?”

Strategi Pelaksanaan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

SP 2 : Cara Minum Obat dengan baik dan benar
Nama : Tn. I
Pertemuan : Ke-2
Tanggal : Rabu, 16 Maret 2022
Ruangan : Arimbi
Dx Keperawatan : Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien :

DS :

- a. Pasien mengatakan mendengar suara-suara motor seperti sedang di jalan, suara itu muncul setiap ingin tidur sehingga pasien sulit tidur, kesal, marah, dan membanting-banting barang sampai suara-suara itu hilang
- b. Pasien mengatakan sudah mengerti dan melakukan kembali cara menghardik halusinasi

DO :

- a. Pasien tampak mengikuti teknik menghardik halusinasi yang sudah diajarkan
- b. Pasien masih tampak gelisah
- c. Pasien masih tampak sering melamun

Lampiran 3. Strategi Pelaksanaan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
3. Tujuan Khusus
 - a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.
 - b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan minum obat secara teratur
 - c. Pasien dapat melakukan minum obat yang baik dan benar dan memasukkan kedalam jadwal harian.
4. Tindakan Keperawatan
 - a. Evaluasi SP I cara menghardik halusinasi pendengaran
 - b. Latih SP II yaitu cara mengontrol halusinasi dengan minum obat dengan prinsip enam benar
 - c. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada pasien gangguan jiwa, akibat bila putus obat, cara mendapat obat/berobat.
 - d. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip enam benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara (melalui oral atauiv, dll), benar dokumentasi serta jelaskan efek samping obat dan kapan kadaluarsa obat.
 - e. Anjurkan pasien memasukkan kegiatan jadwal harian, memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan pasien.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi
 - a. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak, perkenalkan saya suster Cindy, biasanya saya dipanggil Cindy. Saya yang akan berdinasi di ruangan ini dari jam 07.00

Lampiran 3. Strategi Pelaksanaan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

pagi sampai jam 13.00 siang. Nama bapak siapa? Lebih senang dipanggil siapa?"

b. Evaluasi validasi

"Bagaimana kabarnya hari ini, pak? Apakah bapak masih mendengar suara-suara bisikan seram itu? Apa latihan yang kemarin sudah dilakukan kembali pak? Coba apakah bapak bisa ulangi kembali sekarang latihan yang kemarin sudah saya ajarkan? Wah bapak hebat ya masih ingat dan bisa melakukannya dengan benar."

c. Kontrak *(Topik, waktu, dan tempat)

"Sesuai dengan janji kita kemarin, hari ini suster mau periksa kondisi bapak dan kita akan belajar tentang cara minum obat yang benar ya, pak. Bapak mau dimana tempatnya? Berapa lama pak?"

d. Tujuan

"Agar bapak bisa minum obat dengan cara yang benar ya, pak"

2. Fase Kerja

"Bapak hari ini sudah minum obat? Berapa kali minum obatnya? Apa yang bapak rasakan setelah bapak minum obat? Coba sekarang saya mau tanya, bapak tahu tidak manfaat bapak minum obat selama ini? Baik, saya jelaskan ya, pak. Obat yang selama ini bapak minum itu manfaatnya adalah untuk membantu proses penyembuhan bapak dan salah satunya ada obat untuk mengatasi halusinasi yang bapak alami dan salah satunya untuk mengatasi halusinasi yang bapak alami. Jadi, bapak harus minum obat secara teratur itu sangat membantu proses penyembuhan bapak dan bisa mengatasi suara-suara yang suka bapak dengar ya. Perasaan ngantuk yang bapak rasakan

Lampiran 3. Strategi Pelaksanaan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

setelah minum itu hal yang wajar, obat yang bapak minum memang efek sampingnya adalah cepat mengantuk dan membuat mulut terasa kering. Tapi jangan khawatir ya, pak. Cara mengatasi rasa mengantuk bapak bisa menghilangkannya dengan melakukan aktivitas atau mengobrol dengan perawat atau teman bapak. Untuk keluhan bapak yang merasa mulut kering, bapak bisa lebih banyak minum air putih supaya bapak tidak merasa kering lagi mulutnya. Kalau begitu sekarang saya ingin tahu bagaimana cara bapak saat minum obat? Nah iya betul, pertama bapak harus tahu bahwa bapak mendapatkan tiga obat yang berwarna putih dan diminum setiap jam 7 pagi. Kalau sudah benar obatnya, bapak siapkan air minumnya, lalu masukkan obat ke dalam mulut lalu telan bersamaan dengan air minumnya ya pak. Pastikan obatnya harus tertelan ya pak.”

3. Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan baik dan benar?”
- b. Evaluasi Objektif : “Baik, pak. Coba sekarang suster mau nanya ada berapa obat yang bapak minum tadi pagi? Manfaat dari minum obat itu apapa? Obatnya warna apa aja? Wah hebat ya Bapak bisa menyebutkan kembali”
- c. Rencana Tindak Lanjut : “jika bapak masih mendengarkan suara-suara bisikan seram itu lagi, bapak bisa mengontrol dengan cara menghardik yang kita latih kemarin dan minum obat dengan teratur ya pak”

Lampiran 3. Strategi Pelaksanaan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

d. Kontrak yang akan datang

Hari ini pertemuannya cukup sampai disini. Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi karena suster ingin periksa kondisi bapak dan besok kita berbincang-bincang bersama dengan teman-teman bapak yang lain ya, apakah bapak bersedia? Bapak mau dimana tempatnya? Jam berapa dan berapa lama?

Lampiran 4. Strategi Pelaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

Strategi Pelaksanaan Resiko perilaku kekerasan

SP 1 : Mengontrol marah dengan terapi relaksasi nafas dalam dan pukul bantal

Nama : Tn. S

Pertemuan : Ke-1

Tanggal : Rabu, 22 Maret 2023

Ruangan : Arimbi

Dx Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi pasien

DS :

- a. Pasien mengatakan suka marah – marah dan kesal jika mendengar suara-suara motor berisik seperti sedang di jalan
- b. Pasien mengatakan sering mengamuk dan banting-banting barang dirumah

DO :

- a. Tangan pasien tampak mengempal
- b. Mata pasien tampak melotot dan kesal.

2. Diagnosa Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
- b. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab dari perilaku kekerasan

Lampiran 4. Strategi Pelaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

- c. Pasien mampu mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan
 - d. Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan teknik relaksasi napas dalam dan pukul bantal
4. Tindakan Keperawatan
- a. Membina hubungan saling percaya
 - b. Mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
 - c. Mengidentifikasi penyebab dari perilaku kekerasan
 - d. Mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan
 - e. Melatih cara fisik 1 dan 2 yaitu tarik napas dalam dan pukul bantal atau kasur

B. Strategi Komunikasi

1. Orientasi:
 - a. Salam terapeutik

“Selamat pagi, pak. Saya suster Cindy biasa dipanggil Cindy. Saya yang bertugas di ruangan ini dari jam 07.00 pagi sampai jam 13.00 siang. Nama bapak siapa? Senang dipanggil apa?”
 - b. Evaluasi validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah semalam tidurnya nyenyak? Apa yang menyebabkan bapak kesulitan untuk tidur nyenyak tadi malam? Kira-kira apa yang membuat bapak marah dan kesal pagi ini?”
 - c. Kontrak (topik, waktu, tempat)

“Baik, pak. Setelah saya dengar yang diceritakan bapak tadi, bagaimana kalau sekarang suster mau periksa terlebih dahulu kondisibapak dan

Lampiran 4. Strategi Pelaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

nanti kita akan belajar cara mengontrol marah bapak ya. Apakah bapak bersedia? Mau jam berapa dan berapa lama? Mau dimana tempatnya?"

d. Tujuan

"Agar suster bisa tahu kondisi bapak sekarang dan bapak bisa mengontrol marah dengan benar"

2. Kerja:

"Nah, tadi bapak sudah bilang bahwa pagi ini bapak merasa marah dan kesal. Saat bapak sedang marah dan kesal, apakah bapak merasa sesak di dada atau rasa sakit di dada? Apakah bapak merasa lebih baik setelah mengungkapkan amarah bapak atau bapak memilih untuk menghindar orang yang membuat bapak marah dan kesal? Biasanya kalau sedang marah apa yang bapak lakukan? Setelah melakukan hal-hal tersebut, apa yang terjadi? Bagaimana kalau sekarang kita latihan teknik napas dalam untuk mengatasi rasa sesak saat bapak merasa marah atau kesal dan latihan pukul bantal untuk bapak bisa menyalurkan rasa marah atau kekesalan yang bapak rasakan. Baik, sekarang kita latihan teknik napas dalam dulu ya, pak. Caranya, bapak tarik napas lalu tahan selama 3 detik kemudian hembuskan. Sekarang kita coba lakukan bersama ya. Wah bapak hebat sudah bisa melakukan tarik napas dalam dengan benar. Sekarang kita lakukan pukul bantal ya pak. Caranya ketika bapak benar-benar merasa marah atau kesal dan ingin memukul sesuatu, maka bapak bisa langsung memukul bantal seperti ini ya, pak. Sekarang coba bapak lakukan seperti suster contohkan tadi ya. Wah bapak hebat sekali sudah bisa melakukan latihan pukul bantal dengan benar."

Lampiran 4. Strategi Pelaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

3. Terminasi :
 - a. Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan bapak setelah tadi kita latihan teknik napas dalam dan pukul bantal?”
 - b. Evaluasi objektif : “Apa bapak bisa mengulangi cara teknik napas dalam dan pukul bantal yang sudah kita latih tadi?”
 - c. Rencana tindak lanjut : “Sekarang kita masukkan latihan tarik napas dalam dan pukul bantal ke dalam jadwal kegiatan harian bapak, ya. Bapak mau melakukan latihannya berapa kali? Mau di jam berapa saja, pak?”
 - d. Kontrak yang akan datang : “Besok kita akan berlatih minum obat dengan benar ya, pak. Apakah bapak bersedia? Mau jam berapa dan berapalama? Mau dimana tempatnya, pak?”

Lampiran 5. Strategi Pelaksanaan Defisit Perawatan Diri

Strategi Pelaksanaan Defisit Perawatan Diri

SP 1 : Mengajarkan kebersihan mandi

Nama : Tn. S

Pertemuan : Ke-3

Tanggal : Rabu , 22 Maret 2023

Ruangan : Arimbi

Dx Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi klien:

DS :

- a. Pasien mengatakan ketika disuruh perawat saja tetapi tidak menggunakan sabun dan sampo

DO :

- a. Wajah pasien tampak kusam
- b. Pakaian pasien tampak tidak rapih

2. Diagnosa keperawatan: Defisit Perawatan Diri

3. Tujuan

- a. Pasien dapat mandiri dalam *personal hygiene*
- b. Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
- c. Pasien mengetahui pentingnya perawatan diri
- d. Pasien mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri
- e. Pasien dapat melaksanakan perawatan diri dengan bantuan perawat

Lampiran 5. Strategi Pelaksanaan Defisit Perawatan Diri

- f. Pasien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri
 - g. Pasien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri
4. Tindakan Keperawatan
- a. Membina hubungan saling percaya
 - b. Menjelaskan cara-cara menjaga kebersihan diri
 - c. Membantu pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri
 - d. Mengajarkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi :

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi, pak. Perkenalkan saya suster Cindy biasa dipanggil Cindy. Saya yang bertugas di ruangan ini dari jam 07.00 pagi sampai jam 13.00 siang.”

b. Evaluasi validasi

“Bagaimana bapak perasaannya hari ini? Semalam tidurnya nyenyak tidak?”

c. Kontrak (topik, waktu, tempat)

“Bagaimana kalau hari ini belajar tentang kebersihan diri yaitu mandi. Apakah bapak bersedia? Mau jam berapa dan berapa lamapak? Mau dimana tempatnya?”

d. Tujuan

“Agar bapak merasa lebih segar, wangi, nyaman, dan tentunya badan bapak tidak gatal-gatal lagi.”

Lampiran 5. Strategi Pelaksanaan Defisit Perawatan Diri

2. Fase Kerja

“Baik, bapak tadi sudah bilang bahwa bapak tidak bisa tidur, kurang nyenyak tidurnya karena badan bapak gatal-gatal ya? Sekarang kita mulai latihannya ya, pak. Sebelumnya saya akan menjelaskan alat-alatnya apa saja. Jadi, yang kita butuhkan ada sabun mandi, shampoo, sikat gigi, odol, dan handuk. Caranya yang pertama saat akan mandi, buka dulu semua pakaian yang dipakai lalu siramkan air dari kepala ke kaki lalu selanjutnya sikat gigi. Sebelum itu, ambil air segayung lalu kita kumur-kumur dan berikan odol ke sikat gigi, kemudian ambil air lagi dan siramkan ke kepala lalu ambil shampo, tuangkan ke telapak tangan secukupnya dan usapkan di kepala, ambil sabun dan usap-usapkan ke seluruh badan. Setelah itu bilas shampo dan sabun hingga bersih tidak ada sisa shampo dan sabun di badan bapak. Jika sudah selesai, ambil handuk dan lap seluruh badan bapak yang basah hingga menjadi kering.”

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi subjektif : “Bagaimana perasaan bapak setelah kita latihan mandi tadi?”
- b. Evaluasi objektif : “Bisa bapak jelaskan kembali apa yang sudah saya ajarkan tadi?”
- c. Rencana tindak lanjut : “Bagaimana kalau kita masukkan latihan ini ke jadwal kegiatan harian bapak? Bapak mau melakukannya berapa kali sehari? Mau di jam berapa?”
- d. Kontrak yang akan datang : “Besok kita akan bertemu lagi untuk latihan berhias ya pak, apakah bapak bersedia? Mau jam berapa dan berapa

Lampiran 5. Strategi Pelaksanaan Defisit Perawatan Diri

lama? Mau dimana tempatnya? Baiklah, kalau begitu pertemuanhari ini cukup. Sampai bertemu besok ya, pak.”

ANALISA OBAT

1. Haloperidole

Adalah obat antipsikotik yang bekerja dengan cara menyeimbangkan zat kimia alami otak bernama neurotransmitter.

Manfaat :

Meredakan psikosis, gejala skizofrenia, serta mengontrol sindrom Tourette

Dosis Obat :

- a. Dewasa : 0,5-5 mg, 2-3 kali sehari. Dosis pemeliharaan 3-10 mg perhari
tergantung respons pasien terhadap obat
- b. Lansia : 0,5-2 mg, 2-3 kali sehari. Dosis maksimal 20 mg per hari

Indikasi :

Untuk meredakan psikosis, gejala skizofrenia atau mania, sertamengontrol sindrom Tourette

Kontraindikasi :

Dikontraindikasikan pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadapaloperidol. Selain itu, kontraindikasi pemberian haloperidol adalah padakondisi depresi sistem saraf pusat berat, seperti koma, *neuroleptic malignantsyndrome* (NMS), kejang yang tidak terkontrol, dan penyakit Parkinson

Efek samping :

- a. Kantuk
- b. Pusing atau sakit kepala
- c. Sulit buang air kecil
- d. Gangguan tidur

- e. Kecemasan
- f. Penglihatan kabur
- g. Konstipasi
- h. Mual

2. THT (Trihexyphenidyl)

Adalah obat untuk mengatasi gejala penyakit parkinson dan gejala ekstrapiramidal akibat penggunaan obat tertentu, termasuk antipsikotik. Obat ini membantu meningkatkan kemampuan berjalan pada penderita parkinson.

Manfaat :

Membantu menurunkan rasa kaku pada otot, keringat berlebih, dan produksi air liur. Tak hanya itu, trihexyphenidyl juga mampu membantu meningkatkan kemampuan berjalan pada Pasien parkinson.

Dosis Obat :

Dewasa : 1 mg/hari. Dosis dapat ditingkatkan menjadi 5-15 mg/hari, yang dibagi dalam 3-4 kali jadwal konsumsi.

Indikasi :

Trihexyphenidyl digunakan untuk penyakit Parkinson (kerusakan atau kematian sel saraf dibagian otak), dan gejala sindrom ekstrapiramidal (pada pasien skizofrenia) yang diinduksi obat.

Kontraindikasi :

Trihexyphenidyl tidak boleh diberikan pada pasien dengan glaukoma sudut tertutup.

Efek Samping :

- a. Kekeringan mulut, mual, munta, sembelit, pusing, kantuk

- b. Sakit kepala, penglihatan kabur, gugup
- c. Gangguan pada perut
- d. Keringat berkurang

3. Clozapine

Adalah obat untuk meredakan gejala skizofrenia, yaitu gangguan mental yang menyebabkan seseorang mengalami halusinasi, delusi, serta gangguanberpikir dan perilaku.

Manfaat :

Mengurangi gejala pada skizofrenia, serta menangani psikosis pada penderita penyakit parkinson

Dosis Obat :

- a. Dewasa : 12 mg, 1-2 kali sehari. Dosis dapat ditingkatkan sebanyak 25-50 mg per hari, sesuai respon pasien, hingga mencapai dosis target 300-450 mg per hari pada minggu kedua.
- b. Lansia : Dosis awal adalah 12,5-25 mg per hari. Peningkatan dosis yang diberikan akan disesuaikan dengan respons pasien terhadap obat.

Indikasi :

Untuk penanganan gejala-gejala psikotik, agresivitas, dan gejala positif skizofrenia dengan dosis dititrasi naik hingga efek terapeutik tercapai. Clozapine juga bisa digunakan pada gangguan bipolar.

Kontraindikasi :

- a. Riwayat granulositopenia dan agranulositosis yang diinduksi obat, gangguan fungsi sumsum tulang, epilepsi yang tidak terkontrol, alkoholik dan psikosis toksik lainnya, keracunan obat, kondisi koma, kolaps sirkulasi, depresi SSP.

b. Disfungsi hati berat dan gagal ginjal atau jantung.

Efek Samping :

a. Pening, sulit menjaga keseimbangan atau pusing

b. Ngantuk

c. Mulut kering atau justru ngences

d. Gelisah

e. Sakit kepala

f. Gemetar (tremor)

g. Penglihatan buram

h. Sembelit

i. Peningkatan berat badan

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Tri Setyaningsih M.Kep S.Kep J

Nama Mahasiswa : Cindy Ayu Lestari

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S Dengan Isolasi Sosial
di Ruang Arimbi Rumah Sakit Dr. H.Marzoeki Mahdi Bogor

NO	Tanggal	Konsultasi (Saran / Perbaikan)	Tanda Tangan
1	24 Februari 2023	Pengarahan penulisan KTI	
2.	15 Maret 2023	Pengumpulan Bab 2 dan persiapan UTEK	
3.	23 Maret 2023	Revisi BAB 2	
4.	24 Maret 2023	Pengumpulan BAB 1 dan revisi BAB 2	
5.	17 April 2023	Pengumpulan BAB 3 dan revisi BAB 1,2	
6.	10 Mei 2023	Revisi BAB 1,2,3	
7.	22 Mei 2023	Revisi BAB 1,2,3	
8.	29 Mei 2023	Revisi BAB 1,2,3	
9.	31 Mei 2023	Pengumpulan BAB 4,5 dan revisi BAB 3	
10.	5 Juni 2023	Revisi BAB 3,4,5	
11.	8 Juni 2023	Revisi BAB 3,4,5	
12.	9 Juni 2023	Revisi BAB 3,4	
13.	14 Juni 2023	Konsul cover dan kata pengantar	
14.	16 Juni 2023	Acc Sidang	