

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Sdr. I DENGAN ISOLASI SOSIAL: MENARIK DIRI AKIBAT SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RSJD dr. AMINO GONDOHUTOMO

Safa Putriani Sadilah^{1*}, Slamet Wijaya²

¹⁻²Program Studi D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes,
Indonesia

Jl. Raya Benda komplek Ponpes Al Hikmah 2 Desa Benda,
Kec. Sirampog, Kabupaten Brebes, Jawa Tengah

Korespondensi penulis: saffaputriani@gmail.com¹

Abstract. *Schizophrenia is a chronic mental disorder characterized by disturbances in thinking, perception, and social behavior, which frequently manifests as social isolation: social withdrawal. This condition of loneliness negatively impacts an individual's ability to express feelings and interact dynamically with their surrounding environment. Objective: This scientific paper aimed to implement comprehensive and professional psychiatric nursing care for Mr. I, who experienced social isolation due to undifferentiated schizophrenia at dr. Amino Gondohutomo Psychiatric Regional Hospital. Methods: This study utilized a descriptive narrative case study design with a systematic nursing care approach, including assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. Results: The nursing assessment on Mr. I (23 years old) revealed that the patient frequently locked himself in his room, avoided interaction, was reluctant to speak, lacked eye contact, and had a history of family rejection due to being unemployed. The formulated nursing diagnoses were social isolation: social withdrawal as the core problem, sensory perceptual distortion: visual hallucinations, disturbed self-concept: low self-esteem, and self-care deficit. Over a four-day hospital care program, the implemented interventions focused on the Implementation Strategy (SP) for social isolation, including training the patient to introduce himself (SP 1), practicing simple conversation during daily activities (SP 2), and practicing independent grooming techniques (SP 2) for self-care deficit. Evaluation: Following the nursing actions, the evaluation demonstrated significant clinical improvements: social isolation and self-care deficit diagnoses were fully resolved, characterized by active responses, good eye contact, ability to socialize with 2-3 people, and a neater appearance. Conversely, visual hallucinations and low self-esteem remained unresolved due to limited nursing time as the patient was discharged early. Conclusion: Comprehensive psychiatric nursing care using systematic implementation strategies is proven effective in enhancing socialization skills and promoting independence in schizophrenic patients.*

Keywords: *ursing Care; Schizophrenia; Social Isolation; Social Withdrawal*

Abstrak. Skizofrenia merupakan gangguan mental kronis yang memengaruhi pola pikir, persepsi dan perilaku sosial, yang sering kali bermanifestasi sebagai isolasi sosial: menarik diri. Kondisi kesendirian ini berdampak negatif terhadap kemampuan individu dalam mengekspresikan perasaan dan berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya. Tujuan: Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini bertujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan jiwa yang komprehensif pada Sdr. I yang mengalami isolasi sosial akibat skizofrenia tidak terinci di RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. Metode: Studi ini menggunakan metode deskriptif naratif dengan pendekatan proses keperawatan mencakup pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi. Hasil: Pengkajian pada Sdr. I (23 tahun) menunjukkan pasien sering mengurung diri, menolak interaksi, malas berbicara, kontak mata tidak ada dan memiliki riwayat trauma penolakan keluarga akibat belum bekerja. Diagnosis keperawatan yang dirumuskan meliputi isolasi sosial: menarik diri sebagai masalah utama, gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan, gangguan konsep diri: harga diri rendah dan defisit perawatan diri. Implementasi keperawatan dilakukan selama empat hari dengan fokus pada Strategi Pelaksanaan (SP) isolasi sosial, mencakup latihan berkenalan (SP 1) dan melatih kemampuan bercakap-cakap saat beraktivitas harian (SP 2), serta latihan berdandan mandiri (SP 2) untuk mengatasi defisit perawatan diri. Evaluasi: Hasil evaluasi akhir menunjukkan peningkatan yang signifikan, di mana diagnosis isolasi sosial dan defisit perawatan diri berhasil teratasi sepenuhnya yang ditandai dengan respon pasien yang aktif, kontak mata baik, mampu bersosialisasi dengan 2-3 orang, serta penampilan yang

lebih rapi. Namun, diagnosis halusinasi penglihatan dan harga diri rendah belum sepenuhnya teratasi akibat keterbatasan waktu perawatan karena pasien diizinkan pulang. Kesimpulan: Pemberian asuhan keperawatan spesialis jiwa melalui pendekatan strategi pelaksanaan terbukti efektif meningkatkan kemampuan sosialisasi dan kemandirian pasien skizofrenia.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan; Isolasi Sosial; Menarik Diri; Skizofrenia

1. LATAR BELAKANG

Menurut WHO (World Health Organization), sehat merupakan suatu keadaan utuh yang mencakup fisik, mental dan sosial, bukan sekedar kondisi yang bebas dari penyakit, cacat, atau kelemahan. Dengan kata lain, kesehatan bukan hanya tentang tidak adanya gangguan kesehatan, tetapi juga keberfungsian optimal dalam berbagai aspek kehidupan manusia (R. Agustina, 2025). Sehat merupakan suatu kondisi yang menunjukkan baik secara sosial, mental, spiritual dan dalam aspek lainnya (Muhammad Ilyas et al., 2024). Sehat merupakan penyesuaian dan proses adaptasi lingkungan sosialnya, sedangkan batasan sehat menurut undang-undang kesehatan meliputi kesehatan jiwa (Sinaga, 2023).

Kesehatan jiwa adalah kondisi yang mencakup kesejahteraan fisik, sosial dan mental, bukan hanya sebatas ketiadaan penyakit ataupun cedera. Seseorang dapat dikatakan memiliki jiwa yang sehat apabila orang tersebut memiliki kondisi fisik, mental dan sosial yang stabil dan terbebas dari gangguan atau tekanan yang memerlukan pengelolaan stres (Fauzi Hendrawan et al., 2025). Kesehatan jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu sehingga Salah satu masalah kesehatan yang cukup serius adalah gangguan jiwa. Orang dengan gangguan jiwa mengalami berbagai masalah dengan gejala yang berbeda-beda, sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (Nofiani et al., 2025).

Gangguan Jiwa merupakan orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (Saripah et al., 2025). Gangguan jiwa termasuk suatu sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) atau hendaya (impairment) didalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologis, perilaku, biologik dan gangguan itu tidak hanya terletak didalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat. Salah satu masalah gangguan jiwa salah satunya yaitu skizofrenia (Anggun et al., 2025).

Skizofrenia merupakan gangguan kesehatan mental yang bersifat kronis. Istilah skizofrenia berasal dari kata schizo yang berarti “retak/pecah” dan phrenia yang berarti “jiwa”, sehingga secara etimologis skizofrenia sering dimaknai sebagai kondisi “keretakan” pada aspek kejiwaan atau kepribadian (Ahriansyah et al., 2026). Skizofrenia merupakan salah satu gangguan mental dengan karakteristik kekacauan pada pola berpikir, proses persepsi, afeksi dan perilaku sosial sehingga individu dengan skizofrenia akan menunjukkan perilaku sosial dengan menarik diri dari lingkungan dan pasif dalam kegiatan ataupun aktivitas sehari-hari. Salah satu masalah keperawatan jiwa yang familiar dan sering kali ditemukan, isolasi sosial menjadi salah satu dari gejala skizofrenia (Rani Kawati Damanika, Jek Amidos Pardede, 2020).

Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2013, jumlah penderita skizofrenia di seluruh dunia mencapai sekitar 450 juta jiwa. Dari jumlah tersebut, 35% mengalami kekambuhan, 20%-40% menerima perawatan di rumah sakit, 20%-50% pernah mencoba bunuh diri dan 10% di antaranya meninggal akibat bunuh diri.

Perbandingan penderita antara laki-laki dan perempuan relatif seimbang. Rentang usia puncak onset umumnya pada laki-laki berusia 18-25 tahun dan perempuan berusia 26-45 tahun. Sementara itu, data WHO tahun 2018 menyebutkan bahwa skizofrenia menyerang lebih dari 23 juta orang secara global, dengan prevalensi yang tidak terlalu tinggi dibandingkan gangguan mental lainnya. Prevalensi lebih tinggi pada laki-laki (sekitar 12 juta orang) dibandingkan perempuan (9 juta orang) (WHO, 2013; WHO, 2018).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi rumah tangga dengan anggota yang mengalami gangguan jiwa berupa skizofrenia per mil tercatat tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dan Aceh sebesar 2,7‰, di Sulawesi Selatan 2,6‰, serta di Bali dan Jawa Tengah masing-masing 2,3‰ (Kemenkes RI, 2013). Pada Riskesdas 2018, prevalensi skizofrenia nasional meningkat menjadi 6,7 per 1.000 penduduk, dari sebelumnya 1,7 per 1.000 penduduk pada 2013. Cakupan pengobatan skizofrenia mencapai 84,9%, tetapi 51,1% pasien tidak mematuhi pengobatan rutin. Di Provinsi Banten, prevalensi mencapai 5,7 per 1.000 penduduk (Kemenkes RI, 2013; 2018).

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah mencatat jumlah penderita gangguan jiwa pada 2013 sebanyak 121.962 orang (Dinkes Jateng, 2013). Pada 2018, berdasarkan Riskesdas, prevalensi rumah tangga dengan anggota yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia atau depresi (usia ≥ 15 tahun) mencapai 67.057 orang, gangguan mental emosional pada penduduk ≥ 15 tahun juga 67.057 orang, serta cakupan pengobatan rumah tangga untuk gangguan jiwa skizofrenia sebesar 88,92% (Dinkes, 2018).

Berdasarkan data rekam medis RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang pada Januari-September 2025, diagnosa terbanyak pada pasien rawat inap adalah skizofrenia dengan total 4.883 kasus. Rincian diagnosa terbanyak hingga terendah meliputi Undifferentiated schizophrenia (2.337 kasus), Paranoid schizophrenia (726 kasus), Schizoaffective disorder manic type (159 kasus), Schizoaffective disorder depressive type (105 kasus), Hebephrenic schizophrenia (105 kasus), Catatonic schizophrenia (78 kasus).

Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu sebagai kondisi yang negative dan mengancam, kondisi ini merupakan ketidak mampuan dalam mengungkapkan perasaan. Klien dengan isolasi sosial tidak mampu untuk bersosialisasi dan sulit mengungkapkan keinginan serta tidak mampu berkomunikasi dengan baik (Musfiroh et al., 2025).

Skizofrenia dapat menimbulkan dampak negatif bagi individu, seperti kecenderungan menarik diri yang ditunjukkan oleh berkurangnya inisiatif, sehingga mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari (Kadek et al., 2025). Bagi keluarga, dampak utamanya meliputi beban ekonomi dan emosional, karena penderita sering kali tidak lagi produktif dan bergantung sepenuhnya pada keluarga untuk kebutuhan hidupnya. Sementara itu, terhadap masyarakat, skizofrenia berpotensi mengganggu hubungan sosial dengan menurunkan kemampuan individu untuk berinteraksi dengan orang lain. Mengingat berbagai dampak tersebut, diperlukan upaya dari individu, keluarga dan masyarakat, terutama peran krusial tenaga kesehatan, untuk penanganan yang lebih intensif (Amnita et al., 2025).

Penanganan kesehatan jiwa dapat dilakukan melalui pendekatan perawatan intensif di rumah sakit yang berfokus pada pelayanan kuratif untuk mendukung pemulihan pasien. Selain itu, implementasi strategi yang tepat menjadi salah satu cara efektif dalam memperkuat upaya pencegahan serta pengendalian masalah kesehatan jiwa, khususnya melalui intervensi keperawatan jiwa yang komprehensif (Rismawan et al., 2025).

Penanganan kuratif pada kasus kesehatan jiwa mencakup pemberian obat-obatan psikofarmaka, seperti antidepresan dan antipsikotik, yang dilengkapi dengan berbagai bentuk terapi psikologis. Terapi tersebut terdiri dari konseling individu, terapi kognitif-perilaku (CBT), serta terapi kelompok atau program dukungan sosial dari lingkungan sekitar. Kombinasi intervensi ini dirancang untuk membantu pasien dalam mengatur serta mengelola pikiran, emosi dan perilaku yang terganggu akibat kondisi kesehatan mentalnya. Oleh karena itu, peran perawat menjadi elemen krusial sebagai pendukung utama dalam mencapai keberhasilan proses penanganan kesehatan jiwa secara keseluruhan (Siregar, 2022).

Perawat memegang peran krusial dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa, di mana mereka wajib memahami secara mendalam berbagai aspek seperti simptomatologi, pemeriksaan, terapi, serta asuhan keperawatan jiwa yang komprehensif. Hal ini bertujuan untuk mendukung pemulihan bagi individu dengan gangguan jiwa. Secara spesifik, peran perawat mencakup fungsi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Niriyah et al., 2023). Promotif meliputi penyampaian informasi kepada keluarga mengenai gangguan jiwa, mencakup pengertian, tanda-gejala, penyebab, serta komplikasi potensial jika pasien tidak segera ditangani. Preventif difokuskan pada edukasi pencegahan gangguan jiwa, khususnya defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia. Kuratif dilakukan melalui kolaborasi dengan tim kesehatan untuk pemberian terapi dan obat-obatan guna penyembuhan. Rehabilitatif melibatkan pendampingan pasien dan keluarga dalam perawatan sehari-hari serta fasilitasi agar pasien kembali ke kondisi normal (Lidya & Santoso, 2022).

Berdasarkan data rekam medis Ruang Endrotenoyo RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah periode September hingga November 2025, distribusi diagnosa keperawatan jiwa menunjukkan bahwa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi menjadi kasus yang paling mendominasi setiap bulannya, yaitu sebanyak 45 kasus (59,2%) pada bulan September, meningkat menjadi 52 kasus (68,4%) pada bulan Oktober dan tercatat sebanyak 31 kasus (66%) pada bulan November. Diagnosa tertinggi kedua adalah Risiko Perilaku Kekerasan dengan temuan sebanyak 26 kasus (34,2%) di bulan September, 22 kasus (28,9%) di bulan Oktober dan mengalami penurunan menjadi 12 kasus (25,5%) di bulan November. Sementara itu, kasus Isolasi Sosial: Menarik Diri fluktuatif dalam jumlah yang relatif kecil, yakni 5 kasus (6,6%) pada bulan September, turun menjadi 2 kasus (2,6%) pada bulan Oktober dan sedikit naik menjadi 4 kasus (8,5%) pada bulan November. Adapun untuk diagnosa keperawatan lainnya, seperti Harga Diri Rendah, Defisit Perawatan Diri, Waham dan Risiko Bunuh Diri, sama sekali tidak ditemukan kasus (0%) selama periode tiga bulan tersebut, dengan akumulasi total keseluruhan pasien yang dirawat sebanyak 76 orang pada September, 76 orang pada Oktober dan menurun menjadi 47 orang pada bulan November.

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat ruang Endrotenoyo RSJD dr. Amino Gondohutomo provinsi Jawa Tengah standar pelayanan bagaimana mengenai upaya penanganan pasien jiwa yang dilakukan di rumah sakit yaitu dengan kolaborasi pemberian terapi psikofarma, melakukan strategi pelaksanaan setiap hari sesuai kasus pasien, melakukan *electro convulsif therapy* (ECT) ketika terapi psikofarmaka kurang berefek, dengan melakukan terapi aktivitas kelompok (TAK) melakukan rehabilitasi untuk bekal pasien berinteraksi di tengah masyarakat sehingga terbentuk perilaku destruktif dan maladaptif kearah adaptif, sedangkan penanganan yang dilakukan di ruang Endrotenoyo biasanya dengan melakukan SP sesuai dengan masalah keperawatan. Selain itu dengan cara kolaborasi pemberian terapi psikofarma, melakukan *electro convulsif therapy* (ECT),

melakukan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan melakukan rehabilitasi untuk bekal pasien berinteraksi ditengan masyarakat.

2. KAJIAN TEORITIS

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat dan kompleks yang memengaruhi esensi identitas, fungsi otak, cara berpikir, persepsi, emosi, serta perilaku sosial penderitanya (Fauzi Hendrawan et al., 2025). Akibat gangguan ini, pasien sering kali menarik diri dari lingkungan, pasif dalam aktivitas, bahkan menghadapi stigma berat hingga perlakuan tidak manusiawi seperti pemasangan (Ananda Lufi Nabila & Mari Esterilita, 2025). Secara etiologi, gangguan ini dipicu oleh faktor predisposisi dan presipitasi yang mencakup aspek biologis seperti genetik dengan risiko mencapai 15–35% (Videbeck, 2008), neuroanatomi berupa pembesaran ventrikel otak (Prabowo, 2014), serta gangguan pengiriman sinyal neurokimia (Yosep, 2016). Selain itu, faktor psikologis akibat kegagalan perkembangan masa awal (Stuart, 2013) serta faktor sosiokultural seperti kemiskinan di kelas sosio-ekonomi rendah turut memperbesar risiko terjadinya skizofrenia. Manifestasi klinisnya sendiri terbagi menjadi gejala positif akibat kelebihan dopamin di area mesolimbik berupa halusinasi dan delusi, disfungsi kognitif pada *cortex frontalis*, serta gejala negatif primer maupun sekunder yang dikenal sebagai 5A (*apathy, avolition, alogia, affective blunting, asocial/anhedonia*) (Muthmainnah & Fazil Amris, 2024). Berdasarkan DSM-IV-TR, gejala-gejala tersebut mengklasifikasikan skizofrenia ke dalam beberapa tipe, yaitu paranoid yang didominasi halusinasi mengancam, terdisorganisasi/hebefrenik pada usia remaja, residual yang menonjolkan gejala negatif, katatonik dengan posisi tubuh abnormal, serta tipe tak terinci (Asana Putri & Fitria Maharani, 2022).

Salah satu dampak nyata dari manifestasi gejala negatif skizofrenia adalah munculnya isolasi sosial, yaitu suatu kondisi kesendirian negatif ketika individu mengalami penurunan interaksi, merasa ditolak, kesepian, hingga tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena merasa terancam (F. Agustina et al., 2023; Hendrawati et al., 2022; Musfiroh et al., 2025). Masalah isolasi sosial ini dipicu oleh faktor predisposisi biologis (hereditas dan patologis otak), psikologis (kegagalan berulang dan pola asuh yang menghambat komunikasi), sosiokultural (pendidikan dan sosio-ekonomi rendah), serta faktor presipitasi seperti riwayat kekerasan atau penyakit kronis (Tukatman, 2023). Respons individu terhadap kondisi ini berada dalam rentang adaptif yang meliputi menyendiri (*solitude*), otonomi, kebersamaan dan saling ketergantungan (*interdependen*), hingga respons maladaptif berupa manipulasi dan impulsif (Sutejo, 2023). Secara klinis, pasien isolasi sosial menunjukkan gejala subjektif seperti merasa tidak berguna, serta gejala objektif seperti tidak ada kontak mata dan afek tumpul (Endang Yuswatiningsih et al., 2020). Penatalaksanaan komprehensif bagi pasien dilakukan melalui dua metode utama, yaitu metode biologik menggunakan obat antipsikotik tipikal (seperti haloperidol dan klorpromazin) untuk gejala positif serta antipsikotik atipikal generasi kedua (seperti klopazin, olanzapin, quetiapin, risperidon dan ziprasidon) yang dinilai lebih aman, minim efek samping ekstrapiramidal dan efektif mengatasi isolasi sosial sebagai gejala negatif (Putri, 2023). Selain farmakoterapi dan penggunaan *Electroconvulsive Therapy* (ECT) untuk kasus resisten, penatalaksanaan juga wajib dipadukan dengan metode psikososial seperti latihan keterampilan sosial, terapi kognitif, terapi keluarga dan terapi perilaku guna memulihkan kemampuan interaksi serta kemandirian pasien (Tumanggor, 2018).

3. METODE PENELITIAN

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam asuhan keperawatan jiwa ini meliputi pendekatan studi naratif deskriptif yang mengikuti tahapan sistematis dalam proses keperawatan melalui empat teknik utama, yaitu wawancara, observasi, studi dokumentasi dan studi pustaka. Teknik wawancara terencana dilakukan secara mendalam kepada klien, keluarga, maupun perawat untuk mengeksplorasi secara komprehensif seluruh informasi terkait masalah utama pasien. Selanjutnya, metode observasi diterapkan melalui pengamatan langsung terhadap kondisi objektif klien guna memperoleh data klinis yang riil di lapangan. Proses dokumentasi dilakukan dengan menelaah rekam medis klien untuk menghimpun informasi klinis yang menyeluruh demi mendukung validitas intervensi. Selain itu, studi pustaka juga diintegrasikan dengan menggunakan literatur ilmiah seperti buku dan jurnal relevan sebagai landasan teoritis asuhan keperawatan. Setelah data subjektif (DS) dan data objektif (DO) dikumpulkan melalui rangkaian pengkajian tersebut, langkah berikutnya adalah melakukan analisis data, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun rencana intervensi berdasarkan strategi pelaksanaan (SP) yang baku, melaksanakan tindakan keperawatan, serta melakukan evaluasi formatif maupun sumatif menggunakan pendekatan SOAP secara berkesinambungan.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan proses asuhan keperawatan jiwa yang telah penulis lakukan kepada Sdr. I dengan masalah utama isolasi sosial: menarik diri akibat skizofrenia tidak terinci di Ruang Endrotenoyo RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 4 hari, mulai dari tanggal 15 hingga 18 November 2025, menggunakan pendekatan sistematis yang terdiri dari pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan tindakan, evaluasi dan dokumentasi.

Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Sdr. I pada hari jumat tanggal 14 November 2025 didapatkan data klien mengatakan sering menyendiri dan berdiam diri. Data yang penulis dapatkan saat wawancara langsung klien tampak menunduk, kontak mata kurang dan menyendiri sehingga data yang didapatkan menunjukkan data pada masalah utama atau core problem isolasi sosial: menarik diri.

Berdasarkan data yang di dapatkan, Sdr. I pertama kali masuk RSJD dr. Amino Gondohutomo Pada 3 november 2025 dengan diagnosis medis skizofrenia paranoid. Ini merupakan pengalaman pertama bagi klien menjalani rawat inap dan sebelumnya tidak memiliki riwayat gangguan jiwa. Faktor prediposisi yang diungkapkan klien adalah adanya trauma dikeluarga akibat perasaan dikucilkan karena keluarga klien merasa klien sudah besar namun belum bisa mendapatkan pekerjaan. Sedangkan faktor presipitasi meliputi perilaku menyendiri dirumah selama hampir lima bulan disertai dengan penolakan untuk makan maupun berkomunikasi dengan orang terdekat yang ada didalam rumah. Dalam masa pertumbuhan, klien tidak pernah mengalami kekerasan fisik, seksual maupun kriminalitas namun pernah menjadi korban penolakan keluarga dari orang tua.

Pemeriksaan status mental menunjukkan bahwa klien penampilan kurang terawat, berbicara lambat, afek datar dan cenderung menghindari kontak mata. Secara sosial, interaksi klien dengan lingkungan sangat terbatas, Ia tidak aktif dalam kegiatan masyarakat dan lebih memilih menghabiskan waktu sendiri di rumah. Kendala utama

dalam proses pengkajian Adalah membangun kepercayaan, mengingat klien berbicara pelan, sering menunduk dan kadang klien berhenti tidak mau bermukunisasi secara tiba-tiba. Untuk mengatasi hal ini, penulis memilih strategi kontak mata singkat tapi sering seperti berbicara dengan klien dan melibatkan orang ketiga yaitu perawat untuk membantu pada saat klien tidak mau diajak untuk berkomunikasi. Selain itu, informasi dari keluarga tidak dapat diperoleh secara langsung karena penulis tidak bertemu dengan pihak keluarga selama perawatan, Solusi yang dilakukan adalah berkolaborasi dengan perawat ruangan guna mendapatkan data tambahan yang dibutuhkan.

Masalah Keperawatan

Dari hasil pengkajian, masalah utama ditetapkan berdasarkan data:

Subjektif: “Saya sering menyendiri dikamar dan hanya dirumah hampir lima bulan mba”

“Saya sering melamun”

“Saya tidak punya teman”

Objektif: Klien tampak menunduk, berbicara pelan hanya seperlunya dan kontak mata tidak ada.

Selain itu masalah masalah defisit perawatan diri juga ditemukan berdasarkan data:

Subjektif: “Saya malas menyisir rambut”

“Malas mau mencukur rambut”

Objektif: penampilan rambut klien kurang rapi dan berantakan

Masalah keperawatan harga diri rendah sebagai *causa* juga penulis tegakkan karena adanya Ds: “Saya malu brlum bisa mendapatkan pekerjaan”, “Saya merasa tidak berguna” dan Do yang didapatkan yaitu: postur tubuh menunduk dan klien merasa tidak berguna.

Masalah risiko gangguan persepsi sensori: halusinasi sebagai *effect* juga penulis tegakkan karena adanya Ds: klien mengatakan “Saya melihat bayangan seseorang berwarna putih banyangannya ngajak pergi”, “Muncul terakhir satu bulan yang lalu mba, tetapi sekarang sudah ngga” dan Do yang didapatkan yaitu: klien tampak melamun dengan pandangan kosong dan menunjuk ketika melihat bayangan itu datang.

Penulis juga menegaskan masalah keperawatan defisit perawatan diri sebagai *secound problem* dikarenakan adanya data perawatan diri yang tidak sesuai pada klien antara lain Ds: kien mengatakan “Saya males menyisir rambut”, “Saya males mau mencukur rambut” dan Do: rambut klien tampak kurang rapih dan berantakan.

Intervensi Keperawatan

Pada keluarga klien yang mengalami masalah harga diri rendah, intervensi yang diberikan berupa edukasi mengenai cara mendukung klien tanpa bersikap menghakimi, serta menciptakan lingkungan yang menghargai keberadaan klien. Selanjutnya, pada klien dengan gangguan persepsi sensori berupa halusinasi, intervensi keperawatan meliputi: SP 1: Mengidentifikasi isi dan waktu munculnya halusinasi, lalu mengajarkan cara mengontrolnya dengan teknik menghardik. SP 2: Memastikan klien mengonsumsi obat sesuai dengan prinsip enam benar. SP 3 dan SP 4: Membantu klien mengalihkan perhatian melalui interaksi sosial maupun kegiatan positif. Pada klien dengan defisit perawatan diri, intervensi difokuskan pada pelatihan kemampuan mandi dan menjaga kebersihan diri, cara makan dan minum yang benar, serta penggunaan toilet secara mandiri. Selain itu, keluarga juga dilatih agar dapat mendampingi klien dalam menjalankan kegiatan tersebut secara rutin.

Intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran mencakup: SP 1: Mengidentifikasi karakteristik halusinasi, meliputi isi, waktu kemunculan, frekuensi, faktor pencetus, serta perasaan klien ketika

halusinasi terjadi, lalu melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. SP 2: Melatih klien mengontrol halusinasi melalui kepatuhan minum obat sesuai prinsip enam benar. SP 3: Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap bersama orang lain. SP 4: Melatih klien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas yang bermanfaat.

Intervensi keperawatan yang ditujukan kepada keluarga pasien dengan halusinasi pendengaran dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu mendiskusikan kesulitan yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, serta memberikan pendidikan kesehatan yang meliputi pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi. Selanjutnya, perawat menjelaskan dan melatih keluarga mengenai cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi, baik melalui teknik menghardik, pemberian obat, bercakap-cakap, maupun melakukan aktivitas. Perawat juga berdiskusi dengan keluarga tentang cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah kekambuhan halusinasi, mengenali tanda-tanda kekambuhan, serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dengan melakukan kontrol secara teratur.

Pada klien dengan defisit perawatan diri, intervensi keperawatan terdiri dari:

SP 1: Melatih klien agar mampu melakukan perawatan diri seperti mandi, berhias dan berdandan. SP 2: Melatih klien agar mampu memenuhi kebutuhan makan dan minum dengan cara yang baik. SP 3: Melatih klien agar mampu melakukan aktivitas toileting secara mandiri dan benar.

Adapun intervensi keperawatan yang ditujukan kepada keluarga dengan masalah defisit perawatan diri meliputi beberapa hal, di antaranya mengkaji permasalahan klien yang dirasakan keluarga selama proses perawatan, menjelaskan proses terjadinya defisit perawatan diri, serta mendiskusikan dan menentukan cara perawatan yang sesuai dengan kondisi klien. Selain itu, perawat juga melatih keluarga untuk melakukan perawatan sebagaimana yang telah diajarkan kepada klien, melibatkan seluruh anggota keluarga dalam menciptakan suasana yang mendukung, mengingatkan klien, melakukan aktivitas bersama, serta memberikan motivasi dan pujian. Perawat turut menjelaskan tanda dan gejala defisit perawatan diri yang memerlukan rujukan, serta mendorong keluarga untuk melakukan kontrol secara teratur ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Secara keseluruhan, penulis tidak mengalami hambatan maupun kendala yang berarti dalam menyusun intervensi keperawatan ini. Hal tersebut didukung oleh ketersediaan sumber referensi yang cukup memadai, baik yang diperoleh melalui internet maupun dari institusi akademik

Implementasi Keperawatan

Implementasi pada diagnosis isolasi sosial: menarik diri, dilaksanakan pada hari sabtu 15 november 2025 pukul 09.00 WIB, penulis melakukan SP 1 isolasi sosial yaitu: mengidentifikasi isolasi sosial (penyebab, tanda dan gejala, akibat, keuntungan memiliki teman, kerugian tidak memiliki teman) dan melatih berkenalan dengan 2-3 orang (klien tidak kompeten). Pada hari kedua tanggal 16 november 2025 pukul 16.00 WIB penulis mengulang SP 1 karena klien merasa malu, mengidentifikasi isolasi sosial (penyebab, tanda dan gejala, akibat, keuntungan memiliki teman, kerugian tidak memiliki teman) dan melatih berkenalan dengan 2-3 orang (klien tidak kompeten). Pada hari ketiga tanggal 17 november 2025 pukul 16.00 penulis mengulang SP 1 karena kurang efektif klien belum mau berkenalan dengan temannya, mengidentifikasi isolasi sosial (penyebab, tanda dan gejala, akibat, keuntungan memiliki teman, kerugian tidak memiliki teman) dan melatih berkenalan dengan 2-3 orang (klien tidak kompeten). Pada hari keempat tanggal 18 november 2025 pukul 10.00 WIB penulis mengulang SP 1 karena klien kurang efektif,

mengidentifikasi isolasi sosial (penyebab, tanda dan gejala, akibat, keuntungan memiliki teman, kerugian tidak memiliki teman) dan melatih berkenalan dengan 2-3 orang (klien kompeten). Pada hari keempat tanggal 18 november 2025 pukul 16.00 WIB penulis melakukan SP 2 isolasi sosial: melatih cara bercakap-cakap dengan orang lain saat melakukan kegiatan sehari-hari (klien kompeten). Pada tanggal 15 november 2025 sampai 18 november 2025 klien kompeten dalam melakukan SP 1 dan SP 2. Implementasi diagnosa defisit perawatan diri, penulis melakukan SP 2 cara berdandan yang baik pada hari Selasa 18 november 2025 pukul 17.00 WIB (klien kompeten) SP 2 diagnosa DPD dilakukan selama 1 kali karena klien mampu dan klien kompeten, dibuktikan dengan pengamatan penulis klien berhias/berdandan dengan baik.

Implementasi diagnosis isolasi sosial : menarik diri penulis mendapatkan kendala dimana tidak melakukan SP 3, karena keterbatasan waktu dengan klien dikarenakan klien pulang dan implementasi diagnosa defisit perawatan diri penulis mendapatkan kendala dimana tidak melakukan SP 1, SP 3 dan SP 4, karena data yang didapatkan dari Sdr. I wajah terlihat kering dan kusam, kuku terlihat panjang dan kotor, jarang menggosok gigi saat mandi, tidak mencuci tangan saat makan dan karena keterbatasan waktu dengan klien dikarenakan klien pulang.

Selain itu terdapat kendala terkait implementasi kepada keluarga yang sebelumnya sudah direncanakan tidak dapat terlaksana dikarenakan dalam proses asuhan penulis tidak bertemu dengan keluarga klien, sehingga solusi yang dilakukan penulis dengan berkolaborasi dengan perawat ruangan untuk dapat melakukan implementasi rencana keperawatan pada keluarga terkait isolasi sosial: menarik diri yang dialami klien saat keluarga mengunjungi klien atau saat keluarga menjemput klien pulang.

Untuk defisit perawatan diri, SP 2 (berdandan/berhias dengan baik) dilaksanakan 18 november 2025 dan klien berhasil mempraktikkannya dengan benar. SP 1, SP 3 dan SP 4 tidak dilakukan karena keterbatasan waktu dan data yang tidak menunjukkan kebutuhan akan hal tersebut. Maka, perawat ruangan diminta untuk melanjutkan sesuai rencana bila dibutuhkan.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hasil masalah isolasi sosial: menarik diri, penulis melakukan SP 1 dan SP 2, SP 1 klien memahami secara kognitif dimana klien mampu mempraktekan cara berkenalan dengan orang lain, klien juga memahami secara afektif dimana klien merespon dengan baik apa yang sudah dijelaskan dan kemampuan psikomotor yakni klien mampu mempraktekan cara berkenalan dengan orang lain, SP 2 klien memahami secara kognitif dibuktikan dengan klien mampu bercakap-cakap dengan orang lain saat melakukan kegiatan sehari-hari, klien juga memahami secara afektif dimana ada ingin tahu klien dan kemampuan psikomotor klien yaitu klien mampu mempraktekan cara bercakap-cakap dengan orang lain saat melakukan kegiatan sehari-hari. SP 1 dan SP 2 optimal klien dapat mencapai tujuan secara kognitif, afektif dan psikomotor.

Evaluasi hasil masalah defisit perawatan diri yaitu penulis melakukan SP 2 sesuai intervensi yang sudah dibuat dan klien kompeten, klien memahami secara kognitif dibuktikan dengan klien mampu memahami cara melakukan perawatan diri berhias/berdandan dengan baik secara mandiri, klien juga mampu memahami secara afektif dimana klien merespon dengan baik dan kemampuan psikomotor klien yaitu klien mampu melakukan perawatan diri dengan cara berhias/berdandan dengan baik secara mandiri. SP 2 optimal klien dapat mencapai tujuan secara kognitif, afektif dan psikomotor.

Penulis tidak menemukan kendala dan hambatan dalam melakukan evaluasi hasil dari implementasi SP yang diberikan pada klien karena dilakukan sesuai format SOAP yang baku dan menggunakan jenis evaluasi hasil (sumatif) dengan membandingkan respon pasien dengan tujuan yang telah dilakukan

Dokumentasi

Penulis tidak mengalami hambatan atau kendala dalam proses pendokumentasian karena data yang diperoleh dari klien cukup memadai. Selain itu perawat ruangan juga telah melakukan pendokumentasian yang sangat baik dan lengkap dengan melakukan pendokumentasian setiap shift jaga menggunakan format yang berlaku, sehingga hal tersebut memudahkan penulis dalam menganalisa data status Sdr. I yang tidak bisa penulis dapatkan dari wawancara langsung.

5. KESIMPULAN

Kesimpulan

Penulis telah melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Sdr. I yang mengalami isolasi sosial dengan perilaku menarik diri akibat skizofrenia tidak terinci di Ruang Endrotenoyo RSJD dr. Amino Gondohutomo, Provinsi Jawa Tengah, pada tanggal 14-18 November 2025. Dari pelaksanaan tersebut, penulis menyimpulkan beberapa hal berikut

Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Sdr. I pada hari Jumat, 14 November 2025. Data subjektif menunjukkan bahwa klien cenderung menyendiri dan enggan berinteraksi dengan orang lain. Data objektif dari wawancara langsung mencakup perilaku seperti melamun dan sikap menyendiri. Berdasarkan data tersebut, masalah utama (core problem) Saudara I adalah isolasi sosial dengan perilaku menarik diri. Proses pengkajian berjalan lancar tanpa kendala signifikan

Masalah Keperawatan

Untuk masalah isolasi sosial dengan perilaku menarik diri, penulis menerapkan Standar Pelayanan (SP) 1 hingga SP 3. Klien menunjukkan kemampuan dalam berinteraksi sosial, seperti menyapa dan berkenalan dengan orang lain secara tepat.

Akibat dari isolasi sosial tersebut adalah gangguan konsep diri berupa harga diri rendah, yang ditegakkan berdasarkan tanda seperti postur tubuh menunduk dan kontak mata yang minim.

Masalah penyerta adalah defisit perawatan diri, yang didasarkan pada temuan pengkajian seperti rambut berantakan dan penampilan tidak rapi

Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang disusun penulis mencakup tindakan pada klien dan keluarga. Rencana keperawatan untuk klien dan keluarga disesuaikan dengan 4 masalah keperawatan, mengikuti standar format panduan yang baku dan sesuai kebutuhan klien.

Implementasi Keperawatan

Implementasi hanya dilakukan pada 2 masalah, yaitu isolasi sosial dengan perilaku menarik diri dan defisit perawatan diri. Pada masalah utama, SP 1 hingga SP 2 berhasil dilaksanakan dengan klien menunjukkan kompetensi dalam berkenalan secara benar. SP 3 tidak dapat dilaksanakan karena keterbatasan waktu.

Pada defisit perawatan diri, SP 2 (pelatihan kebersihan diri/berhias) berhasil, dengan klien mampu melakukannya secara mandiri. SP 1, 3 dan 4 tidak dilaksanakan karena tidak ada data pendukung terkait kesulitan mandi, makan/minum, atau toileting.

Kendala utama adalah keterbatasan waktu praktik, sehingga hanya 2 masalah yang ditangani langsung. Intervensi untuk keluarga tidak dapat dilakukan karena tidak ada

pertemuan langsung. Solusinya, penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan untuk melanjutkan intervensi yang tertunda.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada 2 masalah keperawatan menunjukkan hasil positif. Pada isolasi sosial, klien mampu berinteraksi secara aktif (psikomotor), memahami pentingnya interaksi sosial (kognitif) dan merasa nyaman bersosialisasi (afektif). Pada defisit perawatan diri, klien memahami konsep kebersihan (kognitif), mampu berhias secara mandiri (psikomotor) dan merasa nyaman dengan kebersihannya (afektif).

Dokumentasi Keperawatan

Evaluasi pada 2 masalah keperawatan menunjukkan hasil positif. Pada isolasi sosial, klien mampu berinteraksi secara aktif (psikomotor), memahami pentingnya interaksi sosial (kognitif) dan merasa nyaman bersosialisasi (afektif). Pada defisit perawatan diri, klien memahami konsep kebersihan (kognitif), mampu berhias secara mandiri (psikomotor) dan merasa nyaman dengan kebersihannya (afektif).

DAFTAR REFERENSI

- Agus Ari Rratama & Amalia Senja. (2022). *Keperawatan Jiwa*.
- Agustina (2023). Sosial: A Case Report. In *Agustus* (Vol. 2, Number 8).
- Agustina, R. (2025). *Kesehatan Masyarakat*.
- Ahriansyah et al (2026). *Kajian Interaksi Antarobat Dan Hubungannya Dengan Polifarmasi Pada Pasien Skizofrenia* (Vol. 07, Number 01). <http://iontech.ista.ac.id/index.php/iontech>
- Asana Putri, I., & Fitria Maharani, B. (2022). Journal of Public Health and Medical Studies Doi : Skizofrenia: Suatu Studi Literatur. In *Fitria Maharani Journal of Public Health and Medical Studies* (Vol. 1, Number 1).
- Ayu Nisrina et al (2025). Manajemen Hipervolemia Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik: Studi Kasus. In *Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM)* (Vol. 5, Number 1).
- Dinkes, J. (2018). *Laporan Angka Gangguan Jiwa Provinsi Jawa Tengah 2018*.
- Elika Sifra Lidyah, I. S. (2022). *Innovative : Volume 2 Nomor 1 Tahun 2022 Research & Learning in Primary Education*. 2, 169–177.
- Fauzi Hendrawan et al (2025). Asuhan Keperawatan Gangguan Isolasi Sosial: Menarik Diri Dengan Fokus Tindakan Latihan. *Multidisciplinary Indonesian Center Journal (MICJO)*, 2(1), 640–646. <https://doi.org/10.62567/micjo.v2i1.466>
- Hendrawati et al (2022). Intervensi Non Farmakologi Pada Pasien Skizofrenia Dengan Isolasi Sosial: Literature Review. In *Jci Jurnal Cakrawala Ilmiah* (Vol. 2, Number 3). <http://bajangjournal.com/index.php/JCI>
- Iyus Yosep, T. S. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.
- Jahja, Fauziah Fidya, N. S. (2023). 2* 1-2. *Analisis Asuhan Keperawatan Melalui Intervensi Mengajarkan Pasien Berinteraksi Bertahap Pada Ny.H Dan Ny.A Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Panti Sosial Bina Laras Harapan 2*, 6, 1058–1070.
- Nanang & Diva (2025). *Jurnal Keperawatan Sisthana Pengaruh Terapi Okupasi Menanam Terhadap Perubahan Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Aceh*. 10(1).
- Keliat et al. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- M.Bustan, D. P. (2023). *Studi Deskriptif Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Jiwa Oleh Perawat Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara*. 6, 1–8.
- Mahbegi, T., & Pardede, Amidos, J. (2023). *Penerapan Strategi Pelaksanaan Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Dengan Masalah Halusinasi*.
- Mashudi, S. (2021). *Buku ajar Asuhan keperawatan skizofrenia*.
- Muhammad Ilyas et al (2024). 16.+Template+BESIRU+_Ilyas(+ejoin+juni+12). *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1(1), 8.
- Musfiroh et al (2025). Pengaruh Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Cara Mengenal Kekambuhan Pada Pasien Isolasi Sosial. *Jurnal Online Keperawatan Indonesia*,

- 8(1), 16–24. <https://doi.org/10.51544/keperawatan.v8i1.5841>
- Muthmainnah & Fazil Amris. (2024). Tinjauan Skizofrenia Secara Psikoneuroimunologi. *Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan Dan Kedokteran*, 2(3), 01–15. <https://doi.org/10.55606/termometer.v2i3.3684>
- Naryati (2024). *Proses Keperawatan: Konsep, Implementasi Dan Evaluasi*.
- Ni Kadek Ayu Mas Yoca Hapsari Pariartha, T. D. S. (2025). No Title. *Intervensi Aktivitas Perilaku: Meningkatkan Aktivitas Pada Penderita Skizofrenia Dengan Gejala Penarikan Diri*, 5(6).
- Niriyah et al (2023). *Pendidikan Kesehatan Stigma Gangguan Jiwa dan Upaya Destigmatisasinya di Wilayah Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru*. 3(1), 187–192.
- Nofiani et al (2025). *the Relationship Between Knowledge and Family Attitudes To People With Mental Disorders*. 1(1), 42–48.
- Putri & Dewi eka (2023). *Terapi socia skills training (SST) pada klien isolasi sosial dengan pendekatan teori peplau dan henderson*.
- Rani Kawati Damanika, Jek Amidos Pardede, L. W. M. (2020). *Terapi Kognitif Terhadap K Emampuan I Nteraksi P Asien*. 11(2), 226–235.
- Rismawan et al (2025). *Pencegahan dan penanganan stress pada remaja di sekolah melalui intervensi keperawatan jiwa*. 17–20.
- Siallagan et al (2025). *Gambaran Beban Keluarga Dan Koping Keluarga Dalam Merawat Pasien*. 5, 2880–2890.
- Rusmianingsih (2023). *Korelasi pengetahuan perawat dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Kuningan Medical Center*. 3(2), 171–178.
- Saripah et al (2025). *Hubungan Resiliensi Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa*. Retrieved [Http://jurnal2.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP](http://jurnal2.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP)
- Sinaga (2023). *Manjamene Mutu Sumber Daya Kesehatan*.
- Sinthania, D. (2020). *Ilmu keperawatan jiwa*.
- Siregar, R. A. (2022). *Jurnal Pemasarakatan Gevangen Menolong Warga Binaan Menjadi Orang Baik Manfaat Pembinaan Kesehatan Bagi Narapidana Dalam Proses Pemasarakatan*.
- Sutejo (2023). *keperawatan jiwa*.
- Tukatman (2023). *keperawatan jiwa*.
- Tumanggor (2018). *Asuhan Keperawatan pada Klien Skizofrenia dengan Pendekatan NANDA, NOC, NIC, dan ISDA*.
- Windya (2022). *Gangguan Isolasi Sosial Pendahuluan Kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia , karena tanpa kesehatan manusia sulit untuk menjalankan aktivitas* . 14(1)