

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Pengertian Skizophrenia

Menurut Isaac (2005) skizophrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta perilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial.

Skizophrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang melibatkan perilaku psikotik, pemikiran kongkret, kesulitan dalam memperoleh informasi dan hubungan interpersonal serta kesulitan dalam memecahkan masalah (Stuart, 2007).

Skizophrenia hebrefenik adalah perilaku yang khas, regresi, primitive, afek tidak sesuai dengan karakteristik. Umumnya wajah dungu, tertawa aneh-aneh, menangis dan menarik diri secara ekstrim (Mary C. Townsend 1998).

Skizophrenia hebrefenik adalah percakapan dan perilaku yang kacau serta afek yang datar atau tidak tepat, gangguan asosiasi juga banyak terjadi (Issac 2004).

Skizophrenia hebrefenik permulanya sub akut dan sering timbul pada remaja antara 15 = 25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality (Maramis 1998).

2.1.2 Faktor Penyebab Skizophrenia

1) Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizophrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%. (Maramis, 1998; 215).

2) Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

3) Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstermitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

4) Susunan Saraf Pusat (SSP)

Penyebab skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau korteks otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefakt pada waktu membuat sediaan.

5) Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dan kenyataan (otisme).

6) Teori Sigmund Freud

Skizofrenia terdapat (1) kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik, (2) superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase nersisisme dan (3) kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

7) Eugen Bleuler

Penggunaan istilah skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses fikir, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme), gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).

8) Teori Lain

Skizofrenia sebagai suatu sindroma yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab antara lain keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, penyakit badaniah seperti lues otak, arterosklerosis otak dan penyakit lain yang belum diketahui.

9) Ringkasan

Sampai sekarang belum diketahui dasar penyebab skizofrenia. Dapat dikatakan bahwa faktor keturunan mempunyai pengaruh. Faktor yang mempercepat, yang menjadikan manifestasi atau faktor pencetus (presipitating factors) seperti penyakit badaniah atau stress psikologis, biasanya tidak menyebabkan skizofrenia, walaupun pengaruhnya terhadap suatu penyakit skizofrenia yang sudah ada tidak dapat disangkal. (Maramis, 1998 : 218).

2.1.3 Jenis Skizophrenia

Menurut Hawari (2001), klasifikasi gangguan skizofrenia dikelompokkan dalam 5 tipe atau kelompok yang mempunyai spesifikasi masing-masing yaitu sebagai berikut :

1) Skizofrenia Tipe Hebefrenik

Skizofrenia tipe ini disebut sebagai disorganized type atau “kacau-balau” yang ditandai adanya gejala-gejala antara lain :

- a) Inkohorensi yaitu jalan pikiran yang kacau , tidak dapat mengerti apa maksudnya.

- b) Alam perasaan yang datar tanpa ekspresi serta tidak serasi atau setolol-tololnya.
- c) Perilaku dan tertawa kekanak-kanakan, senyum dan menunjukkan rasa tidak puas atau seyu, yang hanya dihayati sendiri.
- d) Waham (delusion) tidak jelas dan tidak sistematis (terpecah-pecah) tidak terorganisir sebagai kesatuan.
- e) Halusinasi yang terpecah-pecah yang isisnyatema tidak terorganisir sebagai satu kesatuan.
- f) Perilaku aneh.

2) Skizofrenia Tipe Katatonik

- a) Stupor Katatonik, yaitu peringanan hebat dalam reaktiv terhadap lingkungan dan atau pengurangan dari pergerakan atau aktivitas spontan sehingga nampak seperti “patung” atau diam membisu.
- b) Negatif Katatonik, yaitu suatu perlawanan yang nampaknya tanpa motif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan dirinya.
- c) Kegaduhan Katatonik, yaitu kegaduhan aktifitas motorik, yang nampaknya tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh rangsang luar.

3) Skizofrenia Tipe Paranoid

- a) Waham Kebesaran.
- b) Halusinasi mengandung isi kerja atau kebesaran.
- c) Gangguan Alam Perasaan dan Perilaku.

4) Skizofrenia Tipe Residual

Merupakan sisa-sisa dari gejala yang tidak menonjol, misalnya alam perasaan yang tumpul dan mendatar serta tidak serasi, penarikan diri dari pergaulan sosial, tingkah laku eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional atau pelonggaran asosiasi pikiran.

5) Skizofrenia Tidak Tergolongkan

Tipe ini tidak dapat dimasukkan kedalam tipe-tipe skizofrenia yang lain, hanya gambaran klinisnya terdapat waham, halusinasi, inkohereni atau tingkah laku yang kacau.

6) Golongan Skizofrenia lainnya

- a) Skizofrenia Simplek yaitu bentuk psikosis yang perkembangannya lambat dan perlahan-lahan dari perilaku yang aneh, ketidakmampuan menentukan tuntutan masyarakat, dan penurunan kemampuan / kemampuan total.
- b) Skizofrenia Skizofreniform
Gambaran skizofreniform ini sama dengan skizofrenia, perbedaannya adalah bahwa fase-fase perjalanan penyakitnya kurang dari 6 bulan tetapi lebih lama dari 2 minggu.
- c) Skizofrenia Laten
Perilaku yang eksentrik atau tidak konsekuen dan keanehan alam perasaan yang memberi kesan seperti skizofrenia.
- d) Gangguan Skizoafektif
Gambaran klinis tipe ini adalah dinominasi oleh gangguan pada alam perasaan disertai waham dan halusinasi.

2.1.4 Tanda dan Gejala Skizophrenia

Menurut Hawari (2004, p.43-46), gejala-gejala positif yang diperlihatkan pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

- a. Delusi atau waham yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya / keyakinannya.
- b. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus). Misalnya penderita mendengar suara-suara / bisikan-bisikan ditingalnya padahal tidak ada sumber dari suara / bisikan itu. Atau seolah-olah melihat bayangan-bayangan yang tak nampak.
- c. Kekacauan alam pikir yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e. Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat, dan sejenisnya.

- f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- g. Menyimpan rasa permusuhan.

Gejala-gejala positif skizofrenia sebagaimana diuraikan diatas amat mengganggu lingkungan (keluarga) dan merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa penderita berobat.

Gejala negatif yang diperlihatkan pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

- a. Alam perasaan (affect) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Menarik diri atau mengasingkan diri (withdrawl) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (day dreaming).
- c. Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e. Sulit dalam berpikir abstrak.
- f. Pola pikir stereotype.
- g. Tidak ada / kehilangan dorongan kehendal (avolition) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, menonton, serta tidak ingin apa-apa, dan serba malas. (kehilangan nafsu).

2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Tomb (2004), pengobatan untuk penderita skizofrenia dapat menggunakan beberapa metode antara lain :

- a. Metode Biologik

Obat psikosis akut dengan obat anti psikotik, lebih disukai dengan anti psikotik atypical baru (kisaran dosis ekuivalen = chlorpromaxine 300-600 mg/hari). Ketidapatuhan minum obat sering terjadi, oleh karena itu perlu diberikan depo flufenazine atau haloperidol kerja-lama merupakan obat terpilih. Penambahan litium, benzodiazepine, atau diazepam 15-30 mg/hari atau klonazepam 5-15 mg/hari sangat membantu menangani skizofrenia yang disertai dengan kecemasan atau depresi. Terapi kejang listrik dapat bermanfaat untuk mengontrol dengan cepat beberapa psikosis akut. Sangat

sedikit pasien skizofrenia yang tidak berespon dengan obat-obatan dapat membaik dengan ECT.

b. Metode Psikosis

Menurut Hawaii (2006, p.105-108) jenis psikoterapi yang dilakukan untuk menangani penyakit skizofrenia antara lain :

1) Psikoterapi Suportif

Bentuk terapi yang bertujuan memberikan dorongan semangat dan motivasi agar penderita tidak merasa putus asa dan semangat juangnya (fighting spirit) dalam menghadapi hidupnya.

2) Psikoterapi Re-Eduktif

Bentuk terapi yang dimaksudkan memberi pendidikan ulang untuk merubah pola pendidikan lama dengan yang baru sehingga penderita lebih adaptif terhadap dunia luar.

3) Psikoterapi Rekontruksi

Terapi yang dimaksudkan untuk memperbaiki kembali kepribadian yang mengalami keresahan.

4) Terapi Tingkah Laku

Terapi yang bersumber dari teori psikologi tingkah laku (behavior phsicology).

5) Terapi Keluarga

Bentuk terapi yang menggunakan media sebagai titik tolak terapi karena keluarga selain sumber terjadinya gangguan tingkah laku juga sekaligus sarana terapi yang dapat mengembalikan fungsi psikis dan sosial melalui komunikasi timbal balik.

6) Psikoterapi Kognitif

Memulihkan kembali fungsi kognitif sehingga mampu membedakan nilai-nilai sosial dan etika.

2.1.6 Pengertian Isolasi Sosial

a. Pengertian

Kerusakan interaksi sosial merupakan suatu gangguan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel menimbulkan perilaku maladaptive dan mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial. (Depkes RI, 2000).

Merupakan upaya menghindari suatu hubungan komunikasi dengan orang lain karena merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi rasa, pikiran dan kegagalan. Klien mengalami kesulitan dalam berhubungan secara spontan dengan orang lain yang dimanifestasikan dengan mengisolasi diri, tidak ada perhatian, dan tidak sanggup berbagi pengalaman (Balitbang, 2007).

Kerusakan interaksi sosial adalah suatu gangguan kepribadian yang tidak fleksibel, tingkah maladaptif, dan mengganggu fungsi individu dalam hubungan sosialnya (Stuart dan Sundeen, 1998).

Kerusakan interaksi sosial adalah suatu keadaan dimana seorang berpartisipasi dalam pertukaran sosial dengan kuantitas dan kualitas yang tidak efektif. Klien yang mengalami kerusakan interaksi sosial mengalami kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain salah satunya mengarah pada menarik diri.

Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain (Rawlins, 1993).

b. Etiologi

Terjadinya gangguan ini dipengaruhi oleh faktor predisposisi di antaranya perkembangan dan sosial budaya. Kegagalan dapat mengakibatkan individu tidak percaya pada diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan, dan merasa tertekan. Keadaan ini dapat menimbulkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, lebih menyukai berdiam diri, menghindar dari orang lain, dan kegiatan sehari-hari terabaikan.

c. Faktor Predisposisi

- Faktor tumbuh kembang

Pada setiap tahapan tumbuh kembang individu ada tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tidak terjadi gangguan dalam hubungan sosial. Bila tugas-tugas dalam perkembangan ini tidak terpenuhi maka akan menghambat fase perkembangan sosial yang nantinya akan dapat menimbulkan masalah.

- Faktor komunikasi dalam keluarga

Gangguan komunikasi dalam keluarga merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Dalam teori ini yang termasuk masalah dalam berkomunikasi sehingga menimbulkan ketidakjelasan (double bind) yaitu suatu keadaan dimana seorang anggota keluarga menerima pesan yang saling bertentangan dalam waktu bersamaan atau ekspresi emosi yang tinggi dalam keluarga yang menghambat untuk berhubungan dengan lingkungan di luar keluarga.

- Faktor sosial budaya

Isolasi sosial atau mengasingkan diri dari lingkungan sosial merupakan suatu faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Hal ini disebabkan oleh norma-norma yang salah dianut oleh keluarga, dimana setiap anggota ke luarga yang tidak produktif seperti usia lanjut, berpenyakit kronis, dan penyandang cacat diasingkan dari lingkungan sosialnya.

- Faktor biologis

Faktor biologis juga merupakan salah satu faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Organ tubuh yang dapat mempengaruhi terjadinya gangguan hubungan sosial adalah otak, misalnya pada klien skizofrenia yang mengalami masalah dalam hubungan sosial memiliki struktur yang abnormal pada otak seperti atrofi otak, serta perubahan ukuran dan bentuk sel-sel dalam limbic dan daerah kortikal.

d. Faktor Presipitasi

Terjadinya gangguan hubungan sosial juga dapat ditimbulkan oleh faktor internal dan eksternal seseorang. Faktor stressor presipitasi dapat dikelompokkan sebagai berikut :

- Faktor eksternal

Contohnya adalah stressor sosial budaya, yaitu stress yang ditimbulkan oleh faktor sosial budaya seperti keluarga.

- Faktor internal

Contohnya stressor psikologis, yaitu stress terjadi akibat ansietas atau kecemasan yang berkepanjangan dan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan individu untuk mengatasinya. Ansietas ini dapat terjadi akibat tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau tidak terpenuhinya kebutuhan individu.

e. Tanda dan gejala

Berikut ini adalah tanda dan gejala klien dengan isolasi sosial :

- 1) Kurang spontan.
- 2) Apatis (acuh terhadap lingkungan).
- 3) Ekspresi wajah kurang berseri.
- 4) Tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri.
- 5) Tidak ada atau kurang komunikasi verbal.
- 6) Mengisolasi diri.
- 7) Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitar.
- 8) Asupan makanan dan minuman terganggu.
- 9) Retensi urine dan feses.
- 10) Aktivitas menurun.
- 11) Kurang energy (tenaga).
- 12) Rendah diri.
- 13) Postur tubuh berubah, misalnya sikap fetus/janin (khususnya pada posisi tidur).

f. Rentang respons



Berikut ini akan dijelaskan tentang respons yang terjadi pada isolasi sosial:

- Respons adaptif

Respons adaptif adalah respons yang masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan secara umum yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut masih dalam batas normal ketika menyelesaikan masalah. Berikut ini adalah sikap yang termasuk respons adaptif.

- a) Menyendiri, respons yang dibutuhkan seseorang untuk merenungkan apa yang telah terjadi di lingkungan sosialnya.
- b) Otonomi, kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, dan perasaan dalam hubungan sosial.
- c) Bekerja sama, kemampuan individu yang saling membutuhkan satu sama lain.
- d) Interdependen, saling ketergantungan antara individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.

- Respons maladaptif

Respons maladaptif adalah respons yang menyimpang dari norma sosial dan kehidupan di suatu tempat. Berikut ini adalah perilaku yang termasuk respons maladaptif:

- a) Menarik diri, seseorang yang mengalami kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.
- b) Ketergantungan, seseorang gagal mengembangkan rasa percaya diri sehingga tergantung dengan orang lain.

- c) Manipulasi, seseorang yang mengganggu orang lain sebagai objek individu sehingga tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam.
- d) Curiga, seseorang gagal mengembangkan rasa percaya terhadap orang lain.

g. Pohon Masalah



2.1.7 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Pada Klien Dengan Isolasi Sosial

1. Pengkajian

Pengelompokan data pada pengkajian kesehatan jiwa berupa faktor presipitasi, penilaian stressor, suberkoping yang dimiliki klien. Setiap melakukan pengajian, tulis tempat klien dirawat dan tanggal dirawat isi pengkajian meliputi :

1) Identitas Klien

Meliputi nama klien , umur , jenis kelamin , status perkawinan, agama, tanggal MRS, informan, tanggal pengkajian, No Rumah klien dan alamat klien.

2) Alasan Masuk

Keluhan biasanya berupa menyendiri (menghindar dari orang lain) komunikasi kurang atau tidak ada, berdiam diri dikamar, menolak interaksi dengan orang lain, tidak melakukan kegiatan sehari – hari, dependen.

3) Faktor predisposisi

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

Terjadi trauma yang tiba tiba misalnya harus dioperasi, kecelakaan diceraikan suami, putus sekolah, PHK, perasaan malu karena sesuatu yang terjadi (korban perkosaan, tuduh kn, dipenjara tiba – tiba) perlakuan orang lain yang tidak menghargai klien/ perasaan negatif terhadap diri sendiri yang berlangsung lama.

4). pemeriksaan fisik

Hasil pengukuran tanda vital (TD, Nadi, suhu, Pernapasan , TB, BB) dan keluhan fisik yang dialami oleh klien.

5) Genogram yang menggambarkan tiga generasi.

6) Konsep diri

a) Citra tubuh :

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 keputusasaan, mengungkapkan ketakutan.

b) Identitas diri

Ketidak pastian memandang diri , sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan .

c) Peran

Berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit , proses menua , putus sekolah, PHK.

d) Ideal diri

Mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya : mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.

e) Harga diri

Perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri, dan kurang percaya diri.

7) Hubungan Sosial

Klien mempunyai gangguan atau hambatan dalam melakukan hubungan sosial dengan orang lain terdekat dalam kehidupan, kelompok yang di ikuti dalam masyarakat.

8) Keyakinan klien terhadap Tuhan dan kegiatan untuk ibadah (spritual).

9) Status Mental

a. Penampilan

Penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian yang tidak sesuai, dll

b. Pembicaraan

Amati pembicaraan yang ditemukan pada klien : membisu, apatis, lambat, kurang dapat memulai pembicaraan.

c. Aktivitas Motorik

Lesu, tegang, berdiam diri dikamar, dll.

d. Afek/ Emosi

Datar = tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.

Tumpul = hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat.

Labil = emosi yang cepat berubah-ubah

Tidak sesuai = emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.

Sedih, putus asa, khawatir, ketakutan, dll.

e. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung.

Kontak mata kurang, curiga menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain, klien suka menyendiri dan kurang mampu berhubungan dengan orang lain.

f. Persepsi

g. Proses fikir :

Bentuk : Non Realistik (tidak berdasarkan kenyataan)

Arus : Inkoheren (mengucapkan kata-kata yang tidak logis dan tidak ada hubungannya satu sama lain, kalimat yang satu dengan yang lainnya. Bloking (pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali).

Isi pikir : depersonalisasi (perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan).

h. Tingkat kesadaran

Kuantitatif :

GCS : 456, Composmetis,

Stupor didapat melalui observasi.

Kualitatif :

Kesadaran berubah : kemampuan mengadakan relasi dan limitasi terhadap lingkungan dan dirinya sendiri sudah terganggu pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan.

Data tentang bingung, sedasi, orientasi (waktu, tempat, orang) diperoleh melalui wawancara.

10) Kebutuhan persiapan pulang.

1. Klien mampu menyiapkan dan membersihkan alat makan.
2. Klien mampu BAB dan BAK, menggunakan dan membersihkan WC, membersihkan dan merapikan pakaian.
3. Pada observasi mandi dan cara berpakaian klien terlihat rapi.
4. Klien dapat melakukan istirahat dan tidur , dapat beraktivitas didalam dan di luar rumah.
5. Klien dapat menjalankan program pengobatan dengan benar.

11) Terapi Medik dan Laborat

Terapi yang diterima klien bisa berupa therapy farmakologi ECT, Psikomotor, therapy okopasional, TAK , dan rehabilitas.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah identifikasi atau penilaian pola respons baik aktual maupun potensial (Stuart and Sundeen, 1995).

Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien hebebrenik yang dapat disimpulkan dari pengkajian adalah sebagai berikut :

- 1) Isolasi sosial : menarik diri.
 - 2) Gangguan konsep diri: harga diri rendah.
 - 3) Resiko perubahan sensori persepsi.
 - 4) Koping individu yang efektif sampai dengan ketergantungan pada orang lain.
 - 5) Gangguan komunikasi verbal, kurang komunikasi verbal.
 - 6) Intoleransi aktifitas.
 - 7) Kekerasan resiko tinggi.
- ## 3. Diagnosa Keperawatan.
1. Isolasi sosial : menarik diri.
- ## 4. Rencana Tindakan Keperawatan.

Sp I (Pasien)

1. Pasien mampu mengenali isolasi sosial menarik diri yang dialaminya.

Pada pelaksanaan SP1 peneliti membutuhkan waktu kurang lebih 30 menit untuk mewawancarai klien. Data yang terkaji diantaranya klien mengatakan mau berkumpul dengan teman-temannya karena klien sadar jika menyendiri tidak dapat teman-temannya. Pelaksanaan SP1 ini sesuai dengan acuan yang dibuat peneliti menurut buku Anna Keliat 2011.

2. Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri.

Pada pelaksanaan SP2 ini peneliti mengajarkan kepada pasien cara yang kedua yaitu dengan cara bercakap-cakap waktu yang dibutuhkan oleh peneliti hanya 5 menit, kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandannya. Disini peneliti berusaha memotivasi pasien bahwa tidak perlu menarik diri terhadap orang lain.

3. SP3 (Pasien)

Pasien dapat menyebutkan penyebab menarik diri yaitu melakukan aktivitas yang terjadwal.

Pelaksanaan SP3 ini peneliti membutuhkan waktu 15 menit untuk memotivasi pasien membuat jadwal kegiatan harian, sehingga nantinya akan dilakukan sesuai dengan jadwal kegiatan yang dibuat. Pelaksanaan SP3 ini sangat simpel dan sesuai dengan acuan yang telah dibuat, dan hasilnya positif, pasien melaksanakan kegiatan sesuai dengan yang dibuatnya misalnya waktunya jam tidur siang, pasien melaksanakan tidur siang. Peneliti belum menemukan hambatan pada SP3, karena pasien dapat baca tulis dengan baik, respon pasien sangat kooperatif terhadap peneliti dan pasien sangat senang karena dapat membuat kegiatan harian dengan begitu pasien merasa punya kegiatan.

4. SP4 (Pasien)

Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal.

Pada pelaksanaan SP4 waktu yang dibutuhkan peneliti untuk berdiskusi kurang lebih 15 menit. Respon pasien sangat kooperatif ketika menjelaskan tentang pentingnya mengikuti program pengobatan secara optimal dan teratur. Pelaksanaan SP4 ini sangat simpel dan sesuai dengan acuan yang ada menurut buku MAKPS RSJ Menur Surabaya dan FKIP UNAIR.

Evaluasi

Kriteria evaluasi :

- 1.1 Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.
- 2.1 Klien dapat dapat menyebutkan penyebab menarik diri berasal dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- 3.1 Klien dapat menyebutkan keuntungan dan kerugian dalam berhubungan dengan orang lain.

- 4.1 Klien dapat mendemonstrasikan hubungan sosial secara bertahap : K – P, K – P – K, K – P – Kel, K – P – Kelompok.
- 5.1 Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain untuk diri sendiri dan orang lain.
- 6.1 Keluarga dapat berpartisipasi dalam merawat klien menarik diri.