

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi

2.1.1 Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang dapat mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi emosional dan tingkah laku dan dapat mempengaruhi fungsi normal kognitif. Gangguan jiwa skizofrenia sifatnya adalah gangguan yang lebih kronis serta melemahkan jika dibandingkan dengan gangguan mental lain Skizoprenia adalah gangguan mental kronis yang ditandai dengan sering kambuh dengan jangka waktu lama. Ketidakmampuan untuk mematuhi program pengobatan menjadi salah satu yang menyebabkan paling sering kambuh dan diperkirakan sekitar 50% yang tidak mematuhi program pengobatan yang telah diberikan (Puspitasari,2009).

Skizofrenia merupakan penyakit atau gangguan jiwa kronis yang dialami oleh 1% penduduk. Gejala-gejala yang serius dan perjalanan penyakit yang kronis berakibat disabilitas pada penderita *skizofrenia*. Di rumah sakit jiwa,sekitar 80% pasien yang dirawat dengan gangguan *skizofrenia*(Keliat 2011: 9).

Skizofrenia tidak hanya menyerang secara psikologis tetapi bisa berdampak ke sosial ekonomi seseorang maupun keluarganya. Pasien gangguan jiwa perlu mendapat dukungan sosial karena secara tidak langsung dukungan dari orang-orang sekitar dapat menurunkan beban fisik dan

psikologis yang dihadapi pasien gangguan jiwa. Dukungan sosial terutama berasal dari keluarga dapat mempengaruhi tingkah laku individu seperti penurunan rasa cemas, tidak berdaya dan putus asa yang ada pada akhirnya akan meningkatkan kualitas hidup pasien gangguan jiwa. *Skizofrenia* adalah jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau gangguan antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan (Setiawan,2013).

Kesimpulan dari beberapa teori tentang *skizofrenia* tersebut diatas penulis menyimpulkan bahwa penyakit *skizofrenia* merupakan sejenis penyakit gangguan mental yang menyebabkan perubahan tingkah laku, pikiran serta ketidakstabilan emosi.

2.1.2 Etiologi

Menurut (Prabowo, 2014) Gangguan *skizofrenia* dapat terjadi sebagai berikut:

1. Faktor genetik, belum teridentifikasi secara spesifik, namun pengaruh lokasi kromosom 6 pada gen dengan kromosom 4, 8, 15, 22 berhubungan dengan terjadinya *skizofrenia*.
2. Faktor keturunan atau bawaan merupakan faktor penyebab yang tidak besar pengaruhnya bagi munculnya gangguan *skizofrenia*.
3. Ketidak seimbangan *neurotransmitter* (dopamin dan glutamat)
4. Faktor lingkungan seperti seperti kekurangan gizi selama kehamilan, masalah dalam proses kelahiran, stres pada kondisi lingkungan, dan stigma (penyebab kekambuhan pasien *skizofrenia*).

Terjadinya isolasi sosial dipengaruhi oleh faktor predisposisi, diantaranya perkembangan dan sosial budaya. Kegagalan dapat

mengakibatkan individu tidak percaya pada diri sendiri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan dan merasa tertekan. Keadaan ini merupakan tanda-tanda seseorang mengalami isolasi sosial. Keadaan pada seseorang yang mengalami harga diri rendah, dapat menimbulkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, lebih menyukai berdiam diri, menghindari dari orang lain dan kegiatan sehari-hari terabaikan, sehingga individu mengalami isolasi sosial. Individu yang sudah mengalami isolasi sosial apabila tidak dilakukan intervensi lebih lanjut, maka akan menyebabkan perubahan persepsi sensori : halusinasi dan resiko mencederai diri, orang lain bahkan lingkungan. Perilaku yang tertutup dengan orang lain juga bisa menyebabkan intoleransi aktifitas yang akhirnya bisa berpengaruh terhadap ketidakmampuan untuk melakukan perawatan secara mandiri (Direja, 2011).

2.1.3 Jenis – Jenis Skizofrenia

Menurut (Maramis, 2009) *skizofrenia* dibagi menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat pada pasien. Adapun pembagiannya adalah sebagai berikut:

1. *Skizofrenia* paranoid

Jenis *skizofrenia* ini sering mulai sesudah mulai 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan schizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

2. *Skizofrenia* hebefrenik

Permulaanya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti kelambatan dalam bergerak, peningkatan aktivitas dan reaksi umum meningkat, bersikap aneh, mimik wajah yang aneh dan berulang – ulang, gerakan salah satu anggota badan yang berkali – kali dan tidak bertujuan.

3. *Skizofrenia* katatonik

Timbulnya pertama kali antara usia 15 sampai 30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik. Gejala yang penting adalah gejala psikomotor seperti:

- a. Kadang-kadang dengan mata tertutup, muka tanpa mimik seperti topeng, stupor penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang sangat lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang beberapa bulan.
- b. Bila diganti posisinya penderita menentang.
- c. Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan.
- d. Terdapat grimas dan katalepsi.

4. *Skizofrenia* simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.

Gangguan proses berpikir biasanya kurang ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

5. *Skizofrenia* residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negative yang lebih menonjol. Gejala negative terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

2.1.4 Simptom Klinis Skizofrenia

Simptom-simptom yang dialami pasien skizofrenia mencakup gangguan dalam beberapa hal penting pikiran, persepsi, dan perhatian. Perilaku motorik, afek, atau emosi, dan keberfungsian hidup. Rentang 16 masalah orang-orang yang didiagnosis menderita *skizofrenia* sangat luas, meskipun dalam satu waktu pasien umumnya mengalami hanya beberapa dari masalah tersebut. Dalam hal ini akan diuraikan beberapa simtom-simptom utama *skizofrenia* dalam tiga kategori. Antara lain Simptom positif, simtom negatif, dan simtom disorganisasi (Davison, 2010).

1. Simptom positif

Mencakup hal-hal yang berlebihan dan distorsi seperti halusinasi dan waham, simtom-simtom ini sebagian terbesarnya menjadi ciri episode akut *skizofrenia*.

- a. Waham, yaitu keyakinan yang berlawanan dengan kenyataan semacam itu merupakan simtom–simtom positif yang umum pada skizofrenia.
- b. Halusinasi, para pasien *skizofrenia* seringkali menuturkan bahwa dunia tampak berbeda dalam satu atau lain cara atau bahkan tidak nyata bagi mereka. Distorsi persepsi yang paling dramatis adalah halusinasi yaitu di mana pengalaman indrawi tanpa adanya stimulasi dari lingkungan.

2. Simptom negatif

Simtom–simtom negatif *skizofrenia* mencakup berbagai devisit behavioural, afek datar dan asosiolitas. Simtom–simtom ini cenderung bertahan melampaui suatu episode akut dan memiliki afek parah terhadap kehidupan para pasien skizofrenia.

3. Simptom disorganisasi

Simptom-simptom disorganisasi mencakup disorganisasi pembicaraan dan perilaku aneh. Ketidakjelasan pembicaraan juga dikenal sebagai gangguan berfikir formal, disorganisasi pembicaraan merujuk pada masalah dalam mengorganisasi berbagai pemikiran dan dalam berbicara sehingga pendengar dapat memahaminya. Perilaku aneh terwujud dalam banyak bentuk, pasien dapat meledak dalam kemarahan atau konfrontasi singkat yang tidak dapat dimengerti, memakai pakaian yang tidak biasa, bertingkah seperti anak–anak, atau dengan gaya yang konyol, menyimpan makanan, mengumpulkan sampah atau melakukan perilaku seksual yang tidak pantas.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Gejala-gejala skizofrenia adalah sebagai berikut:

1. Gejala positif

a. Waham

Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).

b. Halusinasi

Gangguan penerimaan pancaindera tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, dan perabaan).

2. Gejala negatif.

a. Sikap masa bodoh.

b. Pembicaraan terhenti tiba-tiba.

c. Menarik diri dari pergaulan social (isolasi sosial).

Menurut Direja (2011) tanda dan gejala pasien skizofrenia dengan isolasi sosial adalah sebagai berikut:

- 1) Kurang spontan.
- 2) 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 sekitarnya.

- 8) Asupan makanan dan minuman terganggu.
 - 9) Retensi urin dan feses.
 - 10) Aktifitas menurun.
 - 11) Kurang energi (tenaga).
 - 12) Rendah diri.
 - 13) Postur tubuh berubah, misalnya sikap fetus/janin (khususnya pada posisi tidur).
- d. Menurunnya kinerja atau aktivitas social sehari –hari.

2.2 Isolasi Sosial

2.2.1 Definisi Isolasi Sosial

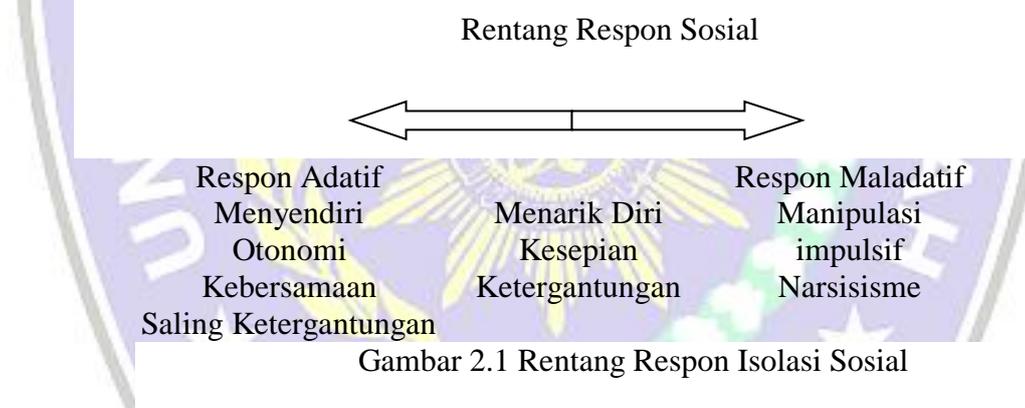
Isolasi sosial merupakan kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan orang lain sebagai suatu keadaan yang negatif atau mengancam (Wahyuni, 2017). Isolasi sosial adalah merupakan proses pertahanan diri seseorang terhadap orang lain maupun lingkungan yang menyebabkan kecemasan pada diri sendiri dengan cara menarik diri secara fisik maupun psikis (Dalami, 2009: 2).

Gangguan hubungan sosial merupakan suatu gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel yang menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial (Riyadi, 2009). Isolasi sosial adalah individu yang mengalami ketidak mampuan untuk mengadakan hubungan dengan orang lain dan dengan lingkungan sekitarnya secara wajar dalam khayalannya sendiri yang tidak realistis (Carpenito-Monyet, 2009).

Dari uraian-uraian tentang pengertian skizofrenia di atas penulis menyimpulkan bahwa isolasi sosial adalah proses terganggunya hubungan seseorang dengan orang lain yang mana merupakan respon maladaptif seseorang terhadap sesuatu yang mengancam dirinya dengan cara menarik diri dari lingkungan dan menghindari berinteraksi dengan orang lain.

2.2.2 Rentang Respon

Menurut Stuart (2007), gangguan kepribadian biasanya dapat dikenali pada masa remaja atau lebih awal dan berlanjut sepanjang masa dewasa. Gangguan tersebut merupakan pola respon maladaptive, tidak fleksibel, dan menetap yang cukup berat menyebabkan disfungsi perilaku atau distress yang nyata.



1. Respon adaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan dengan cara yang dapat diterima oleh norma-norma masyarakat. Menurut Riyardi Sdan Purwanto T. (2013) respon ini meliputi:
 - a. Menyendiri

Merupakan respon yang dilakukan individu untuk merenungkan apa yang telah terjadi atau dilakukan dan suatu cara mengevaluasi diri dalam menentukan rencana-rencana.

b. Otonomi

Merupakan kemampuan individu dalam menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial, individu mampu menetapkan untuk interdependen dan pengaturan diri.

c. Kebersamaan

Merupakan kemampuan individu untuk saling pengertian, saling member, dan menerima dalam hubungan interpersonal.

d. Saling ketergantungan

Merupakan suatu hubungan saling ketergantungan saling tergantung antarindividu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.

2. Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara-cara yang bertentangan dengan norma-norma agama dan masyarakat. Menurut Riyardi S dan Purwanto T. (2013) respon maladaptif tersebut adalah:

a. Manipulasi

Merupakan gangguan sosial dimana individu memperlakukan orang lain sebagai objek, hubungan terpusat pada masalah mengendalikan orang lain dan individu cenderung berorientasi pada diri sendiri. Tingkah laku mengontrol digunakan sebagai pertahanan terhadap kegagalan atau frustrasi dan dapat menjadi alat untuk berkuasa pada orang lain.

b. Impulsif

Merupakan respon sosial yang ditandai dengan individu sebagai subyek yang tidak dapat diduga, tidak dapat dipercaya, tidak mampu merencanakan tidak mampu untuk belajar dari pengalaman dan miskin penilaian.

c. Narsisme (memuji diri sendiri)

Respon sosial ditandai dengan individu memiliki tingkah laku egosentris, harga diri yang rapuh, terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan mudah marah jika tidak mendapat dukungan dari orang lain.

d. Isolasi sosial

Adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain

2.2.3 Etiologi

1. Faktor presipitasi

Adapun faktor pencetus terdiri dari 4 sumber utama yang dapat menentukan alam perasaan adalah :

- a. Kehilangan ketertarikan yang nyata atau yang di bayangkan, termasuk kehilangan cinta seseorang. Fungsi fisik, kedudukan atau harga diri, karena elemen aktual dan simbolik melibatkan konsep

kehilangan, maka konsep persepsi lain merupakan hal yang sangat penting.

- b. Peristiwa besar dalam kehidupan, sering di laporkan sebagai pendahulu episode depresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah.
- c. Peran dan ketegangan peran telah di laporkan mempengaruhi depresi terutama pada wanita.
- d. Perubahan fisiologis di akibatkan oleh obat-obatan berbagai penyakit fisik seperti infeksi, gangguan keseimbangan metabolic dapat mencetus gangguan alam perasaan.

2. Faktor predisposisi menurut Fitria (2009) sebagai berikut :

a. Faktor perkembangan

Tiap gangguan dalam pencapaian tugas perkembangan dari masa bayi sampai dewasa tua akan menjadi pencetus seseorang sehingga mempunyai masalah respon sosial menarik diri. Organisasi anggota keluarga bekerjasama dengan tenaga kerja profesional untuk mengembangkan gambaran yang lebih tepat tentang hubungan antara kelainan jiwa dan stress keluarga. Pendekatan kolaboratif dapat mengurangi masalah respon sosial menarik diri.

b. Faktor biologik

Faktor genetik dapat menunjang terhadap respon sosial maladaptif. Genetik merupakan salah satu faktor pendukung

gangguan jiwa. Kelainan struktur otak, seperti atrofi, pembesaran ventrikel, penurunan berat dan volume otak serta perubahan limbik diduga dapat menyebabkan skizofrenia.

c. Faktor sosiokultural

Isolasi sosial merupakan faktor dalam gangguan berhubungan. Ini merupakan akibat dari norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain, atau tidak menghargai anggota masyarakat yang tidak produktif, seperti lansia, orang cacat dan berpenyakit kronik. Isolasi dapat terjadi karena mengadopsi norma, perilaku dan sistem nilai yang dimiliki budaya mayoritas. Harapan yang tidak realistis terhadap hubungan merupakan faktor lain yang berkaitan dengan gangguan ini.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang muncul pada Rusdi (2013) klien dengan isolasi sosial :

1. Klien menceritakan perasaan kesepian
2. Respon verbal kurang dan sangat singkat
3. Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan
4. Klien merasa tidak berguna
5. Klien merasa di tolak
6. Klien banyak diam dan tidak mau bicara
7. Tidak mengikuti kegiatan
8. Klien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat
9. Kontak mata kurang

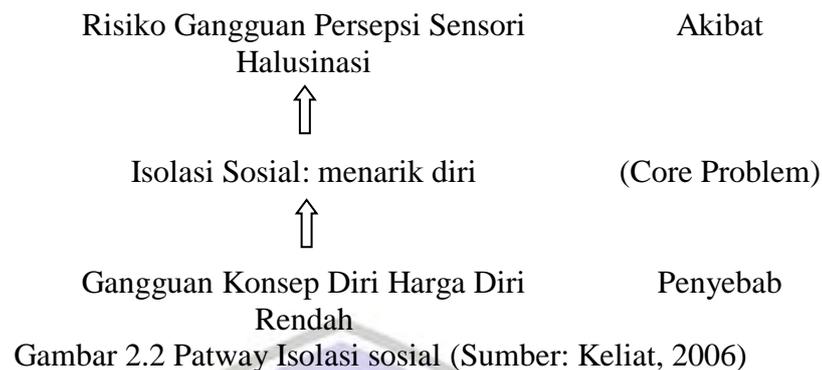
10. Aktivitas menurun

2.2.5 Fatofisiologi

Salah satu gangguan berhubungan sosial diantaranya perilaku menarik diri atau isolasi social yang disebabkan oleh perasaan tidak berharga, yang bias dialami klien dengan latar belakang yang penuh dengan permasalahan, ketegangan, kekecewaan dan kecemasan.

Perasaan tidak berharga menyebabkan klien makin sulit dalam mengembangkan hubungan dengan orang lain. Akibatnya klien menjadi regresi atau mundur, mengalami penurunan dalam aktifitas dan kurangnya perhatian terhadap penampilan dan kebersihan diri. Klien semakin tenggelam dalam perjalanan dan tingkah laku masa lalu serta tingkah laku primitive antara lain pembicaraan yang autistic dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut menjadi halusinasi (Ernawati Dalam dkk., 2009: 10).

2.2.6 Pathways



2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

1. CT scan:
 - a. Mengurangi penyebab demensia lainnya selain alzheimer seperti multiinfark dan tumor serebri. Atropi kortikal menyeluruh dan pembesaran ventrikel keduanya merupakan gambaran marker dominan yang sangat spesifik pada penyakit ini.
 - b. Penipisan substansia alba serebri dan pembesaran ventrikel berkorelasi dengan beratnya gejala klinik dan hasil pemeriksaan status mini mental menurut (Budu Anna. 2011)
2. EEG

Berguna untuk mengidentifikasi aktifitas bangkitan yang suklinis. Sedang pada penyakit alzheimer didapatkan perubahan gelombang lambat pada lobus frontalis yang non spesifik menurut (Sadock & Sadock, 2009).
3. MRI
 - a. Peningkatan intensitas pada daerah kortikal dan periventrikuler (Capping anterior horn pada ventrikel lateral). Capping ini merupakan predileksi untuk demensia awal. Selain didapatkan kelainan di kortikal, gambaran atropi juga terlihat pada daerah

subkortikal seperti adanya atrofi hipokampus, amigdala, serta pembesaran sisterna basalis dan fissura sylvii.

b. MRI lebih sensitif untuk membedakan demensia dari penyakit alzheimer dengan penyebab lain, dengan memperhatikan ukuran (atrofi) dari hipokampus (Direja,2011)

c. Laboratorium darah

Dalam hal ini tidak ada pemeriksaan laboratorium yang spesifik pada penderita alzheimer. Pemeriksaan laboratorium ini hanya untuk menyingkirkan penyebab penyakit demensia lainnya seperti pemeriksaan darah rutin, B12, Calsium, Posfor, BSE, fungsi renal dan hepar, tiroid,asam folat, serologi sifilis, skreening antibody yang dilakukan secara selektif (keliat, 2011)

2.2.7 Penatalaksanaan

Usaha penyembuhan terhadap pasien skizofrenia dengan isolasi sosial harus secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan yang lebih besar bahwa penderita menuju ke kemunduran mental. Terapijangan melihat kepada penderita skizofrenia dengan isolasi sosial sebagai penderita yang tidak dapat disembuhkan lagi atau sebagai suatu mahluk yang aneh dan dan tidak dapat berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Bila sudah dapat diadakan komunikasi atau kontak langsung dengan pasien, maka dilakukan bimbingan tentang hal-hal yang praktis. Penderita mungkin tidak sempurna sembuh, tetapi dengan usaha penyembuhan dan bimbingan yang baik penderita skizofrenia dengan isolasi social dapat ditolong agar dapat terus dengan lingkungan sekitar, bekerja sederhana di

rumah ataupun di luar rumah. Keluarga atau orang lain di lingkungan penderita diberi penerangan (manipulasi lingkungan) agar mereka lebih sabar menghadapinya menurut (rusdi, 2013)

2.2.8 Komplikasi

Klien dengan isolasi sosial semakin tenggelam dalam perjalanan dan tingkah laku masa lalu primitif antara lain pembicaraan yang autistic dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut menjadi resiko gangguan sensori persepsi: halusinasi, mencederai diri sendiri, orang lain serta lingkungan dan penurunan aktivitas sehingga dapat menyebabkan defisit perawatan diri (Rusdi,2013,Hal.40)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar unsur utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien” (Keliat, 2016). Menurut Stuart dan Larai (Keliat, 2006) data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki klien.

1. Pengumpulan data

Tujuan dari pengumpulan data adalah menilai status kesehatan dan kemungkinan adanya masalah keperawatan yang memerlukan intervensi dari perawat. Data yang dikumpulkan bisa berupa data objektif, yaitu

data yang didapat secara nyata dan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat. Sedangkan data subjektif yaitu data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarganya. Data ini didapatkan melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarganya (Keliat, 2016: Pengumpulan data ini meliputi :

- a. Identitas pasien terdiri dari: nama klien, umur, jenis kelamin, alamat agama, pekerjaan, tanggal masuk, nomor rekam medik, keluarga yang dapat dihubungi.
- b. Keluhan utama.
Apa yang menyebabkan pasien atau keluarga datang, tau dirawat dirumah sakit. Biasanya masalah yang dialami pasien yaitu pasien suka menyendiri (menghindar dari orang lain), komunikasi kurang atau tidak ada, berdiam diri dikamar, menolak berinteraksi dengan orang lain, tidak melakukan kegiatan sehari-hari, pasif.
- c. Faktor predisposisi
Faktor predisposisi sangat erat kaitanya dengan factor etiologi yaitu keturunan, endokrin, metabolisme, susunan saraf pusat, dan kelemahan ego.
- d. Pemeriksaan fisik
Pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), meliputi tekanan darah, nadi, suhu dan RR pemeriksaan secara keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan head to toe.
- e. mekanisme coping
data didapat melalui wawancara pada pasien atau keluarganya

f. Psikososial

1) Genogram

Orang tua penderita skizofrenia, salah satu kemungkinan anaknya 716% skizofrenia, bila keduanya menderita 40-68%, saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8%, saudara kembar 2-15%, dan saudara kandung 7-15%.

2) Konsep diri

Kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi yang mengenai pasien akan mempengaruhi konsep diri pasien.

3) Hubungan sosial.

Klien cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, suka melamun, dan berdiam diri.

4) Spiritual

Aktivitas spiritual menurun seiring dengan kemunduran kemauan.

g. Status mental

1) Penampilan diri.

Pasien tampak lesu, tidak bergairah, rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, reseliting tidak terkunci, baju tidak diganti, baju terbalik sebagai manifestasi kemunduran kemauan pasien.

2) Pembicaraan.

Nada suara rendah, lambat, kurang bicara, apatis.

3) Aktivitas motorik.

Kegiatan yang dilakukan tidak bervariasi, kecenderungan mempertahankan pada satu posisi yang dibuatnya sendiri.

4) Emosi.

Emosi dangkal.

5) Afek.

Dangkal, tidak ada ekspresi roman muka.

6) Interaksi selama wawancara.

Cenderung tidak kooperatif, kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara, diam.

7) Persepsi.

Tidak terdapat halusinasi atau waham.

8) Proses berpikir.

Gangguan proses berpikir jarang ditemukan.

9) Kesadaran.

Kesadaran berubah, kemampuan mengadakan hubungan serta pembatasan dengan dunia luar dan dirinya sendiri sudah terganggu pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan.

10) Memori.

Tidak ditemukan gangguan spesifik, orientasi tempat, waktu dan orang.

11) Kemampuan penilaian.

Tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan, selalu memberikan alasan meskipun alasan tidak jelas atau tidak tepat.

h. Kebutuhan sehari-hari.

Pada permulaan, penderita kurang memperhatikan diri dan keluarganya, makin mundur dalam pekerjaan akibat kemunduran kemauan. Minat untuk memenuhi kebutuhan sendiri sangat menurun dalam hal makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, dan istirahat tidur (Kusumawati, 2010).

2.3.2 Masalah keperawatan

1. Isolasi Sosial

a. Data yang perlu dikaji

- 1) Data subjektif : Pasien mengatakan : malas bergaul dengan orang lain, tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak ingin ditemani siapapun.
- 2) Data objektif : Pasien kurang spontan, apatis, ekspresi wajah kurang berseri, tidak atau kurang dalam komunikasi verbal, mengisolasi diri, kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya, aktivitas menurun (Direja, 2011).

b. Resiko gangguan Persesi Sensori : Halusinasi . Data yang perlu dikaji

1) Data subjektif Pasien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya melakukan sesuatu yang berbahaya, melihat bayangan, mencium bau-bauan.

2) Data objektif

Pasien berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab yang jelas, menutup telinga, menunjuk kearah tertentu, ketakutan dengan sesuatu yang tidak jelas, menghidu seperti mencium sesuatu, menutup hidung (Direja, 2011).

c. Harga Diri Rendah Data yang perlu dikaji:

1) Data subjektif

Pasien mengungkapkan dirinya merasa tidak berguna, tidak mampu, tidak semangat beraktivitas dan bekerja, malas melakukan perawatan diri.

2) Data objektif

Pasien mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis, tidak menerima pujian, penurunan produktivitas, penolakan terhadap kemampuan diri, kontak mata tidak ada (Direja, 2011).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perubahan sensori persepsi: halusinasi dengan gangguan interaksi sosial menarik diri.
2. Isolasi sosial : menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah.

2.3.4 Analisa Data

| Hari/ tanggal | DATA FOKUS | MASALAH | ETIOLOGI |
|------------------|--|--|-------------------------------|
| 1 | <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu, tidak bisa, tidak tahu apa-apa 2. Seperti orang bodoh dan mengkritik diri sendiri 3. Malu terhadap diri sendiri. 4. Tidak berguna. 5. Bosan dan lambat menghabiskan waktu <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lebih suka sendiri, bingung bila disuruh memilih alternatif tindakan 2. Mencederai diri/ingin mengakhiri hidup 3. Apatis, Ekspresi sedih, Komunikasi verbal kurang 4. Aktivitas menurun. | Perubahan persepsi sensor: Halusinasi | Menarik diri |
| 2 | <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan dalam meminta bantuan orang lain 2. Rasa malu 3. Tidak bisa jika diajak melakukan sesuatu <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketergantungan dengan orang lain 2. Tampak sedih serta tidak melakukan aktivitas yang seharusnya dapat dilakukan 3. Wajah tampak murung | Gangguan isolasi sosial: menarik diri | Harga diri rendah |
| 3 | <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Malu dan minder dengan dengan | Gangguan konsep diri: Harga diri | Koping individu tidak efektif |

| | | | |
|--|---|--------|--|
| | keadaanya. 2. Malu karena tidak mempunyai pekerjaan dan penghasilan. 3. Lebih memilih memendam masalahnya sendiri DO.: 1. Lemah dan tidak bersemangat. 2. Menunduk saat berinteraksi. 3. Kontak mata kurang, Gangguan konsep diri: Harga diri rendah, Koping individu tidak efektif 15. 4. Menyendiri dan jarang mengikuti kegiatan di ruang | rendah | |
|--|---|--------|--|

| Jam | Diagnosa Keperawatan | Tindakan ke klien | Tindakan keluarga |
|-----|--|--|---|
| 1 | Isolasi sosial : menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah | SP1: a. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial b. Berdiskusi dengan klien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain c. Berdiskusi dengan klien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain d. Mengajarkan klien cara berkenalan dengan satu orang e. Mengajarkan klien memasukkan dalam kegiatan harian | SP 1 : 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala serta proses terjadinya isolasi sosial 3. Menjelaskan cara merawat klien dengan isolasi social |
| | | SP2: a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien b. Menjelaskan cara patuh minum obat c. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | SP2 : 1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan isolasi sosial 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien |
| | | SP3: a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien b. Memberikan kesempatan kepada klien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu | SP3 : 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat (Discharge planning) |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>orang (perawat)</p> <p>c. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> | <p>2. Menjelaskan follow up klien setelah pulang</p> |
| | | <p>SP4 :</p> <p>a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</p> <p>b. Memberikan kesempatan kepada klien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang (klien lain)</p> <p>c. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> | |

