

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar

##### 2.1.1 Pengertian

Pengertian skizofrenia menurut PPDGJ III yang bersumber pada IDC-X. DSM-IV adalah suatu deskripsi sindroma dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas serta jumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik fisik dan sosial budaya.

Skizofrenia tipe hebefrenik adalah salah satu tipe skizofrenia yang mempunyai ciri-ciri inkoherensi yang jelas dan bentuk pikiran yang kacau, adanya gangguan kemauan atau depersonalisasi adanya gangguan psikomotor seperti mennerism, neurogisan, perilaku kekanak-kanakan halusinasi.

(W.F. Maramis, 1998 : 223).

Gangguan disorientasi realita adalah ketidakmampuan klien menilai dan berespon pada realita. Klien tidak dapat membedakan rangsul internal dan eksternal, tidak dapa membedakan lamunan dan kenyataan. Klien tidak mampu memberi respons secara akurat, sehngga tampak perilaku yang sukar dimengerti dan mungkin menakutkan (Budi Anna Keliat, 1999 : 25).

## 2.1.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi

### a. Faktor Predisposisi

Terjadinya gangguan orientasi realita di pengaruhi oleh multi faktorial baik internal maupun eksternal.

#### 1) Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi, pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

#### 2) Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang memberi seseorang disingkurkan dengan kesepian yang selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat ilusi dan halusinasi.

#### 3) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat yang berakhir dengan pengingkaran kenyataan.

#### 4) Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realita dapat ditemukan atrapi otak, pembesaran ventrikel, perubahan besar dan bentuk korteks dan limbik.

### 5) Faktor genetik

Gangguan orientasi realita umumnya ditemukan pada skizofrenia hebefrenik, ditemukan cukup tinggi pada keluarga dengan skizofrenia dan akan lebih tinggi pada keluarga dengan kedua orang tua menderita skizofrenia, dari hasil penelitian ditemukan kembar zigat pada perkembangan skizofrenia.

### b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang bersumber internal dan eksternal yaitu :

#### 1) Stress sosial budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga perpisahan dengan orang penting atau diasingkan kelompok.

#### 2) Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, norepineprin inalamin, zat halusinagenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realita.

#### 3) Faktor psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah kemungkinan berkembangnya gangguan orientasi realita, pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

#### 4) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realita berkaitan dengan perubahan, proses berfikir, ofektik, persepsi, motorik dan sosial (Bambang Tutuko, 1995 : 40).

### 2.1.3 Etiologi

Penyebab skizofrenia belum diketahui dengan pasti, tetapi ada beberapa teori tentang penyebabnya antara lain :

#### a. Teori somatogenik

##### 1) Keturunan

Dapat dipastikan bahwa ada faktor keturunan yang dapat menentukan timbulnya skizofrenia, hal ini dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga skizofrenia. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9 – 1,8 %, bagi saudara kandung 7 – 15 % bagi anak bagi salah satu orang tua menderita skizofrenia 7-16 %, bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40-68 %, bila kembar dua telur (heterozigat) 2-15 %, bagi kembar satu telur (monosigat) 61-86 %.

Tetapi pengaruh keturunan tidak sederhana seperti hukum minder tentang hal ini, potensi mungkin kuat atau mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu.

##### 2) Endokrin

Dahulu dikira bahwa skizofrenia mungkin disebabkan oleh suatu gangguan endokrin, teori ini dikemukakan berhubungan

dengan sering timbulnya skizofrenia pada masa pubertas, kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium, tetapi hal ini tidak dapat dibuktikan.

### 3) Metabolisme

Diduga adanya gangguan metabolisme karena penderita dengan skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat, untuk ekstremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun. Penderita katatonik konsumsi zat asam menurun, hipotesa ini tidak dibenarkan oleh banyak sarjana. Akhir-akhir ini ditinjau kembali dengan pemakaian obat halusinagenik yang gejalanya mirip skizofrenia.

### 4) Susunan saraf pusat

Diteliti adanya orang yang menyangka bahwa skizofrenia disebabkan oleh kelainan syaraf yaitu pada diansefalon atau konteks otak tetapi kelainan patologis yang ditimbulkan mungkin disebabkan karena perubahan (post partum) atau merupakan artefakto pada waktu membuat sediaan.

## b. Teori psikogenik

### 1. Teori Adolf Meyer

Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniyah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia, menurut Meyer skizofrenia adalah suatu mol adaptif.

## 2. Teori Sigmund Freud

Menurut Sigmund Freud skizofrenia terdapat :

- a) Kelemahan ego yang timbul karena penyebab psikogenik atau somatik.
- b) Super ego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan satu persen yang berkuasa serta regresi ke fase narsisisme.
- c) Kehilangan kapasitas untuk pemindahan.

## c. Teori sosiogenik

### 1) Keadaan sosial ekonomi

Masyarakat modern akan mengalami perubahan dari segala segi terutama sosial ekonomi, masyarakat harus mampu berfikir agar bisa sejajar dengan yang lain, sehingga pemanfaatan waktunya harus terprogram dengan baik, dan manusia menjadi sangat sibuk, kesibukan manusia bisa tak terkontrol, hal ini bisa menimbulkan kejenuhan bagi manusia, kejenuhan yang dibiarkan berlama-lama akan mempengaruhi jiwa seseorang, orang menjadi berfikir kerdil dan tidak lagi realistis dan manusia menjadi merasa diburu oleh angan-angan sendiri, akibatnya akan mengalami gangguan jiwa.

### 2) Pengaruh keagamaan

Seseorang yang mendalami ajaran agama berlebihan dan tidak bisa mempertahankan adanya godaan, orang akan merasa dirinya diburu oleh dosa, takut, cemas, jika keadaan ini berlangsung lama akan menimbulkan goncangan jiwa (Maramis, 1998., hal 222).

#### 2.1.4 Dampak masalah

Gangguan jiwa kronis mempunyai diagnosa medis skizofrenia hebefrenik dengan gejala tersering desorientasi realita, klien dengan disorientasi tidak dapat membedakan rangsangan internal dan eksternal, disamping itu klien mengalami kemunduran yang ditandai dengan hilangnya motivasi, tanggung jawab, apatis, menghindari dari kegiatan dan hubungan sosial, kemampuan dasar sering terganggu seperti perawatan diri dan aktivitas hidup.

Situasi tersebut dapat menimbulkan dampak bagi klien, keluarga dan masyarakat, itu merupakan pencerminan dari respon klien sehubungan dengan penyakitnya, dampak tersebut adalah :

##### a. Dampak bagi klien

Dampak bagi klien menggunakan 11 pola gordon sebagai berikut :

##### 1) Pola penatalaksanaan hidup

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita tidak mau melaksanakan fungsi dasar secara mandiri seperti kebersihan diri, penampilan, kerapian diri sendiri tetapi klien tersebut tahu dan mampu melaksanakannya.

##### 2) Pola nutrisi dan metabolisme

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita cenderung untuk makan berlebihan sehingga berat badan meningkat.

3) Pola eliminasi

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita timbul kebiasaan buang air besar yang tidak teratur dan klien bermalas-malasan. Sehingga bisa mengalami gangguan eliminasi alvi dan urin, obstipasi maupun kontipasi, tetapi tidak jarang dijumpai juga klien buang air besar disembarang tempat tanpa ada rasa khawatir.

4) Pola aktivitas

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita akan mengalami gangguan aktivitas dimana klien jarang dan hampir tidak mau mengikuti kegiatan baik diruangan maupun diluar ruangan.

5) Pola istirahat dan tidur

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita kadang-kadang terjadi gangguan tidur terutama waktu tidur.

6) Pola persepsi diri

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita akan mengalami gangguan identitas diri dimana klien tidak mengenal dirinya sendiri dan tidak dapat menilai dirinya sendiri.

7) Pola persepsi dan kognitif

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita akan mengalami gangguan dalam memusatkan pikiran, mengkonsentrasikan ide-ide untuk mengenal dirinya sendiri sehingga sering terjadi kekacauan antara pengamatan, tanggapan an realitas.



## 8) Pola seksual

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita terjadi penurunan respon seksual skarena tidak ada respon terhadap lingkungan, sehingga klien tidak ada gairah seksual.

## 9) Pola penanggulangan stress

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita mengalami gangguan dalam berhubungan interpersonal, opatis, menarik diri, terisolasi dengan teman-teman dan keluarga serta memiliki ketrampilan interpersonal yang minimal, ini karena klien dan dalam proses adaptasi terhadap lingkungan kehidupan dan stimulasi kurang.

## 10) Pola kepercayaan beragama

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita terjadi gangguan dalam melaksanakan ibadah serta tidak percaya akan kekuasaan Allah SWT serta tidak mampu mengidentifikasi tujuan dan makna hidup.

## 11) Pola penanggulangan stress.

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita mengisolasi sosial, kurang sistem pendukung dan adanya gangguan fungsi klien yang menyebabkan kurangnya kesempatan menggunakan koping untuk menghadapi stres akibatnya koping klien akan melemah dan tidak ada penambahan koping baru, sehingga klien tidak dapat berespon secara adeptif dan mudah masuk dalam keadaan kritis. (Budi Anna Kelliat, 1991: 7-9).

b. Dampak terhadap keluarga

1) Kecemasan dan ketakutan keluarga

Takut dan cemas akan gangguan keamanan terutama bila klien berperilaku agresif, sehingga dapat merusak diri sendiri dan orang lain serta keluarga.

2) Beban tambahan dari keluarga

Dalam hal ini pendapatan keluarga, karena klien dengan penyakit ini akan mengalami kendala dalam fungsi mencari nafkah dan akan tergantung orang lain selama sakit.

3) Gangguan dalam interaksi dalam keluarga

Klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita sering terjadi kekacauan pengamatan, tanggapan dan realita sehingga interaksi dengan keluarga kurang harmonis.

4) Psikologi keluarga

Secara tidak langsung membuat keluarga malu sehingga mengisolasi klien.

c. Dampak terhadap masyarakat

Terjadi penurunan sosialnya dalam masyarakat, selain itu juga menyebabkan keresahan dan mengganggu keamanan masyarakat, karena ada perilaku agresif dan bermusuhan.

## 2.2 Asuhan Keperawatan

Pemberiaan asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama antara perawat dengan klien dan atau

masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Nasrul Effendy, 1995 : 15).

Perawat memerlukan metode ilmiah dalam melakukan proses terapi yakni proses keperawatan membantu perawat dalam melakukan praktek keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien atau memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, logis, sistematis dan terorganisasi. Pada dasarnya proses keperawatan merupakan salah satu tehnik penyelesaian masalah (problem solving) (Budi Anna Kelliat, 1997 : 56).

Dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional digunakan pendekatan proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya terdiri dari empat tahap yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan pemikiran dasar utama dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Nasrul Effendy, 1995 : 13).

Tahap pengkajian terdiri dari empat kegiatan antara lain : pengumpulan data, analisa data, sistematika data dan perumusan diagnosa keperawatan.

##### 2.2.1.1 Pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi dari klien, yang meliputi unsur bio, psiko, sosial dan spiritual

yang komprehensif, untuk mendapatkan data-data yang lengkap dan relevan, perawat membutuhkan dasar yang kuat dari berbagai disiplin ilmu.

Kegiatan pengumpulan data dimulai pada saat klien masuk dan dilanjutkan secara terus-menerus selama proses keperawatan berlangsung, pengumpulan data bertujuan untuk mendapatkan data yang penting tentang klien, karena sumber data utama adalah klien.

Di bawah ini diterangkan cara-cara dalam pengumpulan data terdiri dari :

1) Data biografi klien

Data biografi klien meliputi nama lengkap, nama panggilan, jenis kelamin, suku / bangsa, agama, status perkawinan, bahasa yang digunakan, pendidikan terakhir, alamat rumah yang mudah dihubungi, nomor catatan medik, tanggal masuk Rumah Sakit dan diagnosa medis.

2) Data biografi penanggung jawab

Meliputi nama, umur, alamat, agama, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, suku / bangsa, hubungan dengan klien.

3) Informasi medik yang penting

Pada informasi medik meliputi diagnosa medik, riwayat alergi obat-obatan dan makanan, obat-obatan terakhir di dapat.

#### 4) Faktor predisposisi

- a) Pengalaman masa lalu pernah mengalami kegagalan, kurang perhatian, pernah menganiaya secara fisik, pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu.
- b) Jika klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah klien dapat beradaptasi dimasyarakat, tapi masih ada gejala sisa, apakah ada kemajuan atau gejala bertambah atau menetap.
- c) Klien pernah mengalami / melakukan / menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, lingkungan kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal, jika pernah beri penjelasan singkat dan jelaskan kejadian yang dialami klien.
- d) Dalam keluarga ada anggota keluarganya yang mengalami gangguan-gangguan jiwa, maka tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga tersebut. Apa ada gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan kepada anggota.
- e) Pengalaman yang menyenangkan atau tidak bagi klien (kegagalan, kehilangan perpisahan, kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami pada masa lalu.

#### 5) Pemeriksaan fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ :

- a) Ukur dan observasi tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, RR).

- b) Ukur tinggi badan dan berat badan.
  - c) Apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.
  - d) Kaji lebih lanjut sistem dan fungsi organ yang dikeluhkan klien.
- 6) Psikososial
- a) Genogram merupakan silsilah keturunan dari 3 (tiga) generasi yaitu klien, faktor keturunan ini merupakan salah satu etiologi dari penyakit yang diderita oleh klien tapi masih terus dilakukan penelitian oleh para ilmuwan.
  - b) Konsep diri
    - 1) Gambaran diri

Persepsi klien terhadap tubuhnya yang paling disukai atau tidak disukai.
    - 2) Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.
    - 3) Peran

Merupakan peran klien sebagai individu dalam keluarga dan masyarakat.
    - 4) Ideal diri

Harapan terhadap tubuh, posisi / status / tugas, harapan klien terhadap lingkungan.

## 5) Harga diri

Merasa tidak berguna / tidak berdaya merasa tidak diterima harga diri rendah.

## c) Hubungan sosial

Pada klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan orientasi realita akan timbul kesepian, isolasi sosial, hubungan yang dangkal dan tergantung.

## d) Spiritual

## 1) Nilai dan kepercayaan

Perasaan berdosa dan bersalah yang berlebihan, pandangan masyarakat mengenai gangguan jiwa.

## 2) Kegiatan ibadah

Kegiatan individu dan kelompok, pandangan klien atau keluarga mengenai kegiatan ibadah.

## 7) Status mental

## a) Penampilan

1) Penampilan tidak rapi jika dari ujung kaki sampai rambut ada yang tidak rapi misalnya : rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, baju terbalik atau tidak ganti-ganti

2) Penggunaan pakaian tidak sesuai.

3) Cara berpakaian tidak seperti biasanya

## b) Pembicaraan

1) Amati pembicaraan klien nada tinggi sampai berteriak.

2) Apakah pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain yang tidak ada kaitannya.

c) Aktifitas motorik

Klien tampak lesu, agitasi, tekanan darah meningkat, grimase, tremor, konvulsif, jelaskan aktivitas yang ditampilkan klien, pada klien ini biasanya gelisah, tremor dan gemetar.

d) Alam perasaan

Klien terlihat sedih, putus asa, gembira yang berlebihan, ketakutan khawatir, perasaan takut, marah, cemas, panik, perasaan bermusuhan, kehilangan kontrol pengendalian diri.

e) Afek

Afek merupakan pengalaman internal dari perasaan secara eksternal yang dapat diekspresikan secara verbal (melalui kata-kata) dan non verbal (bahasa tubuh).

Perubahan afek pada klien gangguan orientasi realita adalah timbul, datar, tidak sesuai, berlebihan dan ambivalen.

f) Interaksi selama wawancara

Sikap klien bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang, defensif, curiga, ekspresi tegang dan mata liar.

g) Persepsi

Persepsi dapat diartikan sebagai reaksi dari reseptor tubuh terhadap rangsangan dari luar, kemudahan diikuti oleh pengenalan dan pemahaman tentang informasi orang, benda atau lingkungan.



Perubahan persepsi pada klien gangguan orientasi realita adalah halusinasi dan dipersonalisasi.

h) Proses berfikir

Pola pikir jelas dan logis merupakan karakteristik orang dewasa pada klien dengan gangguan orientasi realita pola dan proses pikir mundur ke pola dan pola proses pikir kanak-kanak yang disebut pola pikir primitif.

Dasar perubahan proses pikir adalah pemikiran autistik yang dimanifestasikan dengan pemikiran primitif, hilangnya asosiasi, pemikiran magis, delusi dan perubahan linguistik.

i) Isi pikir

Obsesi, fobia, hipokondria, depersonalisasi, ide yang terkait, waham.

j) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran klien bingung, stupor, disorientasi, apa yang dikaitkan atau dikatakan saat wawancara.

k) Memori

Gangguan ingat jangka panjang, jangka pendek saat ini, atau konfabulasi.

l) Tingkat konsentrasi berhitung

Klien mudah dialihkan perhatiannya, tidak mampu berkonsentrasi dan tidak mampu berhitung.

m) Daya tilik diri

Klien mengingkari penyakit yang diderita dan tidak menyadari gangguan jiwa yang dialami serta klien menyalahkan hal-hal yang diluar dirinya.

8) Kebutuhan persiapan pulang

Merupakan data yang harus dikaji untuk mengetahui masalah yang mungkin dihadapi saat pulang dari Rumah Sakit meliputi kemampuan klien memenuhi atau menyediakan kebutuhannya, kegiatan hidup sehari-hari, pola nutrisi, pola tidur, apakah klien memiliki sistem pendukung.

9) Daftar masalah

Adapun masalah yang sering muncul pada klien dengan skizofrenia hebefrenik (gangguan disorientasi realita) sebagai berikut :

- a) Gangguan orientasi realita
- b) Gangguan hubungan interpersonal (menarik diri)
- c) Gangguan komunikasi verbal
- d) Koping individu tidak efektif
- e) Gangguan proses berfikir
- f) Defisit perawatan diri
- g) Gangguan pola tidur
- h) Harga diri rendah

### 2.2.1.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas dan pasti tentang masalah kesehatan pasien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan (Nasrul Effendy, 1995 : 16).

Adapun diagnosa yang muncul pada klien dengan gangguan disorientasi realita adalah sebagai berikut :

- 1) Gangguan orientasi realita : waktu berhubungan dengan stimulus eksternal yang tidak adekuat ditandai dengan tidak bisa membedakan waktu, tidak bisa menyebutkan tanda siang dan malam.
- 2) Gangguan hubungan interpersonal : menarik diri berhubungan dengan depersonalia ditandai dengan klien selalu menyendiri, klien tidak mengenal dirinya sendiri.
- 3) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan proses berfikir ditandai dengan klien tidak bisa mengungkapkan perasaannya, kalimat klien tidak dimengerti, klien sering mengulang pertanyaan.
- 4) Koping individu tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan mengekspresikan marah yang konstruktif ditandai dengan klien tidak bisa mengendalikan diri, klien apatis.
- 5) Gangguan perawatan diri berhubungan dengan disorientasi ditandai dengan klien kotor dan bau, klien tidak tahu waktu mandi.
- 6) Koping keluarga yang kurang efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat klien ditandai dengan keluarga merasa malu dengan penyakit klien, keluarga tidak bersedia membawa klien pulang.

- 7) Gangguan intoleransi aktifitas berhubungan dengan dengan kemauan yang menurun ditandai dengan klien malas bekerja, klien tidak mau mengikuti kegiatan terapi. (Sutantri, 1999 : 79-80)

### 2.2.2 Perencanaan

- a. Disorientasi waktu berhubungan dengan perubahan proses berfikir ditandai dengan tidak bisa membedakan waktu, tidak bisa menyebutkan tanda siang atau malam.
  1. Tujuan jangka panjang  
Klien dapat mengembangkan kemampuan orientasi realita.
  2. Tujuan jangka pendek  
Klien mampu membina dan meningkatkan kemampuan berpikir dan memecah masalah-masalah sederhana dengan kriteria hasil :
    - a) Klien mampu mengenal waktu dan kegiatan yang dilakukan.
    - b) Klien dapat berpikir dan membedakan terutama waktu saat dilakukan suatu kegiatan.
    - c) Klien mampu membina hubungan dengan orang lain.
  3. Intervensi
    - a) Bina hubungan saling percaya dengan klien.
    - b) Ciptakan lingkungan terapeutik.
    - c) Kembangkan orientasi realita klien.
    - d) Observasi terhadap proses berfikir dan proses realita klien.

#### 4. Rasional

- a) Hubungan perawat dan klien yang saling percaya dan terbuka memberi rasa aman bagi klien untuk mengungkapkan pikiran dan masalahnya.
- b) Lingkungan fisik dan psikososial yang terapeutik akan menstimulasi kemampuan orientasi realitas.
- c) Klien perlu mengembangkan kemampuan menilai realitas secara adekuat agar klien dapat beradaptasi dan berfikir logis.
- d) Untuk mengetahui perkembangan proses berpikir klien terhadap realita (Sutantri, 1999 : 105)

#### b. Kerusakan interaksi interpersonal berhubungan dengan kemauan menurun

##### 1. Tujuan jangka panjang

Klien mampu berinteraksi sosial lingkungan.

##### 2. Tujuan jangka pendek : kemauan untuk bekerja dan beraktifitas meningkat dengan kriteria hasil.

- a) Klien mulai mempedulikan lingkungan (menyapu dan mengepel serta kegiatan lain).
- b) Tidak menyendiri serta ikut dalam kegiatan atau terapi yang ada di RSJ.

##### 3. Intervensi

- a) Tetap membina hubungan saling percaya antara klien dan tim kesehatan.

- b) Luangkan waktu dengan klien misalnya duduk-duduk.
- c) Diskusikan dengan klien tujuan atau manfaat aktifitas bagi klien serta libatkan klien dalam kegiatan.
- d) Lakukan interaksi sesering mungkin dan berikan motivasi pada klien untuk ikut bergabung dengan teman-temannya.
- e) Kolaborasi dengan tim rehabilitasi tentang pemberian terapi yang sesuai untuk klien.

#### 4. Rasional

- a) Untuk membangkitkan rasa percaya klien dan minat dalam berhubungan dengan orang lain / lingkungan.
  - b) Kehadiran individu yang dipercayai memberikan rasa aman secara emosional sehingga merangsang perasaan klien untuk berinteraksi dengan lingkungan.
  - c) Dengan mengetahui manfaat aktifitas atau kegiatan akan meningkatkan semangat klien untuk bekerja dan berkumpul atau berinteraksi dengan orang lain.
  - d) Dapat membantu klien dalam bersosialisasi dan melibatkan klien dalam percakapan sehingga dapat mengembangkan hubungan interpersonal klien dengan lingkungan.
  - e) Diharapkan dengan terapi yang diberikan dapat mempercepat kesembuhan bagi klien (Sutantri, 1999 : 103).
- c. Penurunan perawatan diri berhubungan dengan disorientasi waktu.  
Ditandai dengan klien menyebutkan mandi 5x yaitu pagi, siang, malam,

pagi siang. Klien tidak memakai sandal, klien tidak menyisir rambut setelah mandi.

1. Tujuan jangka panjang

Klien mampu untuk melakukan perawatan diri.

2. Tujuan jangka pendek

Klien mampu membedakan realita (waktu) dengan baik dengan kriteria hasil :

- a) Klien mampu menyebutkan tanda siang dan malam.
- b) Klien dapat menyebutkan waktu dengan melihat jam.
- c) Klien mampu menyebutkan waktu mandi.
- d) Klien mampu merawat diri sendiri (mandi memakai sabun).

3. Intervensi

- a) Selalu bina hubungan baik antara klien dengan perawat.
- b) Kuatkan aspek realita pada diri klien
- c) Bimbing dan ajarkan klien dalam merawat diri.
- d) Hadirkan realitas dan validasi persepsi klien terhadap dirinya.

4. Rasional

- a) Dengan selalu membina hubungan baik dan saling percaya diharapkan klien lebih kooperatif dalam mengungkapkan segala permasalahan.
- b) Agar klien dapat menilai aspek realita secara adekuat dan mampu membedakan realita yang baik untuk klien.
- c) Klien mampu melakukan perawatan terhadap dirinya sendiri.

d) Dengan stimulus yang nyata maka secara bertahap klien belajar menilai kenyataan dengan akurat (Sutantri, 1999 : 104).

d. Gangguan komunikasi verbal dan non verbal berhubungan dengan gangguan proses berfikir.

1. Tujuan jangka pendek

Pasien dapat menunjukkan kemampuan untuk bertahan pada satu topik, menggunakan ketepatan kata, melakukan kontak mata interniten selama lima menit dengan perawat dalam waktu satu minggu.

2. Tujuan jangka panjang

Pasien dapat menunjukkan kemampuan alam melakukan komunikasi verbal dengan perawat dan sesama pasien dalam suatu lingkungan sosial dengancara yang sesuai atau dapat diterima.

3. Intervensi

a) Gunakan teknik validasi dan klarifikasi untuk mengerti pola komunikasi pasien. (misalnya : apakah yang anda maksudkan.....?)

b) Pertahankan konsistensi perawat yang bertugas.

c) Jelaskan pada pasien dengan cara yang tidak mengancam bagaimana perilaku dan pembicaraannya diterima dan mungkin juga dihindari oleh orang lain.

d) Antisipasi dan penuhi kebutuhan pasien sampai pola komunikasi yang memuaskan kembali.



4. Rasional
  - a) Teknik ini menyatakan kepada pasien bagaimana ia dimengerti oleh orang lain, sedangkan tanggung jawab untuk mengerti ada pada pasien.
  - b) Untuk memudahkan rasa percaya dan kemampuan untuk mengerti tindakan dan komunikasi pasien.
  - c) Hal ini mungkin menolong untuk menyampaikan rasa empati, mengembangkan rasa percaya dan akhirnya mendorong pasien untuk mendiskusikan hal-hal yang menyakitkan hatinya.
  - d) Kenyamanan dan keamanan pasien merupakan prioritas keperawatan
- e. Koping individu tak efektif berhubungan dengan gangguan proses berfikir.
  - 1 Tujuan jangka pendek  
Pasien akan mengembangkan rasa percaya kepada 1 orang perawat.
  - 2 Tujuan jangka panjang  
Pasien dapat mendemonstrasikan lebih banyak penggunaan ketrampilan koping adaptif yang dibuktikan oleh adanya kesesuaian antara terapi dan keinginan untuk berpartisipasi dalam masyarakat.
  - 3 Intervensi
    - a) Dorong perawat yang sama untuk bekerja sama dengan pasien sebanyak mungkin.
    - b) Hindari kontak fisik.

- c) Hindari tertawa, berbisik-bisik, atau bicara pelan sehingga pasien dapat melihat hal tersebut namun tak dapat mendengar apa yang dibicarakan.
  - d) Jujur dan selalu tepati janji.
  - e) Kemungkinan besar dibutuhkan pendekatan yang kreatif untuk mendukung masukan makanan (misalnya makanan kaleng, makanan milik pribadi atau makanan khas keluarga akan memberikan kesempatan lebih besar untuk hal ini).
  - f) Periksa mulut pasien setelah minum obat.
  - g) Jangan berikan kegiatan yang bersifat kompetitif. Kegiatan yang mendukung adanya hubungan interpersonal (satu-satu) dengan perawat atau teapis adalah kegiatan yang terbaik.
  - h) Motivasi pasien untuk mengatakan perasaan yang sebenarnya. Perawat harus menghindari sikap penolakan terhadap perasaan marah yang ditujukan pasien langsung kepada perawat.
  - i) Terapkan sikap aseptif, sesuai kenyataan, pendekatan yang bersahabat.
- 4 Rasional
- a) Dengan tujuan untuk memudahkan perkembangan hubungan saling percaya.
  - b) Pasien yang curiga mungkin mengartikan sentuhan sebagai bahasa tubuh yang mengisyaratkan ancaman.

- c) Pasien curiga seringkali yakin bahwa orang lain sedang membicarakan dirinya, dan sikap yang serba rahasia akan mendukung munculnya suatu hubungan saling percaya.
- d) Kejujuran rasa membutuhkan orang lain akan mendukung munculnya suatu hubungan saling percaya.
- e) Pasien curiga sering yakin bahwa mereka akan diracuni sehingga pasien menolak untuk makan makanan yang disiapkan oleh seseorang dalam piringnya.
- f) Untuk meyakinkan bahwa pasien telah minum obatnya dan tidak mencoba membuang pil-pil tersebut.
- g) Kegiatan kompetitif merupakan kegiatan yang sangat mengancam pasien-pasien curiga.
- h) Mengungkapkan perasaan secara verbal dalam suatu lingkungan yang tidak mengancam mungkin akan menolong pasien untuk sampai kepada saat tertentu dimana pasien dapat mencurahkan perasaan yang telah lama terpendam.
- i) Pasien curiga tidak memiliki kemampuan untuk berhubungan dengan sikap yang bersahabat atau yang ceria sekali  
(Sutantri, 1999 : 108).

f. Gangguan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kemauan yang menurun.

1. Tujuan jangka panjang

Klien mau dan mampu melakukan aktivitas kerja.

2. Tujuan jangka pendek

Kemauan klien untuk beraktivitas kerja meningkat.

3. Kriteria hasil

- Klien ikut bekerja ketika temannya bekerja.
- Klien mau bekerja tanpa disuruh.
- Klien mau mengikuti kegiatan terapi.

4. Rencana tindakan

- a) Lakukan pendekatan dan hubungan saling percaya.
- b) Motivasi klien agar mau melakukan aktivitas kerja.
- c) Berikan kegiatan sesuai dengan kemampuan klien.
- d) Berikan pujian / penghargaan atas hasil klien dalam beraktivitas kerja.

5. Rasional

- a) Klien merasa diperhatikan dan membina hubungan saling percaya.
- b) Dapat mendorong klien untuk melakukan aktifitas kerja.
- c) Aktivitas yang sesuai dengan kemampuan klien akan memudahkan dalam memusatkan perhatian klien.
- d) Dengan memberi pujian dapat merangsang dan menambah semangat diri klien. (Sutantri, 1999 : 110).

### 2.2.3 Pelaksanaan

Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan dan ketrampilannya berdasarkan ilmu keperawatan dan ilmu lain yang ada

kaitannya secara integrasi sewaktu perawat memberikan pelayanan keperawatan, proses pengumpulan data dan analisa data harus berjalan terus, guna perubahan dan penyesuaian dalam tindakan keperawatan. Disini pelaksanaan berdasarkan prioritas sesuai dengan rencana keperawatan (Setiawan, EGC, 2000 : 102).

#### 2.2.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan klien, perawat dan anggota tim kesehatan lainnya.

Pada evaluasi dinilai adanya perubahan perilaku sesuai dengan tujuan dan tindakan keperawatan yaitu klien dapat mengatasi atau mengurangi perasaan curiga, klien mampu menjalin hubungan interpersonal dengan orang lain maupun orang penting dalam hidupnya.

Klien dapat mengatasi perasaannya yang mempunyai kecenderungan melakukan percobaan bunuh diri, sikap bermusuhan dan membunuh orang lain. klien dapat membedakan antara khayalan dengan kenyataan, peningkatan rasa percaya diri dan klien mau dan mampu minum obat secara teratur diharapkan klien tidak aktif untuk melakukan percobaan bunuh diri (Lismidar, 1994 : 94)