

**UPAYA MENINGKATKAN SOSIALISASI PADA KLIEN
MENARIK DIRI DI RSJD ARIF ZAINUDIN SURAKARTA**



PUBLIKASI ILMIAH

**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III
pada jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh:

DESI WAHYU AMBARWATI

J 200 130 061

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA MENINGKATKAN SOSIALISASI PADA KLIEN MENARIK DIRI
DI RSJD ARIF ZAINUDIN SURAKARTA**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh:

DESI WAHYU AMBARWATI

J 200 130 061

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing:



Arif Widodo, A.Kep., M.Kes

NIK.630

HALAMAN PENGESAHAN

UPAYA MENINGKATKAN SOSIALISASI PADA KLIEN MENARIK DIRI
DI RSJD ARIF ZAINUDIN SURAKARTA

OLEH

DESI WAHYU AMBARWATI

J 200 130 061

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
pada hari Senin, 25 Juli 2016
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Arif Widodo, A.Kep., M.Kes
(Ketua Dewan Penguji)



2. Arum Pratiwi, S.Kp., M.Kes
(Anggota Dewan Penguji)



Dekan,



[Signature]
Dr. Suwan, M.Kes

NIP. 195341231983051002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 11 Juni 2016

Penulis



DESI WAHYU AMBARWATI

J200130061

UPAYA MENINGKATKAN SOSIALISASI PADA KLIEN MENARIK DIRI DI RSJD ARIF ZAINUDIN SURAKARTA

Desi Wahyu Ambarwati, Arif Widodo
Program DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Jl. Ahmad Yani, Tromol Pos 1, Pabelan Kartasura
Email: desywahyuambarwati@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2009, sekitar 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental. Gangguan jiwa adalah keadaan yang mengganggu dalam proses hidup di masyarakat akibat adanya gangguan mental yang meliputi emosi, pikiran, perilaku, perasaan, motivasi, kemauan, keinginan, daya tilik diri, dan persepsi. Salah satu bentuk gangguan kejiwaan yang memiliki tingkat keparahan yang tinggi adalah skizofrenia. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan ketidakmampuan atau penurunan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif serta kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari. Gejala negatif pada skizofrenia menyebabkan klien mengalami gangguan fungsi sosial yaitu isolasi sosial. Isolasi sosial adalah suatu gangguan interpersonal yang menyebabkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi sosial seseorang sebagai akibat dari kepribadian yang tidak fleksibel. Isolasi sosial merupakan salah satu gejala negatif pada skizofrenia yang digunakan oleh klien untuk menghindar dari orang lain agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang lagi.

Tujuan: Agar dapat mengetahui peningkatan sosialisasi pada klien isolasi sosial: menarik diri setelah dilakukan komunikasi terapeutik dalam keperawatan.

Metode: Penulis menggunakan metode diskriptif dengan studi kasus selama 3x24 jam di RSJD Arif Zainudin Surakarta.

Hasil: Klien mampu mengetahui upaya peningkatan sosialisasi pada klien isolasi sosial: menarik diri setelah dilakukan komunikasi terapeutik dalam keperawatan.

Kesimpulan: Kerjasama antara klien, keluarga, dan tenaga kesehatan sangat penting untuk keberhasilan suatu proses keperawatan.

Kata Kunci: Isolasi sosial, Menarik diri

EFFORTS TO IMPROVE DISSEMINATION TO CLIENTS PULL AWAY IN RSJD ARIF Zainudin SURAKARTA

Desi Wahyu Ambarwati, Arif Widodo
Study Program DIII of Nursing Faculty of Health Sciences
University of Muhammadiyah Surakarta
Jl. Ahmad Yani, Tromol Pos 1, Pabelan Kartasura
Email: desywahyuambarwati@gmail.com

Abstrack

Background: According to the World Health Organization (WHO) in 2009, approximately 450 million people worldwide had a mental disorder. Mental disorders are circumstances that interfere in the process of living in the community due to their mental disorder that includes emotions, thoughts, behaviors, feelings, motivation, willingness, desire, power teller himself, and perception. One form of psychiatric disorders that have a high severity is schizophrenia. Schizophrenia is a severe mental disorder characterized by an inability to communicate or decline, impaired reality (hallucinations and delusions), unnatural or blunt affective, cognitive impairment and difficulty performing daily activities. Negative symptoms in schizophrenia causes the client impaired social function, namely social isolation. Social isolation is a disorder that causes the behavior maladptif interpersonal and social functioning disrupt a person as a result of an inflexible personality . Social isolation is one of the negative symptoms in schizophrenia are used by clients to shy away from other people so that unpleasant experiences in dealing with other people does not happen again.

Objective: In order to determine the increase socialization in patients with social isolation: withdrawal after therapeutic communication in nursing.

Methods: The author uses descriptive method with case studies for 3x24 hours in RSJD Arif Zainudin Surakarta.

Result: The client is able to determine the patient's efforts to increase socialization in social isolation: withdrawal after therapeutic communication in nursing.

Conclusion: The cooperation between client, family, and health personnel is critical to the success of a nursing care.

Keywords: Social isolation, Withdrew

1. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi kehidupan manusia. Menurut UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, kesehatan merupakan kondisi seseorang yang sehat secara fisik, mental, spiritual, dan sosial yang memungkinkan seseorang dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan jiwa merupakan berbagai karakteristik positif yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya yang digambarkan dengan keselarasan dan kesinambungan (Kusumawati & Hartono, 2010). Gangguan jiwa adalah keadaan yang mengganggu dalam proses hidup di masyarakat akibat adanya gangguan mental yang meliputi emosi, pikiran, perilaku, perasaan, motivasi, kemauan, keinginan, daya tilik diri, dan persepsi (Nasir & Muhith, 2011).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2009, sekitar 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental, 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu. Prevalensi gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. Gangguan jiwa juga berhubungan dengan bunuh diri, lebih dari 90% dari satu juta kasus bunuh diri setiap tahunnya disebabkan karena gangguan jiwa. Gangguan jiwa dapat terjadi di semua negara, tidak memandang jenis kelamin, usia, materi, maupun tempat tinggal.

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di Yogyakarta dan Aceh 2,7 per mil, dan Jawa Tengah 2,3 per mil. Proporsi *Rumah Tangga* (RT) yang pernah memasung *Anggota Rumah Tangga* (ART) gangguan jiwa berat 14,3% dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di pedesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0 persen. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, DI Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur (Kemenkes, 2013).

Data Medical Record Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Arif Zainudin Surakarta dari tahun 2012 sampai 2014 menunjukkan jumlah pasien skizofrenia mengalami peningkatan. Jumlah pasien skizofrenia yang dirawat inap tahun 2012 sebanyak 2.230 orang, tahun 2013 meningkat mejadi 2.569 orang, sedangkan tahun 2014 sebanyak 2.364 orang

Salah satu bentuk gangguan kejiwaan yang memiliki tingkat keparahan yang tinggi adalah skizofrenia. Keliat (2011) menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan ketidakmampuan atau penurunan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif serta kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari. Terdapat tanda dan gejala skizofrenia yaitu positif dan negatif. Gejala positif atau gejala nyata terdiri dari waham yaitu keyakinan yang keliru yang tetap dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang, halusinasi yaitu gangguan penerimaan pancaindra (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, penciuman, dan perabaan) tanpa ada stimulus eksternal, perubahan arus pikir dan perubahan perilaku. Gejala negatif atau gejala samar (defisit perilaku) meliputi apatis atau sikap masa bodoh, blocking atau pembicaraan berhenti secara tiba-tiba, isolasi sosial atau menarik diri dari pergaulan sosial, dan menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari. Gejala negatif pada skizofrenia menyebabkan klien mengalami gangguan fungsi sosial menarik diri.

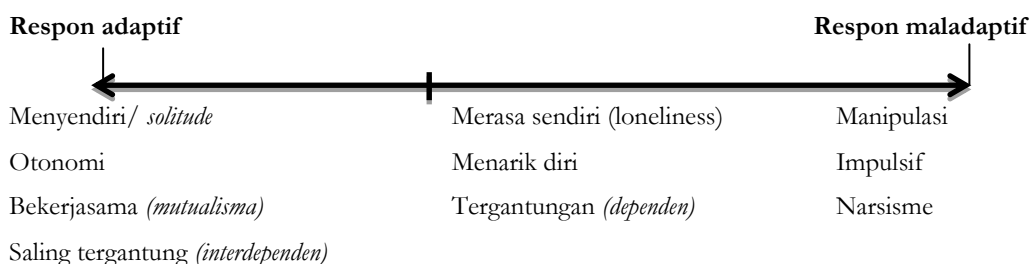
Isolasi sosial adalah suatu gangguan interpersonal yang menyebabkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi sosial seseorang sebagai akibat dari kepribadian yang tidak fleksibel (Afnuhazi, 2015). Klien kesulitan berhubungan interpersonal secara spontan yang dimanifestasikan dengan klien mengalami isolasi diri, tidak ada perhatian dan tidak sanggup berbagi pengalaman (Dermawan & Rusdi, 2013).

Pathopsikologi pada klien isolasi sosial: menarik diri adalah disebabkan karena klien menilai dirinya rendah, sehingga perasaan malu timbul saat akan berinteraksi dengan orang lain. Apabila tidak dilakukan intervensi lebih lanjut akan menyebabkan perubahan persepsi sensori :halusinasi dan resiko mencederai diri, orang lain, bahkan lingkungan. Perilaku menutup diri dari orang lain juga dapat menyebabkan intoleransi aktifitas yang bisa mempengaruhi pada ketidakmampuan untuk melakukan perawatan mandiri. Klien yang memiliki harga diri rendah awalnya disebabkan karena ketidakmampuan menyelesaikan masalah, sehingga klien akan berperilaku tidak normal (koping individu tidak efektif). Peran keluarga besar pengaruhnya mendorong klien dalam menyelesaikan masalah. Apabila sistem pendukungnya tidak baik (koping keluarga tidak efektif) akan mendukung terjadinya harga diri rendah (Direja, 2011).

Rentang respon menurut Dermawan & Rusdi (2013) pada klien isolasi sosial menarik diri terdapat respon adaptif, aseptif, dan maladaptif. Rentang respon adaptif merupakan respon

seseorang dalam penyelesaian masalah yang masih dapat diterima dalam norma sosial dan budaya yang berlaku. Respon maladaptif merupakan respon seseorang dalam menyelesaikan suatu masalah yang menyimpang dari norma sosial dan budaya lingkungan sekitar. Penulis menggunakan rentang respon dalam penulisan karya tulis ini untuk menentukan rencana tindakan yang tepat sesuai dengan keadaan klien.

Gambar 1. Rentang Respon Sosial



Sumber: Dermawan & Rusdi (2013)

Isolasi sosial merupakan salah satu gejala negatif pada skizofrenia yang digunakan oleh klien untuk menghindari dari orang lain agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang lagi. Berdasarkan data diatas perawat juga bertanggung jawab atas permasalahan tersebut. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada klien isolasi sosial adalah dengan meningkatkan upaya sosialisasi klien dengan orang lain. Upaya yang bisa dilakukan yaitu dengan memberikan pengertian kepada klien kerugian tidak berinteraksi dan keuntungan berinteraksi dengan orang lain serta mengajarkan klien berkenalan dengan orang lain yang bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi klien dengan orang lain. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik mengangkat masalah isolasi sosial: menarik diri menjadi masalah utama dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.

Penulisan Karya Tulis ini memiliki tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah penulis mampu melakukan upaya meningkatkan sosialisasi pada klien isolasi sosial: menarik diri di RSJD dr.Arif Zainudin Surakarta. Sedangkan tujuan khususnya adalah agar penulis mampu melakukan pengkajian pada klien isolasi sosial: menarik diri, mampu menganalisa masalah pada klien isolasi sosial: menarik diri, mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien isolasi sosial: menarik diri, penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial: menarik diri, penulis mampu mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial: menarik diri, dan penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial: menarik diri.

2. METODE

Metode ilmiah yang digunakan penulis adalah metode deskriptif dengan study kasus. Pengambilan kasus dilakukan pada salah satu klien yaitu Tn.J di bangsal Abimanyu selama tiga hari yaitu dari tanggal 29 Maret 2016 sampai 31 Maret 2016. Proses keperawatan dilakukan secara sistematis yaitu diawali dengan pengkajian data, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Ambarwati & Nasution, 2012). Penulis melakukan pengkajian dengan cara wawancara dan observasi langsung dengan klien. Saat wawancara penulis bersikap tenang dan penuh perhatian terhadap klien dan membiarkan klien mengungkapkan apa yang ingin dikatakan. Penulis juga memberikan pertanyaan klarifikasi guna menghindari penarikan kesimpulan terhadap komunikasi yang tidak jelas. Penulis berkolaborasi dengan perawat administrator dalam pemberian asuhan keperawatan (O'Brien.dkk, 2014). Penulis melakukan pendekatan interpersonal dengan salah satu klien yang mengalami isolasi sosial: menarik diri di RSJD dr.Arif Zainudin Surakarta yaitu dengan membina hubungan saling percaya, mendiskusikan penyebab klien menarik diri, mendiskusikan keuntungan bersosialisasi dengan orang lain dan kerugian tidak bersosialisasi dengan orang lain (Keliat. dkk, 2011). Setelah didapatkan data tentang penyebab klien menarik diri dan klien dapat mengungkapkan keuntungan bersosialisasi dan kerugian tidak bersosialisasi langkah selanjutnya yang dilakukan penulis adalah dengan mengajarkan cara melakukan sosialisasi secara bertahap (Yosep, 2007).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama yang prosesnya sistematis dan dalam pengumpulan datanya dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Muhith, 2015). Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. J tanggal 28 maret 2016 didapatkan data bahwa alasan masuk klien dibawa ke RS adalah Klien mengatakan dibawa ke RSJD Surakarta karena dirinya jelek dan sering mengurung diri memikirkan bapaknya yang sudah meninggal dan ibunya yang sering sakit-sakitan. Klien merasa khawatir dengan keadaan ibunya. Klien juga pernah mengambil barang ditoko orang yang menyebabkan dipukuli oleh banyak orang. Sejak saat itu klien merasa takut dan minder bertemu orang lain. Data tersebut sesuai dengan teori menurut Dermawan & Rusdi (2013) bahwa salah satu respon maladaptif adalah menarik diri yaitu klien mengalami kesulitan berhubungan dengan orang lain secara terbuka.

Faktor predisposisi yang didapat, klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena klien jarang minum obat dan tidak mau kontrol. Klien pernah mengalami aniaya fisik yaitu dipukuli orang-orang yang sedang voly saat klien mengambil barang di toko orang. Klien mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu klien dipecat dari pekerjaannya saat kerja di Jakarta, dan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa. Sedangkan menurut Kusumawati & Hartono (2010) faktor predisposisi sangat berkaitan dengan keturunan, endokrin, metabolisme, susunan saraf pusat, dan kelemahan ego. Faktor predisposisinya tidak sesuai dengan teori karena data yang ditemukan menunjukkan bahwa faktor predisposisinya lebih dipengaruhi oleh faktor diri sendiri dan lingkungan. Berdasarkan penelitian Bartlett. dkk (2013) salah satu faktor yang sangat mempengaruhi isolasi sosial adalah kesepian dan kemiskinan. Faktor tersebut juga ditemukan pada klien, dimana klien juga hanya tinggal sendiri dirumah dan keadaan ekonominya juga kurang.

Berdasarkan penelitian menurut Wakhid (2013) dijelaskan bahwa faktor predisposisi biologis terbanyak yaitu riwayat genetik dengan data sebanyak 12 klien (66,7%). Apabila salah satu orang tua menderita gangguan jiwa, keturunannya memiliki resiko 10%, dan jika kedua orang tua memiliki riwayat gangguan jiwa resiko sebesar 40%. Data tersebut menunjukkan bahwa faktor genetik merupakan faktor yang lebih besar pengaruhnya daripada dengan faktor predisposisi lainnya seperti trauma fisik, riwayat napza, ataupun riwayat gangguan jiwa sebelumnya. Riwayat kegagalan/kehilangan diperoleh data sejumlah (77,8%), dan faktor sosial kultural yang sosial ekonomi rendah sejumlah 11 klien (61,1%).

Berdasarkan penelitian Wakhid (2013) yang melibatkan 18 responden dijelaskan bahwa sebagian besar klien pada usia 25-65 tahun atau pada masa dewasa yaitu 13 klien (72.2%) dan usia 18-24 tahun sebanyak 5 klien (27,8%) dan berjenis kelamin laki-laki (100%). Pendidikan klien mayoritas sekolah menengah (SMP-SMA) yaitu 11 klien (61,1%) dan Perguruan Tinggi 7 klien (38,9%), 50% memiliki pekerjaan, 12 klien (66,7%) sudah menikah dan 10 klien (55,6%) biaya perawatan ditanggung oleh Jamkesmas. Data tersebut menunjukkan usia yang paling rentan mengalami gangguan isolasi sosial adalah usia 25-65 tahun (masa dewasa), jenis kelamin mayoritas laki-laki, sebagian besar latar pendidikannya SMP-SMA, mayoritas sudah menikah, dan sebagian besar dirawat dengan jamkesmas.

Faktor presipitasi didapatkan data bahwa kejadian terakhir yang menyebabkan klien kambuh kembali adalah saat ibunya mulai sering sakit-sakitan. Klien sangat mengkhawatirkan ibunya yang sudah tua. Data tersebut menunjukkan bahwa penyebabnya adalah faktor internal dimana klien mengalami stress psikologis akibat ansietas berkepanjangan dan terjadi bersamaan dengan keterbatasan individu untuk mengatasinya (Fitria, 2009).

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 84x/menit, Respirasi 20x/menit, suhu 36,7°C. Hasil pengukuran didapatkan tinggi badan 165 cm dan berat badan 55 kg. Klien tidak mengalami keluhan fisik. Data tersebut menunjukkan bahwa klien tidak mengalami kelainan fisik.

Data psikososial didapatkan genogram yang menunjukkan bahwa klien merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Keluarga klien tidak ada yang menderita gangguan jiwa. Teori isolasi sosial menurut Kusumawati & Hartono (2010) dalam segi keturunan biasanya apabila orang tua menderita skizofrenia maka kemungkinan salah satu anaknya 7-16% menderita skizofrenia pada kenyataannya data yang ditemukan pada klien tidak sesuai dengan teori. Orang tua klien tidak menderita skizofrenia.

Konsep diri klien didapatkan gambaran diri klien mengatakan dirinya jelek, bagian tubuh yang tidak disukainya adalah gigi dan yang paling disukai adalah tangan. Data tersebut menunjukkan adanya masalah harga diri rendah pada klien. Data tersebut menunjukkan bahwa adanya persepsi negatif terhadap fisiknya. Klien mempersepsikan bahwa dirinya mengalami kekurangan dalam menjaga integritas tubuhnya sehingga saat berhubungan dengan lingkungan sosial merasa struktur tubuhnya ada yang kurang (Muhith, 2015). Kegagalan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain merupakan akibat dari pikiran negatif dan pengalaman yang tidak menyenangkan (Nyumirah, 2013). Identitas diri didapatkan data bahwa klien belum menikah, klien berjenis kelamin laki-laki, dan berumur 46 tahun. Peran diri didapatkan data bahwa dalam keluarga klien berperan sebagai anak, dalam kehidupan sehari-hari klien bekerja sebagai petani. Harga diri didapatkan data bahwa klien mengatakan merasa malu dan minder dengan keadaannya sekarang karena masyarakat menganggapnya gangguan jiwa. Data tersebut menunjukkan bahwa klien mengalami masalah keperawatan harga diri rendah. Menurut Afnuhazi (2015) tanda dan gejala klien harga diri rendah adalah klien merasa malu sehingga klien memiliki perasaan negatif terhadap diri sendiri. Data tersebut juga menunjukkan bahwa harga diri rendah merupakan penyebab terjadinya isolasi sosial menarik diri. Ideal diri didapatkan data bahwa klien mengatakan ingin cepat pulang, ingin cepat sembuh, dan ingin bertemu ibunya.

Hubungan sosial klien didapatkan data bahwa orang yang paling berarti bagi klien adalah ibunya. Klien sangat menyayangi ibunya. Klien mengatakan sering kasihan melihat ibunya yang selalu kerja keras. Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat adalah klien mengatakan dulu sering mengikuti gotong royong tetapi semenjak dipukuli oleh banyak orang klien merasa takut dan minder bertemu dan berkumpul banyak orang. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain klien mengatakan jarang berhubungan dengan orang lain karena klien merasa malu dan minder sehingga klien lebih sering berdiam diri dirumah. Data tersebut sesuai dengan teori menurut Kusumawati & Hartono (2010) bahwa dalam hubungan sosial klien akan cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, klien akan sering melamun, dan berdiam diri.

Nilai dan keyakinan klien didapatkan data bahwa klien mengatakan beragama islam, gangguan jiwa menurut klien adalah cobaan dari tuhan yang harus dihadapi. Sekarang klien ingin lebih tekun menjalankan ibadah. Kegiatan ibadah didapatkan data bahwa klien mengatakan dulu jarang ibadah, namun klien sekarang mulai rajin sholat walaupun kadang juga masih meninggalkan sholat. Sedangkan teori menurut Kusumawati & Hartono (2010) klien isolasi sosial akan mengalami penurunan aktivitas spiritual seiring dengan kemunduran kemauan.

Status mental klien didapatkan beberapa data diantaranya: Penampilan klien kurang rapi, rambut acak-acakan, giginya terlihat kuning. Menurut Kusumawati & Hartono (2010) penampilan yang seharusnya didapatkan pada klien sebagai manifestasi kemunduran kemauan pasien adalah klien tampak lesu, tampak tak bergairah, rambut acak-acakan, resleting tak terkunci, kancing baju tidak tepat, baju tak diganti, baju terbalik. Pembicaraan klien lambat, apabila klien tidak ditanya klien tidak mau memulai pembicaraan dan jawaban klien saat ditanya hanya dijawab secara singkat, kontak mata kurang dan sambil menunduk. Data tersebut sesuai dengan teori menurut Kusumawati & Hartono (2010) yaitu nada suara klien rendah, bicara lambat, bicara kurang, dan apatis. Aktivitas motorik klien merasa lesu dan mudah capek, klien selalu sendiri tidak berkumpul dengan teman-temannya. Berdasarkan teori menurut Kusumawati & Hartono (2010) data yang seharusnya didapat adalah klien akan cenderung mempertahankan pada posisi yang dibuatnya sendiri (katalepsia), dan kegiatan klien tidak

bervariatif. Alam perasaan klien diperoleh data bahwa klien mengatakan selalu mengkhawatirkan ibunya. Afek klien tumpul, klien hanya bereaksi saat ada stimulus terlebih dahulu. Klien mau menjawab pertanyaan kalau ditanya terlebih dahulu dan menjawab pertanyaan secara singkat. Interaksi selama wawancara kontak mata kurang, klien sering mengalihkan pandangan saat berinteraksi dengan orang lain dan lebih sering menunduk. Data yang ditemukan sesuai dengan teori menurut Kusumawati & Hartono (2010) adalah klien cenderung tidak kooperatif, kontak mata klien kurang, tidak mau menatap lawan bicara, dan cenderung diam.

Persepsi klien didapatkan data bahwa klien mengatakan saat dirumah sering bicara ngelantur, sering menyendiri, dan sering melamun. Data tersebut menunjukkan bahwa klien mengalami halusinasi fase pertama dimana karakteristiknya klien mengalami stress, merasa bersalah, cemas, merasa terjadi perpisahan, kesepian yang memuncak dan tidak dapat diselesaikan (Kusumawati & Hartono, 2010). Halusinasi bisa muncul karena sebagai akibat dari isolasi sosial. Proses pikir klien didapatkan data bahwa klien terlihat tidak fokus pada pembicaraan dan kadang pembicaraan klien tidak sesuai dengan apa yang sedang dibicarakan. Isi pikir klien didapatkan data bahwa klien fobia, ketakutan akibat kejadian aniaya fisik yang pernah dialami klien. Klien mengalami waham curiga, klien memiliki keyakinan bahwa ada orang yang akan mencederainya. Tingkat kesadaran klien adalah klien sadar, klien mampu menyebutkan waktu dengan benar tapi orientasi tempat salah. Klien mengalami gangguan daya ingat jangka panjang dengan dibuktikan klien tidak mampu menceritakan kejadian satu bulan yang lalu. Untuk memori jangka pendek, klien mampu menceritakan kejadian dua hari yang lalu. Klien tidak dapat berkonsentrasi penuh saat diajak berinteraksi, klien sering meninggalkan pembicaraan dan mengalihkan pembicaraan. Klien mampu menghitung pertanyaan yang diberikan perawat.

Mekanisme koping yang digunakan adalah mekanisme maladaptif, klien lebih memilih menyendiri dan tidak mau menceritakan masalahnya kepada orang lain, klien lebih suka memendam masalahnya sendiri. Teori menurut Afnuhazi (2015) juga menyebutkan bahwa jika klien mendapatkan masalah, klien takut dan tidak pernah mau menceritakan masalahnya kepada orang lain (klien akan lebih sering menggunakan koping menarik diri). Data tersebut sesuai dengan teori menurut Direja (2011) dimana mekanisme maladaptif merupakan mekanisme yang digunakan klien isolasi sosial: menarik diri.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan masalah keperawatan yang terdiri dari cakupan respon sehat adaptif atau maladaptif dan stressor yang menunjang (Kusumawati & Hartono, 2010). Menurut Direja (2011) masalah keperawatan yang mungkin muncul adalah isolasi sosial, harga diri rendah kronis, perubahan persepsi sensori: halusinasi, koping individu tidak efektif, koping keluarga tidak efektif, intoleransi aktivitas, defisit perawatan diri, dan resiko mencederai diri, orang lain, dan lingkungan.

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 28 Maret 2016 didapatkan data fokus yaitu subyektif dan data obyektif untuk menegakkan diagnosa. Data yang diperoleh adalah data *Subyektif*: Klien mengatakan jarang berhubungan dengan orang lain karena klien merasa malu dan minder sehingga klien lebih sering berdiam diri dirumah. Klien mengatakan merasa lesu dan mudah capek, klien selalu sendiri tidak berkumpul dengan teman-temannya. Klien mengatakan dulu waktu dirumah sering bicara ngelantur, sering menyendiri, dan melamun. Klien mengatakan lebih memilih menyendiri dan tidak mau menceritakan masalahnya kepada orang lain. Klien lebih suka memendam masalahnya sendiri. Data *Obyektif* yang didapat adalah cara bicara klien lambat, klien tidak mau memulai pembicaraan, afek klien tumpul, kontak mata kurang, klien tampak mengalihkan pandangan saat berinteraksi dengan orang lain, klien lebih sering menunduk. Berdasarkan data tersebut penulis menegakkan diagnosa isolasi sosial: menarik diri. Terdapat beberapa data yang terdapat dalam teori tetapi tidak didapat pada klien yaitu menurut teori Fitria N (2009) data subyektif juga dapat diperoleh dari keluarga yang mengetahui keterbatasan klien misalnya istri, ibu, ayah, maupun teman, tetapi saat melakukan pengkajian penulis tidak bertemu dengan keluarga karena klien tidak pernah dijemuk keluarganya. Sedangkan untuk data obyektif yang tidak ditemukan tetapi terdapat dalam teori adalah asupan makanan dan minuman terganggu, retensi urin dan feses. Data tersebut tidak

ditemukan karena klien selama di RS selalu makan dan minum sesuai dengan jadwal yang ada di RS.

c. **Intervensi Keperawatan**

Setelah dilakukan pengkajian dan penegakan diagnosa maka langkah selanjutnya adalah merencanakan tindakan keperawatan atau yang disebut dengan intervensi keperawatan. Rencana tindakan keperawatan dibuat perawat untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan lain (Muhith, 2015). Tujuan dari rencana tindakan adalah agar klien mampu meningkatkan upaya sosialisasi dalam berinteraksi dengan orang lain. Tujuan lainnya adalah agar klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal perasaan yang menyebabkan perilaku menarik diri, klien dapat mengetahui keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap, klien mendapat dukungan keluarga dalam berhubungan dengan orang lain (Muhith, 2015). Sedangkan rencana tindakan menurut Dermawan & Rusdi (2013) yaitu dengan pendekatan strategi pelaksanaan untuk pasien dan keluarga. *Strategi pelaksanaan* (SP) untuk pasien terdiri dari tiga SP.

Rencana tindakan untuk SP 1 antara lain: bina hubungan saling percaya, bantu klien mengenal penyebab isolasi sosial, bantu klien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, ajarkan klien cara berkenalan, masukkan ke jadwal harian klien. Rencana tindakan untuk SP 2 antara lain: ajarkan klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama-seorang perawat), masukkan ke jadwal harian klien. Rencana tindakan untuk SP 3 antara lain: latih klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua-seorang klien), masukkan ke jadwal harian klien. Sedangkan strategi pelaksanaan untuk keluarga juga terdapat tiga SP. Rencana tindakan untuk SP 1 keluarga adalah berikan penyuluhan kepada keluarga tentang masalah isolasi sosial, penyebab isolasi sosial dan cara merawat klien dengan isolasi sosial. Rencana tindakan untuk SP 2 adalah latih keluarga mempraktekkan cara merawat Klien dengan masalah isolasi sosial langsung dihadapan klien. Rencana tindakan untuk SP 3 adalah buat perencanaan pulang bersama keluarga. Intervensi yang dibuat penulis sesuai dengan teori isolasi sosial menurut (Dermawan & Rusdi, 2013) yang dijelaskan diatas.

d. **Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah melaksanakan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Pada kasus ini penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat. Terdapat beberapa tindakan yang tidak dilakukan. Tindakan pertama yang dilakukan penulis adalah dengan menerapkan SP 1 yang dilaksanakan pada tanggal 29 Maret 2016 pukul 10.00 WIB yaitu membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal penyebab isolasi sosial: menarik diri, membantu klien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, mengajarkan klien cara berkenalan, dan memasukkan kejadwal harian klien. Berdasarkan tindakan tersebut penulis mendapatkan data bahwa klien mau berbicara dengan penulis. Data tersebut menunjukkan bahwa *Bina Hubungan Saling Percaya* (BHSP) tercapai. Data kedua yang didapat adalah klien merasa jelek dan malu berinteraksi dengan orang lain. Data ini menunjukkan salah satu tanda-tanda isolasi sosial. Data ketiga yang didapat adalah klien mau diajari berkenalan dengan orang lain dan mau mempraktekkan dengan teman penulis (perawat) besok pada pukul 10.00. Dari data-data tersebut dapat disimpulkan bahwa SP 1 dapat dilaksanakan dengan baik.

Tindakan selanjutnya yang dilakukan penulis adalah dengan menerapkan SP 2 yang dilaksanakan pada tanggal 30 Maret 2016 pukul 10.00 WIB yaitu dengan mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama-seorang perawat). Sesuai dengan jadwal yang telah dibuat, klien mau berkenalan dengan perawat. Klien memasukkan kejadwal hariannya bahwa akan berkenalan dengan perawat lain pada pukul 16.00 WIB. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa SP 2 dapat dilaksanakan dengan baik.

Tindakan selanjutnya dilakukan pada tanggal 31 Maret 2016 pukul 10.00 WIB sesuai dengan kontrak hari sebelumnya klien akan berkenalan dengan klien lain. Penulis menerapkan SP 3 pada tahap ini yaitu dengan melatih klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua – seorang klien) dan memasukkan ke jadwal harian untuk terus berkenalan dengan klien lain dan menganjurkan untuk bercakap-cakap tentang kehidupan klien atau saling bertukar pikiran. Berdasarkan tindakan tersebut didapatkan data bahwa klien sudah bisa berkenalan dengan orang lain, klien terlihat lebih percaya diri dan mau berkumpul dengan klien

lain. Berdasarkan tindakan yang telah dilakukan terdapat kelebihan dan kekurangan. Terdapat beberapa intervensi yang tidak dilakukan penulis yaitu pada intervensi yang direncanakan untuk keluarga (SP1-SP3 keluarga). Penulis tidak melaksanakan intervensi tersebut karena dari pihak keluarga klien tidak pernah menjenguk akibat keterbatasan ekonomi.

Menurut penelitian Wakhid (2013) pelaksanaan terapi latihan ketrampilan sosial dapat dilakukan dengan pendekatan interpersonal. Model interpersonal dapat dilakukan dengan efektif yaitu tahap orientasi yang diawali dengan membina hubungan saling percaya antara perawat dan klien yang belum saling kenal dan perawat merupakan orang asing bagi klien. Tahap selanjutnya yaitu identifikasi yang dilakukan oleh perawat dengan melakukan pengkajian terhadap masalah yang muncul pada klien secara mendalam. Pada tahap ini perawat dapat menggali permasalahan yang klien alami karena hubungan perawat dan klien sudah terbina dengan baik. Setelah didapatkan beberapa data, perawat dan klien menentukan tujuan secara bersama untuk membantu mengatasi masalah yang disebut tahap eksploitasi. Pada tahap eksploitasi perawat melatih klien melalui terapi latihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan hubungan sosial klien. Tahap eksploitasi dilakukan sampai klien benar-benar menguasai baik secara kognitif maupun psikomotor untuk tiap-tiap sesi latihan terapi. Setelah klien mampu menguasai terapi yang dilatihkan perawat, selanjutnya perawat mengidentifikasi kembali kemampuan klien dalam melaksanakan kemampuan yang telah dilatihkan. Tahap akhir yaitu tahap resolusi perawat membantu klien mempersiapkan melepaskan dari ketergantungan terhadap perawat dalam melakukan hubungan sosial dengan lingkungan sekitarnya.

Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Berhimpong.dkk (2016) bahwa hasil analisis dengan menggunakan uji Wilcoxon Signed Rank menyatakan bahwa nilai signifikansi adalah 0,000 atau lebih kecil dari nilai signifikansi 0,05 ($0,000 < 0,005$). Berdasarkan nilai tersebut maka dapat diambil kesimpulan bahwa H_0 ditolak atau terdapat pengaruh penerapan latihan sosialisasi terhadap kemampuan berinteraksi klien isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. V. L. Ratumbuang Manado.

Hasil penelitian sesuai dengan penelitian Pribadi (2012), bedanya penulis melakukan penelitian pada salah satu klien saja dan menggunakan terapi individu dengan melakukan pendekatan interpersonal. Sedangkan penelitian Pribadi (2012) dilakukan pada 34 responden yang didapatkan hasil: Sesi 1: responden yang tidak mengalami peningkatan komunikasi verbal sebanyak 19 orang (55.9%) yang memiliki nilai tetap sehingga tidak mengalami peningkatan ataupun penurunan dalam kemampuan komunikasi verbalnya. Sesi 2: terjadi peningkatan komunikasi verbal sebanyak 24 orang (70,6%). Sesi 3: kemampuan bertanya mayoritas responden terjadi peningkatan dalam komunikasi verbal yaitu sebanyak 22 orang (64.7%), sebagian besar responden mengalami peningkatan dalam komunikasi verbalnya dan untuk kemampuan menjawab mayoritas responden mengalami peningkatan dalam komunikasi verbal yaitu sebanyak 24 orang (70.6%).

Berdasarkan hasil penelitian penulis yang telah dibandingkan dengan hasil penelitian Pribadi (2012) dapat disimpulkan bahwa penerapan komunikasi terapeutik pada klien isolasi sosial: menarik diri sangat berpengaruh dalam meningkatkan upaya meningkatkan sosialisasi pada klien. Penulis selalu menganjurkan klien untuk terus menerapkan komunikasi terapeutik yang telah dipelajari dengan motivasi agar klien bisa cepat pulang.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang berkelanjutan dan dilakukan secara terus-menerus. Evaluasi dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat selesai melakukan tindakan sedangkan evaluasi hasil (sumatif) dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP yaitu S: respon subyektif, O: respon obyektif, A: analisa terhadap data subyektif dan obyektif, P: perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien (Kusumawati F & Hartono Y, 2010).

Penulis melakukan evaluasi setiap selesai melakukan tindakan. Hari pertama tanggal 29 Maret 2016 didapatkan data S: Klien mengatakan mau bicara dengan perawat. Klien mengatakan merasa dirinya jelek dan malu berinteraksi dengan orang lain. Klien mengatakan keuntungan berinteraksi dengan orang lain bisa mengurangi stress, lebih lega, dan malunya berkurang. Sedangkan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain yaitu klien merasa semakin minder dan stress. Klien mengatakan mau diajari cara berkenalan dengan orang lain. Klien mengatakan akan mempraktekkan kembali pada jam 16.00. Sedangkan data O: Klien terlihat

mau berbicara dengan perawat. Klien terlihat malu dan minder saat diajak berinteraksi. Klien dapat menyebutkan keuntungan berinteraksi dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain. Klien bersedia diajari cara berkenalan dengan orang lain. Klien mau memasukkan ke jadwal kegiatannya untuk berkenalan. Dari data tersebut maka didapatkan A: SP 1 tercapai dan P: Latih berkenalan pada pukul 16.00 WIB dan optimalkan SP 1.

Hari kedua tanggal 30 Maret 2016 didapatkan data S: Klien mengatakan mau berkenalan dengan perawat. Klien mengatakan akan berkenalan 2x sehari jam 13.00 dan jam 16.00. Sedangkan data O: Klien terlihat berkenalan dengan perawat. Klien mampu menyebutkan nama, alamat, dan hobi. Klien memasukkan ke jadwal hariannya. Dari data tersebut maka didapatkan A: SP2 tercapai dan P: Latihan berkenalan dengan perawat lain 2x sehari jam 13.00 dan 16.00 WIB dan optimalkan SP 1, SP2.

Hari ketiga tanggal 31 Maret 2016 didapatkan data S: Klien mengatakan sudah bisa berkenalan dengan orang lain. Sedangkan data O: Klien mampu berkenalan dengan baik, klien tampak lebih percaya diri. Berdasarkan data tersebut maka didapatkan A: SP3 tercapai dan P: Lanjutkan berkenalan dengan orang lain dan lanjutkan percakapan tentang hal-hal yang menyenangkan dan optimalkan SP 1, SP 2, SP 3.

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa strategi pelaksanaan untuk pasien dari SP1-SP3 dapat dilaksanakan dengan baik dan upaya meningkatkan sosialisasi dapat tercapai dengan strategi pelaksanaan yang telah dilakukan. Penulis menemukan beberapa kesulitan dalam melakukan tindakan keperawatan karena kadang klien sulit diajak berkomunikasi. Sedangkan strategi pelaksanaan untuk keluarga tidak dapat dilaksanakan karena dari pihak keluarga tidak ada yang jenguk.

Hasil penelitian sesuai dengan hasil penelitian Nyumirah (2013) menunjukkan bahwa hasil uji statistik terdapat peningkatan perilaku responden dalam sosialisasi setelah dilakukan terapi perilaku kognitif. Rata-rata kemampuan kognitif sebelum dilakukan terapi kognitif 13,79 dan setelah dilakukan terapi kognitif 19,88. Responden dilatih melakukan perilaku yang negatif menjadi positif yang ditulis dalam buku klien. Setiap akhir sesi pertemuan penulis memberikan tugas pada klien untuk melakukan latihan mandiri berinteraksi dengan klien lain di ruangan dan mendokumentasikan latihan yang dilakukan pada buku klien. Penulis melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan latihan mandiri pada masing-masing responden dan memberikan reinforcement positif terhadap apa yang telah dilakukan responden. Keterampilan berkomunikasi dilakukan dengan cara bertanya untuk konfirmasi, cara memberi dan menerima pujian, dan cara berinteraksi dengan orang lain.

4. PENUTUP

a. Simpulan

Kesimpulan dari kasus ini adalah hasil pengkajian pada Tn.J didapatkan data bahwa klien sering menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain. Berdasarkan data tersebut maka penulis mengambil diagnosa isolasi sosial: menarik diri.

Rencana tindakannya adalah menerapkan strategi pelaksanaan klien dan keluarga. Strategi pelaksanaan klien terdiri dari SP 1: bina hubungan saling percaya, bantu klien mengenal penyebab isolasi sosial, bantu klien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, ajarkan klien cara berkenalan, dan masukkan ke jadwal harian. SP 2: Ajarkan klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama-seorang perawat), masukkan ke jadwal harian klien. SP 3: Latih klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua-seorang klien), masukkan ke jadwal harian klien. Sedangkan untuk strategi pelaksanaan keluarga terdiri dari: SP 1: Berikan penyuluhan kepada keluarga tentang masalah isolasi sosial, penyebab isolasi sosial dan cara merawat klien dengan isolasi sosial. SP 2: Latih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan masalah isolasi sosial langsung dihadapan klien. SP 3: Buat perencanaan pulang bersama keluarga.

Tindakan yang dilakukan penulis hanya strategi pelaksanaan pada klien saja yaitu SP 1: membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu klien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan

orang lain, mengajarkan klien cara berkenalan, dan memasukkan ke jadwal harian. SP 2: mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama-seorang perawat), masukkan ke jadwal harian klien. SP 3: melatih klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua-seorang klien), masukkan ke jadwal harian klien.

Evaluasi yang dilakukan penulis didapatkan data bahwa klien mampu membina hubungan saling percaya, klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri, klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dan klien mampu berinteraksi secara bertahap.

b. Saran

Penulis memberikan saran kepada beberapa pihak yang telah terlibat pada penulisan karya tulis ini:

- 1) Bagi Klien
Hendaknya klien mau menerapkan strategi pelaksanaan yang diajarkan.
- 2) Bagi institusi pendidikan
Agar menyediakan lahan praktek yang memadai agar memudahkan penulis dalam mengembangkan ilmu pengetahuan dan ketrampilannya.
- 3) Bagi rumah sakit
Hendaknya memberikan pelayanan yang optimal dan lebih memperhatikan komunikasi terapeutik dengan klien.
- 4) Bagi keluarga
Hendaknya mau menjenguk klien di rumah sakit, sehingga keluarga dapat mengetahui perkembangan klien dan dalam saat seperti itu klien sangat membutuhkan dukungan dari keluarga.
- 5) Bagi penulis
Penulis hendaknya mampu memanfaatkan waktu seoptimal mungkin sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan secara maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi R. 2015. *Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Ambarwati FA & Nasution N. 2012. *Buku Pintar Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Cakrawala Ilmu.
- Bartlett H.dkk, 2013. Preventing social isolation in later life: findings and insights from a pilot Queensland intervention study. *Ageing and society*. Volume 33. DOI: 10.1017/S0144686X12000463, 30 May 2013, 1167-1189
- Berhimpong E, Rompas S, & Karundeng M. 2016. Pengaruh Latihan Ketrampilan sosialisasi Terhadap Kemampuan Berinteraksi Klien Isolasi Sosial Di RSJ. Dr. V. L. Ratubusang Manado. *E-Journal Keperawatan (EKP)*. Volume 4, No. 1, Februari 2016
- Dermawan D dan Rusdi. 2013. *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyeng Publishing.
- Direja A H S. 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Fitria N. 2009. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Keliat BA, Wiyono AP, & Susanti H (ed). 2011. *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta: EGC
- Keliat BA, Akremat, Helena N, & Nurhaeni H (ed). 2011. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kusumawati F dan Hartono Y. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muhith A. 2015. *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi
- Nasir A & Muhith A. 2011. *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika
- Nyumirah S. 2013. Peningkatan Kemampuan Interaksi Sosial (Kognitif, Afektif, dan Perilaku) Melalui Penerapan Terapi Perilaku Kognitif di RSJ DR Amino Gondohutomo Semarang. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. Volume 1, No. 2, November 2013; 121-128
- O'Brien PG, Kennedy WZ, & Ballard KA. 2014. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatrik Teori & praktik*. Terjemahan oleh Subekti NB.dkk. Jakarta: EGC.
- Pribadi M S, Muliani R, Dirgahayu I. 2012. Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok: Sosialisasi sesi 1-3 terhadap Kemampuan Komunikasi Verbal Pada Klien Menarik Diri Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. *Bhakti Kencana Medika*, Volume 2, No. 4, September 2012
- Wakhid A, Yani S, Hamid A, Helena CD N. 2013. Penerapan Terapi Latihan Ketrampilan Sosial Pada Klien Isolasi Sosial Dan Harga Diri Rendah Dengan Pendekatan Model Hubungan Interpersonal Peplau Di RS Dr Marzoeki Mahdi Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. Volume 1, No. 1, Mei 2013; 34-48
- WHO. 2009. *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package)*. Geneva 27, Switzerland: WHO Press.
- Yosep I. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama.

5. PERSANTUNAN

Penelitian ini merupakan salah satu syarat kelulusan untuk program Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. Penulis sangat mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penelitian dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

- a. Prof. Drs. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- b. Dr. Suwaji, M. Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- c. Okti Sri P., S.Kep.M.Kes.,Ns.Sp.Kep.M.B, selaku Ketua Program Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- d. Vinami Yuian, S.KeP.,Ns., MSc, Selaku Sekretaris Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- e. Arum Pratiwi, S. Kep, M. Kes, selaku Penguji dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
- f. Arif. Widodo, A. Kep., M. Kes, selaku Penguji dan Pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
- g. Kepala instansi Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
- h. Segenap Dosen Keperawatan UMS yang telah mendidik dan memberikan banyak ilmu.
- i. Eko Sunaryanti, S. Kep, selaku Kepala Ruang serta Perawat Ruang Abimanyu.
- j. Ibu, Bapak, dan adik-adikku yang telah memberikan suport dan do'a.
- k. Simbah saya yang telah mendidik saya dari kecil sehingga saya bisa sampai tahap ini.
- l. Sahabat-sahabat seperjuangan Viola, Lintang, Lilu, Riana, Agnis yang telah memberikan support dan bantuan.
- m. Teman-teman seperjuangan DIII Keperawatan UMS angkatan 2013
- n. TIM Jiwa terima kasih atas kerjasama dan semangatnya selama ini.
- o. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan, semoga amal dan kebaikan yang telah diberikan mendapatkan imbalan dari Allah SWT.