

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi

Menurut Keliat (2015) skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan penuaan atau hambatan dalam berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Skizofrenia adalah suatu sindrom klinis atau proses penyakit yang mempengaruhi kognisi, persepsi, emosi, perilaku, dan fungsi sosial, tetapi skizofrenia mempengaruhi setiap individu dengan cara yang berbeda (Dinamik et al., 2020).

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku, pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru afek yang datar atau tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktifitas motorik yang *bizarre* (perilaku aneh), pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi. Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (N. Putri & Pardede, 2022).

2. Etiologi

Penyebab gangguan jiwa skizofrenia belum di ketahui secara pasti sampai saat ini, namun beberapa penelitian telah menunjukkan adanya struktur dan fungsi otak yang abnormal. Pada penderita gangguan skizofrenia

terjadi perubahan struktur otak yaitu : ukuran otak bagian tertentu menjadi lebih kecil dari ukuran normal. Kombinasi faktor genetik dan lingkungan berperan dalam perkembangan skizofrenia. Faktor genetik dapat menjadi penyebab gangguan jiwa skizofrenia sekitar 0,6-1,9% dalam populasi U.S (Chisholm-Burns et al, 2016) faktor genetik dapat mempengaruhi terjadinya penyakit skizofrenia.

Seorang dengan riwayat kedua orang tua mengalami gangguan jiwa skizofrenia, maka beresiko sekitar 40% untuk mengalami gangguan skizofrenia. Pada kembar monozigot, jika salah satu telah terdiagnosis mengalami gangguan skizofrenia, maka kemungkinan kembar lainnya akan mengalami gangguan skizofrenia tersebut sekitar 50% (I. A. Putri & Maharani, 2022).

3. Patofisiologi

Skizofrenia merupakan penyakit dengan penyebab multifaktor. Menurut I. A. Putri & Maharani (2022), patofisiologi skizofrenia belum diketahui secara pasti dan sangat bervariasi seperti halnya etiologi, terdapat beberapa hipotesis yang telah diajukan diantaranya :

a. Faktor genetik

Individu dengan keluarga penderita skizofrenia memiliki resiko lebih tinggi mengalami penyakit skizofrenia. Pada anak dengan orang tua menderita skizofrenia beresiko 5% untuk mengalami penyakit serupa. Pada individu dengan saudara kandung atau kembar dizigot yang mengalami skizofrenia beresiko 10% dan pada kembar monozigot resiko mengalami skizofrenia sebesar 40%.

b. Gangguan neurotransmitter

Pada hipotesis dopamin, ditemukan yaitu terdapat hiperaktivitas dopamin pusat. Peningkatan aktivitas dopamin di sistem limbik diasosiasikan dengan gejala positif. Antipsikotik yang bekerja sebagai antagonis reseptor dopamin pascasinaps (D2) diketahui efektif menangani gejala positif skizofrenia. Hipotesis serotonin mengatakan jika serotonin berlebih dapat menimbulkan gejala positif dan negatif.

Neurotransmitter lain yang di duga terkait dengan patofisiologi skizofrenia yaitu asetilkolin, glutamat, norepinefrin, aminobutyric acid (GABA) dan sebagainya.

c. Gangguan Morfologi dan Fungsi Otak

Gangguan struktur dan fungsi otak yang sering ditemukan pada penderita skizofrenia adalah pelebaran ventrikel ke-3 dan lateral, atrofi lobus temporal dan medial, gangguan girus hipokampus, parahipokampus, dan amigdala. Namun tidak ada gangguan yang khas pada penderita skizofrenia.

4. Klasifikasi

Menurut I. A. Putri & Maharani (2022), klasifikasi skizofrenia dapat di bedakan menjadi beberapa tipe menurut DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, Text Revision*) adalah sebagai berikut :

a. Skizofrenia Paranoid

Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Halusinasi dan atau waham harus menonjol, suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (whistling), mendengar (humming), atau bunyi tawa (laughing).

b. Skizofrenia Terdisorganisasi/Hebefrenik

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III menyatakan bahwa skizofrenia hebefrenik memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Diagnosis hebefrenia untuk pertama kali hanya ditegaskan pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun). Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas: pemalu dan senang menyendiri (solitary), namun tidak harus demikian untuk menentukan diagnosis. Untuk diagnosis hebefrenia yang menyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan: perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat

diramalkan serta mannerisme; ada kecenderungan untuk selalu menyendiri (solitary), dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan; efek pasien dangkal (shallow) dan tidak wajar (inappropriate), sering disertai oleh cekikikan (giggling) atau perasaan puas diri (self-satisfied) dan senyum sendiri.

c. Skizofrenia Residual

Untuk suatu diagnosis yang meyakinkan, berikut ini merupakan kriterianya, yaitu gejala negatif skizofrenia yang menonjol seperti aktivitas menurun, afek yang menumpul sikap pasif atau tidak ada inisiatif, komunikasi non-verbal yang buruk seperti seperti dalam menunjukkan ekspresi wajah, perawatan diri yang kurang dan kinerja sosial yang buruk.

d. Skizofrenia Katatonik

Salah satu dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya yaitu menampilkan posisi tubuh tertentu (aneh dan tidak wajar), gelisah-gaduh, sangat berkungan dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan gejala-gejala lain seperti “command automatism” atau kepatuhan secara otomatis terhadap perintah dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.

e. Skizofrenia Tak Terinci

Untuk jenis skizofrenia ini memiliki kriteria penting yaitu adanya gejala yang menunjukkan kriteria A, namun tidak termasuk dalam jenis skizofrenia paranoid, hebefrenik, residual ataupun katatonik.

5. Manifestasi klinis

Menurut I. A. Putri & Maharani (2022), manifestasi klinis skizofrenia dapat dikelompokkan menjadi 2 macam yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif yang diperlihatkan seorang penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Delusi atau Waham

Delusi atau waham merupakan keyakinan yang salah terhadap kenyataan yang tidak sesuai dengan latar belakang sosial dan kultural

seorang skizofrenia. Meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa kenyataan tersebut tidak benar namun penderita skozofrenia tetap menyakini kebenarannya. Penyimpangan dari proses berfikir penderita menyebabkan terbentuknya waham tersebut.

b. Halusinasi

Halusinasi merupakan persepsi sensori tanpa stimulus eksternal. Misalnya penderita mendengar suara atau bisikan di telinga padahal tidak ada sumber dari suara tau bisikan tersebut.

c. Kekacauan Alam Pikir

Dapat dilihat dari cara bicara dan isi dari pembicaraan yang kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.

d. Gaduh, gelisah, agresif, gembira yang berlebihan dan bicara terlalu semangat.

Gejala-gejala negatif pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Kehilangan kemampuan berfikir atau berbicara.

b. Kurangnya kemampuan untuk merasakan kesenangan serta memisahkan diri dari lingkungan sosial. Penderita merasa jauh dari dirinya sendiri atau orang lain dan tidak berdaya

c. Kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif, monoton, tidak ada upaya, tidak menginginkan sesuatu dan serba malas .

d. Alam perasaan yang tumpul dan datar merupakan penurunan intensitas ekspresi dan emosi. Penderita tampak acuh atau hanya berespon superfisial. Ekspresi emosi penderita sangat sedikit bahkan ketika afek tersebut seharusnya diekspresikan namun penderita tidak menunjukkannya. Gejala ini merupakan gejala khas pada penderita skizofrenia kronis. Penderita tidak dapat beraksi secara normal dalam intensitas emosional dan tidak mempunyai perasaan.

6. Penatalaksanaan medis

Menurut I. A. Putri & Maharani (2022), penatalaksanaan medis terdiri dari :

a. Terapi Antipsikotik

Antipsikotik merupakan terapi obat-obatan pertama yang efektif mengobati skizofrenia. Yang termasuk obat antipsikotik yaitu *Klorpromazin, Haloperidol, Flufenazin, Perfenazin, loxapin, Clozapin, risperidon, Olanzapin, Quetiapin.*

b. Antiansietas

Antiansietas utamanya digunakan dalam pengobatan kecemasan. Selain itu obat ini juga biasanya memiliki efek relaksasi otot, menangani kejang, amnestik dan sedasi. Obat antiansietas umumnya bekerja pada reseptor GABA, neurotransmitter yang berperan menghambat transmisi neuronal. Antiansietas dapat diklasifikasikan berdasarkan turunannya, menjadi :

- 1) *Benzodiazepin*, seperti *diazepam, lorazepam, alprazolam dan klobazam.*
- 2) *Non benzodiazepin*, seperti *bupiron dan zolpidem.*
- 3) *Gliserol*, seperti *meprobamat*
- 4) *Barbiturat*, seperti *fenobarbital.*

Pasien psikotik sering mengalami cemas dalam hubungan dengan gejala psikotiknya, sehingga penggunaan antipsikotik sering kali dikombinasi dengan antiansietas.

B. Konsep Isolasi Sosial

1. Definisi

Isolasi sosial merupakan suatu kondisi dimana individu terjadi penurunan interaksi atau bahkan tidak dapat berinteraksi dengan orang lain disekitarnya dan klien tidak mampu berhubungan dengan orang lain (Agustina & Rafiyah, 2023).

Isolasi sosial adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau

keadaan yang mengancam. Ancaman yang dirasakan dapat menimbulkan respons. Respon kognitif pasien isolasi sosial dapat berupa merasa ditolak oleh orang lain, merasa tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak berguna, merasa putus asa dan tidak mampu membuat tujuan hidup atau tidak memiliki tujuan hidup, tidak yakin dapat melangsungkan hidup, kehilangan rasa tertarik kegiatan sosial, merasa tidak aman berada diantara orang lain, serta tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan (Mista et al., 2022).

2. Etiologi

Penyebab klien dengan isolasi sosial dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain yang terdiri dari faktor biologi, psikologi dan sosiokultural. Faktor biologi penyebab isolasi sosial adalah faktor genetik dapat menunjang terhadap respon sosial maladaptive ada bukti terdahulu tentang terlibatnya neurotransmitter dalam perkembangan gangguan ini namun tahap masih diperlukan penelitian lebih lanjut. Faktor physiological yang menjadi penyebab isolasi sosial yaitu kondisi fisik seperti status nutrisi, status kesehatan fisik, faktor kecacatan atau kesempurnaan fisik sangat berpengaruh bagi penilaian seseorang terhadap stressor predisposisi dan presipitasi. Sedangkan faktor sosiokultural yang menjadi penyebab isolasi sosial adalah dalam membina hubungan dengan orang lain, misalnya anggota keluarga yang tidak produktif dan diasingkan dari orang lain (Azijah, 2022).

Pasien dengan masalah kekurangan keterampilan sosial, tidak biasa berkomunikasi dengan orang lain secara efektif, mengalami kesulitan dalam menjalin pertemanan, mampu memecahkan masalah, menemukan dan memelihara pekerjaan, yang merupakan alasan mereka mengisolasi diri dari masyarakat, keterampilan sosial yang buruk terkait erat dengan kekambuhan penyakit dan pasien kembali ke rumah sakit (Lailatul Mufidah, 2021).

3. Patofisiologi

Salah satu gangguan berhubungan sosial diantaranya menarik diri yang disebabkan karena perasaan tidak berharga, dengan latar belakang yang penuh dengan permasalahan, ketegangan, kekecewaan, dan kecemasan. Perasaan tidak berharga menyebabkan pasien semakin sulit dalam mengembangkan hubungan dengan orang lain. Menyebabkan pasien menjadi regresi atau mundur, mengalami penurunan dalam aktivitas dan kurang perhatian terhadap penampilan dan kebersihan diri. Perjalanan dari tingkah laku masa lalu serta tingkah laku primitive yaitu pembicaraan yang autistik dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut menjadi halusinasi (Yusri, 2022).

4. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala isolasi sosial meliputi : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) (2017)

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif :

- a. Merasa ingin sendirian
- b. Merasa tidak aman di tempat umum

Objektif :

- a. Menarik diri
- b. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan

Gejala dan Tanda minor

Subjektif :

- a. Merasa berbeda dengan orang lain
- b. Merasa asyik dengan pikiran sendiri
- c. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas

Objektif :

- a. Afek datar
- b. Afek sedih

- c. Riwayat ditolak
- d. Menunjukkan permusuhan
- e. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain
- f. Kondisi difabel
- g. Tindakan tidak berarti
- h. Tidak ada kontak mata
- i. Perkembangan terlambat
- j. Tidak bergairah/lesu

5. Komplikasi

Isolasi Sosial menyebabkan orang menjadi menarik diri, malas beraktifitas, tidak mampu mengatasi masalah, rasa malu dan bersalah yang berlebihan dampak yang ditimbulkan dari isolasi sosial adalah menarik diri, narcissism atau mudah marah, melakukan hal yang tak terduga atau impulsivity, memberlakukan orang lain seperti objek, halusinasi dan defisit perawatan diri (N. Putri & Pardede, 2022).

6. Penatalaksanaan

Menurut Yusri (2022), penatalaksanaan isolasi sosial sebagai berikut :

a. Terapi farmakologi

1) *Clorpromazine* (CPZ)

Obat ini digunakan pada pasien yang tidak mampu dalam menilai realistis, kesadaran diri terganggu, serta ketidakmampuan dalam fungsi mental.

2) *Haloperizol* (HP)

Obat ini digunakan untuk mengobati pasien yang tidak mampu menilai realita.

3) *Thrixyphenidyl* (THP)

Obat ini digunakan pada segala penyakit parkinson, termasuk pasca ensepalitis dan idiopatik, sindrom parkinson akibat misalnya reserpine dan fenotiazine.

C. Konsep *Social Skill Training* (SST)

1. Pengertian

Terapi SST merupakan suatu proses pembelajaran yang terstruktur yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan individu dengan gangguan mental dalam berinteraksi secara sosial, memahami kebutuhan orang lain, mengidentifikasi masalah interpersonal, dan mengembangkan strategi yang efektif untuk mengatasi hambatan komunikasi dan konflik dalam hubungan sosial (Sakti et al., 2023).

2. Tujuan

Menurut Basyari (2023), tujuan terapi SST dirancang untuk meningkatkan kemampuan berkomunikasi dan keterampilan sosial bagi seseorang yang mengalami kesulitan dalam berinteraksi meliputi keterampilan memberikan pujian, mengeluh karena tidak setuju, menolak permintaan orang lain, tukar menukar pengalaman, menuntut hak pribadi, memberi saran pada orang lain, memecahkan masalah yang dihadapi, dan bekerja sama dengan orang lain.

Pelaksanaan terapi SST dibagi menjadi 4 sesi, yaitu:

a. Kemampuan komunikasi

Kemampuan penggunaan bahasa tubuh yang tepat, memberikan salam, memperkenalkan diri individu, dalam menjawab pertanyaan, menjawab pertanyaan dengan baik, kemampuan untuk bertanya dan bertanya untuk klarifikasi dalam sebuah kelompok.

b. Kemampuan menjalin persahabatan

Menjalin pertemanan dengan orang lain, mengucapkan dan menerima ucapan terima kasih, memberikan pujian dan menerima pujian dari individu.

c. Terlibat dalam melakukan aktivitas yang dilakukan bersama, berfikiran melakukan kegiatan dengan orang lain, meminta dan memberikan dalam bentuk pertolongan

- d. Kemampuan individu dalam menghadapi situasi yang sulit yakni memberikan dan menerima untuk kritik, menerima untuk penolakan, bertahan dalam tekanan didalam kelompok dan meminta maaf.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Isi pengkajian meliputi :

a. Identitas

Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status mental, suku bangsa, alamat, nomor rekam medis, ruang rawat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosis medis. Identitas penanggung jawab : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, alamat.

b. Alasan Masuk

- 1) Apa penyebab klien datang ke RSJ?
- 2) Apa yang sudah dilakukan keluarga?
- 3) Bagaimana hasilnya?

c. Faktor Predisposisi

Kehilangan, perpisahan, penolakan orangtua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan/frustasi berulang, tekanan dari kelompok sebaya; perubahan struktur sosial.

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik mencakup semua sistem yang ada hubungannya dengan klien depresi berat didapatkan pada sistem integumen klien tampak kotor, kulit lengket di karenakan kurang perhatian terhadap perawatan dirinya bahkan gangguan aspek dan kondisi klien.

e. Psikososial

Konsep Diri:

- 1) Gambaran Diri : Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah atau tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau yang akan terjadi, menolak penjelasan perubahan

tubuh, persepsi negatif tentang tubuh. preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputus asaan, mengungkapkan ketakutan.

- 2) Ideal Diri : Mengungkapkan keputus asaan karena penyakitnya: mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.
- 3) Harga Diri : Perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri, dan kurang percaya diri.
- 4) Penampilan Peran : Berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua, putus sekolah, PHK.
- 5) Identitas Personal : Ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan.

f. Hubungan Sosial

Klien mempunyai gangguan/hambatan dalam melakukan hubungan sosial dengan orang lain terdekat dalam kehidupan, kelompok yang diikuti dalam masyarakat.

g. Spiritual Nilai dan keyakinan klien

Pandangan dan keyakinan klien terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma dan agama yang dianut pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa. Kegiatan ibadah : kegiatan di rumah secara individu atau kelompok.

h. Status Mental

Kontak mata klien kurang/tidak dapat mempertahankan kontak mata, kurang dapat memulai pembicaraan, klien suka menyendiri dan kurang mampu berhubungan dengan orang lain, adanya perasaan keputusasaan dan kurang berharga dalam hidup.

1) Penampilan

Biasanya pada klien menarik diri klien tidak terlalu memperhatikan penampilan, biasanya penampilan tidak rapi, cara berpakaian tidak seperti biasanya (tidak tepat).

2) Pembicaraan

Cara pembicaraan biasanya di gambarkan dalam frekuensi, volume dan karakteristik. Frekuensi merujuk pada kecepatan klien berbicara dan volume di ukur dengan berapa keras klien berbicara. Observasi frekuensi cepat atau lambat, volume keras atau lambat, jumlah sedikit, membisu, dan di tekan, karakteristik gagap atau kata-kata bersambungan.

3) Aktivitas Motorik

Aktivitas motorik berkenaan dengan gerakan fisik klien. Tingkat aktivitas : letargik, tegang, gelisah atau agitasi. Jenis aktivitas : seringai atau tremor. Gerakan tubuh yang berlebihan mungkin ada hubungannya dengan ansietas, mania atau penyalahgunaan stimulan. Gerakan motorik yang berulang atau kompulsif bisa merupakan kelainan obsesif kompulsif.

4) Alam Perasaan

Alam perasaan merupakan laporan diri klien tentang status emosional dan cerminan situasi kehidupan klien. Alam perasaan dapat di evaluasi dengan menanyakan pertanyaan yang sederhana dan tidak mengarah seperti “bagaimana perasaan anda hari ini” apakah klien menjawab bahwa ia merasa sedih, takut, putus asa, sangat gembira atau ansietas.

5) Afek

Afek adalah nada emosi yang kuat pada klien yang dapat di observasi oleh perawat selama wawancara. Afek dapat di gambarkan dalam istilah sebagai berikut : batasan, durasi, intensitas, dan ketepatan. Afek yang labil sering terlihat pada mania, dan afek yang datar, tidak selaras sering tampak pada skizofrenia.

6) Persepsi

Ada dua jenis utama masalah perseptual : halusinasi dan ilusi. Halusinasi di definisikan sebagai kesan atau pengalaman sensori yang salah. Ilusi adalah persepsi atau respon yang salah terhadap

stimulus sensori. Halusinasi perintah adalah yang menyuruh klien melakukan sesuatu seperti membunuh dirinya sendiri, dan melukai diri sendiri.

7) Interaksi Selama Wawancara

Interaksi menguraikan bagaimana klien berhubungan dengan perawat. Apakah klien bersikap bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, berhati-hati, apatis, defensif, curiga atau sedatif.

8) Proses Pikir

Proses pikir merujuk “ bagaimana” ekspresi diri klien proses diri klien diobservasi melalui kemampuan berbicaranya. Pengkajian dilakukan lebih pada pola atas bentuk verbalisasi dari pada isinya.

9) Isi Pikir

Isi pikir mengacu pada arti spesifik yang diekspresikan dalam komunikasi klien. Merujuk pada apa yang dipikirkan klien walaupun klien mungkin berbicara mengenai berbagai subjek selama wawancara, beberapa area isi harus dicatat dalam pemeriksaan status mental. Mungkin bersifat kompleks dan sering disembunyikan oleh klien.

10) Tingkat Kesadaran

Pemeriksaan status mental secara rutin mengkaji orientasi klien terhadap situasi terakhir. Berbagai istilah dapat digunakan untuk menguraikan tingkat kesadaran klien seperti bingung, tersedasi atau stupor.

11) Memori

Pemeriksaan status mental dapat memberikan saringan yang cepat terhadap masalah-masalah memori yang potensial tetapi bukan merupakan jawaban definitif apakah terdapat kerusakan yang spesifik. Pengkajian neurologis diperlukan untuk menguraikan sifat dan keparahan kerusakan memori. Memori didefinisikan sebagai kemampuan untuk mengingat pengalaman lalu.

12) Tingkat Konsentrasi Dan Kalkulasi

Konsentrasi adalah kemampuan klien untuk memperhatikan selama jalannya wawancara. Kalkulasi adalah kemampuan klien untuk mengerjakan hitungan sederhana.

13) Penilaian

Penilaian melibatkan pembuatan keputusan yang konstruktif dan adaptif termasuk kemampuan untuk mengerti fakta dan menarik kesimpulan dari hubungan.

2. Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas khusus yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Salah satu intervensi keperawatan yang akan diberikan untuk klien dengan masalah keperawatan isolasi sosial yaitu terapi SST yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Berikut perencanaan klien isolasi sosial yang terdapat pada tabel di bawah ini:

Tabel 2. 1

Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Isolasi Sosial

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3
<p>Isolasi sosial : Menarik diri (D.0121)</p> <p>Definisi : ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain.</p> <p>Tanda dan gejala : Gejala dan Tanda Mayor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa ingin sendirian 2. Merasa tidak aman di tempat umum <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menarik diri 2. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan. 	<p>Keterlibatan sosial (L.13115)</p> <p>Definisi : Kemampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan independen dengan orang lain.</p> <p>Ekspektasi : Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi meningkat (5) 2. Verbalisasi isolasi menurun (5) 3. Verbalisasi ketidakamanan (5) 4. ditempat umum menurun (5) 5. Perilaku menarik diri menurun (5) 	<p>Terapi aktivitas (I.05186)</p> <p>Definisi : Terapi aktivitas adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat dalam menggunakan aktivitas fisik, kognitif, sosial, dan spiritual tertentu untuk memulihkan keterlibatan, frekuensi, atau durasi aktivitas individu atau kelompok.</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit aktivitas. 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. 3. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas. 4. Monitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami. 2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas. 3. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis dan social. 4. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia

1	2	3
<p>Gejala dan Tanda minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa berbeda dengan orang lain 2. Merasa asyik dengan pikiran sendiri 3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afek datar 2. Afek sedih 3. Riwayat ditolak 4. Menunjukkan permusuhan 5. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain 6. Kondisi difabel 7. Tindakan tidak berarti 8. Tidak ada kontak mata 9. Perkembangan terlambat 10. Tidak bergairah/lesu 		<ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih. 6. Libatkan dalam permainannya kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur dan aktif. 7. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan 8. Fasilitasi mengembangkan motivasi penguatan diri Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari 9. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari 2. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi Kesehatan 3. Anjurkan terlibat dalam terapi.(Terapi <i>Social Skill Training</i>) <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas.</p>

Berikut ini merupakan literatur pendukung berdasarkan jurnal penelitian mengenai tindakan terapi SST :

- a. Menurut penelitian Qarimah..., Siti Nurafifahm. (2023), bahwa social skill training berpengaruh dalam meningkatkan kemampuan interaksi sosial pada pasien isolasi sosial, hal ini dikarenakan social skill training mengajarkan pasien untuk meningkatkan kemampuan berkomunikasi dan keterampilan sosial bagi seseorang yang mengalami kesulitan dalam berinteraksi meliputi keterampilan meberikan pujian, mengeluh karena tidak setuju, menolak permintaan orang lain, tukarmenukar pengalaman, menuntut hak pribadi, memberi saran pada orang ain, pemecahan masalah yang dihadapi dan bekerjasama dengan orang lain.
 - b. Menurut penelitian Rahayu (2022), bahwa Terapi generalis SST terbukti menurunkan gejala klien dengan isolasi sosial serta meningkatkan kemampuan klien. Hasil yang didapatkan setelah diberikan terapi SST terjadi penurunan tanda dan gejala dari semua aspek penilaian terhadap stressor yaitu kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial.
 - c. Menurut Ita Sulistiani (2024), penggunaan terapi spesialis khususnya SST merupakan salah satu terapi yang efektif pada penderita skizofrenia untuk meningkatkan keterampilan sosialnya dalam bersosialisasi dan berinteraksi dengan orang lain maupun lingkungannya.
3. Evaluasi
- Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada klien. Evaluasi ini bertujuan untuk melihat perubahan tanda dan gejala isolasi sosial serta kemampuan dalam berinteraksi dengan orang lain setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu penerapan terapi *Social Skill Training* (SST).