



ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL

Oleh : Kelompok 2

Dosen Pengampu: Ns. Suyamto, SST.,MPH



Nama Anggota Kelompok

1. Amelia Ananda Riyanto (SKA32024126)
2. Anisa Umi Azzahidah (SKA32024130)
3. Bunga Flora (SKA32024137)
4. Desvita Wulan Saputri (SKA32024139)
5. Devina Aretha Villa Akana (SKA32024140)
6. Dewi Iswindarini (SKA32024141)
7. Ginsana Muliasari (SKA32024149)
8. Linda Lestari (SKA32024154)
9. Khamilatun Nurul 'Aini (SKA32024152)
10. Natasha Salsabilla (SKA32024162)
11. Oppi Tsara Santanu (SKA32024172)
12. Shinta Khoirunisa (SKA32024182)
13. Silvia Nur Alifa (SKA32024183)



Latar Belakang

Gangguan jiwa dapat memengaruhi kemampuan individu dalam berinteraksi sosial. Salah satu masalah keperawatan yang sering muncul adalah isolasi sosial, yaitu kondisi ketika seseorang menarik diri dan mengalami kesulitan berinteraksi serta mengekspresikan perasaan (Arisandy, 2022; Damanik & Pardede, 2020). Kondisi ini dapat menimbulkan rasa kesepian, rendah diri, dan kesulitan menjalin hubungan, serta sering terjadi pada pasien dengan gangguan jiwa kronis seperti skizofrenia. Oleh karena itu, diperlukan asuhan keperawatan yang tepat untuk membantu pasien meningkatkan kemampuan interaksi sosial dan kembali berfungsi dalam kehidupan sehari-hari.



Deskripsi Kasus



Tn. S merupakan pasien dengan riwayat gangguan jiwa kronis selama kurang lebih 10 tahun dan saat ini menjalani perawatan keempat di rumah sakit jiwa. Pasien masuk pada 16 Februari 2024 dengan keluhan gelisah sejak satu minggu, emosi labil, mudah marah, serta perilaku agresif seperti mengancam orang tua dan merusak barang. Pasien juga sering mondar-mandir dan termenung. Pasien mengalami halusinasi pendengaran, sering berbicara atau tertawa sendiri, pembicaraan tidak terarah, gangguan tidur, kurang menjaga kebersihan diri, serta kecurigaan terhadap orang lain. Riwayat menunjukkan pasien tidak patuh minum obat setelah pulang karena merasa sembuh. Secara psikososial, pasien memiliki hubungan sosial terbatas, sering dikucilkan sejak kecil, dan cenderung menarik diri. Saat pengkajian, pasien tampak menyendiri, kontak mata kurang, ekspresi murung, dan kurang aktif dalam kegiatan, dan perlu dorongan untuk berpartisipasi. Secara keseluruhan, kondisi menunjukkan gangguan jiwa kronis dengan kekambuhan berulang dan isolasi sosial yang menonjol.

Asuhan Keperawatan



Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama : Tn. S

Jenis Kelamin : Laki-laki

Status : Belum menikah

Pekerjaan : Tidak bekerja

Masuk RS : 16 Februari 2024

2. Keluhan Utama

Pasen tampak menanrik diri, menyendiri, duduk di pojok ruangan, kontak mata kurang, sering menunduk, expresi murung dan hanya sesekali menatap pewawancara setelah diberi dorongan

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Sejak kurang lebih minggu sebelum masuk RS pasien mengalami gelisah disertai emosi labil, mudah marah tanpa sabab, perilaku agresif seperti mengancam orang tua dan merusak barang. sering mondar mandir, serta kadang termenung. Pasien juga mengalami halusinasi pendengaran (berbicara/tertawa sendiri), pembicaraan tidak terarah, kecurigaan berlebihan, gangguan tidur. dan kurang menjaga kebersihan diri

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien memiliki riwayat gangguan jiwa kronis +10 tahun dan saat ini menjalani perawatan keempat di rumah sakit jiwa. Pasien tidak patuh pengobatan setelah pulang karena merasa sudah sembuh dan jarang kontrol.

Asuhan Keperawatan



Pengkajian

5. Tanda klinis



Data Subjektif (DS)	Data Objektif (DO)
o Pasien memiliki riwayat dikucilkan sejak masa kanak-kanak.	o Pasien tampak menyendiri
o Hubungan sosial terbatas.	o Kontak mata kurang (sering menunduk /menghindari)
o Cenderung menarik diri dari lingkungan.	o Ekspresi wajah murung
	o Kurang aktif mengikuti kegiatan.
	o Memerlukan dorongan untuk berpartisipasi

Asuhan Keperawatan



Analisa Data

N o	Data	Etiologi	Problem
1.	Mayor DS : 1. Mengatakan tidak ingin berinteraksi / lebih suka sendiri	Menarik diri akibat pengalaman sosial negatif / gangguan hubungan interpersonal	Isolasi Sosial

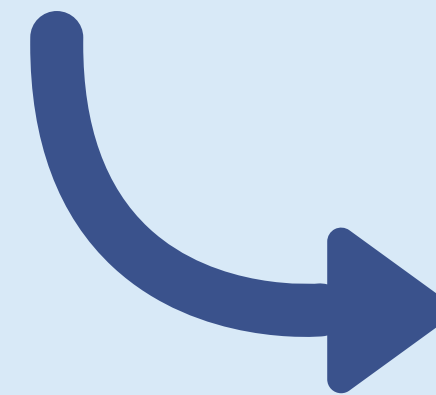
	2. Merasa dikucilkan sejak kecil DO : 1. Menyendiri 2. Kontak mata kurang 3. Menarik diri dari lingkungan 4. Hubungan sosial terbatas 5. Kurang aktif dalam kegiatan 6. Perlu dorongan untuk berpartisipasi Minor DS : Merasa tidak nyaman berada dengan orang lain DO : 1. Ekspresi wajah murung 2. Lebih banyak diam		
2.	Mayor Ds :	Pengalaman dikucilkan dan	Harga Diri Rendah

Asuhan Keperawatan



	1. Merasa tidak berharga 2. Merasa tidak diterima oleh lingkungan DO : 1. Ekspresi wajah murung 2. Kontak mata kurang 3. Kurang percaya diri 4. Menarik diri dari lingkungan 5. Pasif dalam kegiatan Minor DS : Merasa gagal dalam hidup DO : 1. Bicara pelan 2. Tampak tidak bersemangat	kegagalan interaksi sosial	
--	--	----------------------------	--

3. Mayor DS : 1. Mendengar suara-suara (halusinasi)	Gangguan proses pikir / ketidakseimbangan neurokimia (gangguan jiwa kronis)	Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran
---	---	---



	2. Mengaku ada yang berbicara padanya DO : 1. Berbicara sendiri 2. Tertawa sendiri 3. Tampak seperti mendengar sesuatu 4. Pembicaraan tidak terarah 5. Mondar-mandir Minor DS : Merasa terganggu oleh suara DO : 1. Konsentrasi menurun 2. Kadang termenung		
--	---	--	--

Asuhan Keperawatan



Diagnosa Keperawatan

1. **Isolasi Sosial (D.0112)** berhubungan dengan perubahan setatus mental ditandai dengan pasien cenderung menarik diri.
2. **Harga Diri Rendah Situasional (D.0113)** Berhubungan dengan pengakuan dari orang lain ditandai dengan merasa tidak berharga.
3. **Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)** berhubungan dengan gangguan pendengaran ditandai dengan tampak seperti mendengar sesuatu.



Nursing Care Plan

No	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
1	Isolasi sosial (D.0121) b.d perubahan status mental d.d pasien cenderung menarik diri.	Setelah di lakukan intervensi keperawatan 3×24 jam Keterlibatan sosial (L.13116) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Minat Interaksi meningkat (5) 2. Minat terhadap aktivitas meningkat (5) 3. Kontak mata meningkat (5) 4. Verbalisasi Isolasi menurun (5) 5. Perilaku menarik diri menurun (4) 6. Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun (4) 7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain (4) 8. Verbalisasi prekupasi dengan pikiran sendiri menurun (4)	Promosi Sosialisasi (L.13498) <i>Observasi:</i> - Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain - Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <i>Terapeutik:</i> - Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan. - Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain. - Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain. - Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri.

Nursing Care Plan

next

			- Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan. <i>Edukasi:</i> - Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap - Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan - Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi - Latih mengekspresikan marah dengan tepat.
2	Harga diri rendah situasional (D.0113) b.d pengakuan dari orang lain d.d merasa tidak berharga.	Setelah dilakukan Intervensi keperawatan 3×24 jam Harga diri (L.09069) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Berjalan menampakan wajah meningkat (5) 2. Kontak mata meningkat (5)	Promosi koping (I.09312) <i>Observasi:</i> - Identifikasi kemampuan yang dimiliki. - Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial. <i>Terapeutik:</i>

Nursing Care Plan

next

		3. Meremehkan kemampuan menurun (5)	- Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial. - Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama. - Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam. <i>Edukasi</i> - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. - Latih penggunaan teknik relaksasi. - Latih keterampilan sosial sesuai kebutuhan.
3	Gangguan sensori persepsi (D.0085) b.d gangguan pendengaran d.d tampak seperti mendengar sesuatu.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka Persepsi sensori (L.09083) membaik dengan kriteria hasil 1. Verbalisasi mendengar menurun (5)	Manajemen Halusinasi (I.09288) <i>Observasi:</i> - Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi - Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan.

Nursing Care Plan

next

		2. Perilaku halusinasi menurun (5) 3. Menarik diri menurun (5) 4. Mondar mandir menurun (5) 5. Konsentrasi membaik (5)	<i>Terapeutik:</i> - Pertahankan lingkungan yang aman. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi. <i>Edukasi:</i> - Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi. - Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap umpan balik. - Anjurkan melakukan distraksi - Anjurkan pasien dan keluarga cara mengontrol diri.
--	--	--	--

Kesimpulan & Saran

Kesimpulan

Kesimpulannya, Tn. S mengalami gangguan jiwa kronis dengan masalah utama isolasi sosial yang dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu dan ketidakpatuhan minum obat. Kondisi ini diperberat oleh halusinasi, harga diri rendah, dan kurangnya perawatan diri. Peran perawat penting dalam membantu pemulihan melalui dukungan, latihan interaksi, dan edukasi agar pasien dapat berfungsi sosial dengan lebih baik.

Saran

1. Perawat: Memberikan perawatan rutin, melatih interaksi, dan edukasi minum obat.
2. Pasien: Mengikuti terapi, belajar berinteraksi, dan mengungkapkan perasaan.
3. Keluarga: Memberi dukungan serta mengingatkan obat dan kontrol rutin.





Apakah Ada Pertanyaan?



Terima
Kasih

