

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA BAPAK A DENGAN
MASALAH UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUANG ELANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



DI AJUKAN OLEH

ERI FAHMI SOFYANDA

NIM: 1311308210748

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Menurut WHO, (2009) mengungkapkan bahwa 26 juta penduduk Indonesia yang mengalami Skizofrenia atau kira-kira 12-16 mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan Departemen kesehatan jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta jiwa.

Di Indonesia, Departemen Kesehatan RI (2011) mencatat bahwa 70% gangguan jiwa terbesar adalah Skizofrenia. Skizofrenia adalah penyakit neurologi yang mempengaruhi persepsi, cara berpikir, emosi dan perilaku sosial pasien (Yosep, 2012).

Kesehatan Jiwa adalah suatu kondisi sehat, emosional, psikologis, dan sosiologi yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional. Kesehatan jiwa memiliki banyak komponen dan di pengaruhi oleh berbagai faktor (Johnson, 2009).

Saat ini banyak sekali yang di katagorikan gangguan jiwa seperti skizofrenia, psikopat, dan lain sebagainya. Diagnosa yang akan muncul yaitu Gangguan proses fikir : waham, resiko perilaku kekerasan, halusinasi, harga diri rendah, defisit perawatan diri, dan isolasi sosial. Dari diagnosa tersebut penulis akan memprioritaskan tentang halusinasi (William, 2010).

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi sering diidentikkan dengan skizofrenia. Dari seluruh klien skizofrenia 70% diantaranya mengalami halusinasi. Gangguan jiwa lain juga disertai dengan gejala halusinasi adalah gangguan maniak depresif dan delirium. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indera tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indera tanpa stimulus eksteren persepsi palsu. Salah persepsi pada halusinasi terjadi tanpa adanya stimulus eksternal yang terjadi. Stimulus internal dipersepsikan sebagai sesuatu yang nyata ada oleh klien (Stuart, 2009).

Saat halusinasi respon yang terjadi pada pasien yaitu : bicara, senyum tertawa sendiri, pembicaraan kacau, menghindar dari orang lain, mengatakan mendengar suara, tidak dapat membedakan hal yang nyata dan hal yang tidak nyata. Dan apabila secara terus menerus tanpa di tangani, maka penyakit jiwa yang di derita akan berangsur lama dan merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Menurut catatan rekam medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2016 khususnya Ruang Elang selama bulan januari-mei 2016 di peroleh data mengenai pasien rawat inap yang mengalami masalah utama halusinasi memiliki presentase 53, 4%.

Berdasarkan data di atas halusinasi merupakan masalah utama yang terbanyak terjadi di ruang elang. Dengan fenomena ini menjadi alasan utama penulis membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan jiwa pada bapak A dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran diruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda”. Adapun pelaksanaannya di mulai tanggal 9-11 juni 2016 kemudian hasil dari asuhan keperawatan tersebut dituangkan ke dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rumusan masalah

Adapun permasalahan yang penulis rumuskan dalam karya tulis ilmiah “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pada bapak A dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran diruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum :

Untuk mengetahui gambaran secara nyata dan lebih mendalam tentang pemberian asuhan keperawatan jiwa pada bapak A dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran diruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus :

Memperoleh pengalaman yang nyata dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa pada bapak A dengan masalah utama gangguan

sensori persepsi halusinasi: pendengaran diruang Elang Rumah Sakit

Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda dalam hal:

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Rencana keperawatan
- d. Tindakan keperawatan
- e. Evaluasi

D. Metode Penulisan

Penulis menyusun kariya tulis ilmiah dengan menggunakan metode deskriptif tipe studi kasus. Adapun metode pelaksanaan dengan cara pengumpulan data, kemudian melakukan analisa data dan menarik kesimpulan dengan cara sebagai berikut:

1. Wawancara

Mengadakan tanya jawab dengan pihak yang terkait: klien maupun tim kesehatan mengenai data klien gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Wawancara dilakukan selama proses keperawatan berlangsung.

2. Observasi

Dengan mengadakan pendekatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien selama di rumah sakit jiwa.

3. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik secara langsung untuk mendapatkan data yang lebih lanjut, berupa pemeriksaan fisik tanda-tanda vital yaitu pengukuran tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh dan pernafasan.

4. Studi kepustakaan

Menggunakan dan mempelajari literature medis maupun perawatan penunjang sebagai teoritis untuk menegakkan diagnosa dan perencanaan keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulisan terdiri dari lima Bab, yaitu :

BAB I pendahuluan : berisi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II tinjauan pustaka : berisi teori-teori yang mendukung isikarya tulis ilmiah sesuai dengan masalah yang meliputi pengertian,tanda dan gejala, faktor predisposisi, faktor presipitasi, rentang respondan asuhan keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosakeperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi

BAB III pembahasan : berisi pelaksanaan asuhan keperawatanyang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakankeperawatan jiwa, implementasi keperawatan jiwa, evaluasikeperawatan jiwa.

BAB IV pembahasan : berisikan uraian tentang analisa terhadap hasil studi dengan mencantumkan teori yang relevan untuk memperkuat pembahasan dan mencakup ada tujuan penulisan dan difokuskan pada keterkaitan dan kesenjangan antara kasus dengan teori yang dipelajari terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan jiwa, implementasi, keperawatan jiwa, evaluasi keperawatan jiwa.

BAB V penutup : berisikan kesimpulan merupakan jawaban tujuan penulisan dan sebagai inti dari pembahasan yang ditulis secara singkat dan jelas. Dan saran adalah tanggapan dan butir kesimpulan yang berupa kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada pada saat pelaksanaan karya tulis ilmiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini berisikan teori dan konsep yang mendukung isi karya tulis ilmiah sesuai judul penulis yaitu Asuhan keperawatan jiwa pada bapak A dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran diruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

A. Pengertian

Ada beberapa pengertian halusinasi yang digali oleh beberapa ahli diantaranya sebagai berikut :

Halusinasi adalah gangguan penyerapan atau persepsi panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat terjadi pada sistem penginderaan dimana terjadi pada saat kesadaran individu itu penuh dan baik. Maksudnya rangsangan tersebut terjadi pada saat klien dapat menerima rangsangan dari luar dan dari dalam diri individu. Dengan kata lain klien berespon terhadap rangsangan yang tidak nyata, yang hanya dirasakan oleh klien dan tidak dapat dibuktikan (Nasution, 2006). Sedangkan menurut (Damaiyanti, 2008) Halusinasi adalah kesan, respon dan pengalaman sensori yang salah. Halusinasi adalah salah satu gejala

gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada). Dan menurut (Yosep, 2012). Halusinasi adalah persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “teresepsi”.

B. Jenis-Jenis Halusinasi

Halusinasi dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu sebagai berikut (Maramis, 2006) :

1. Halusinasi penglihatan (visual, optik) adalah perasaan melihat sesuatu objek tetapi pada kenyataannya tidak ada
2. Halusinasi pendengaran (auditif, akustik) adalah perasaan mendengar suara-suara, berupa suara manusia, hewan atau mesin, barang atau kejadian alamiah dan musik
3. Halusinasi peciuman (olfaktorik) adalah perasaan mencium sesuatu bau atau aroma tetapi tidak ada.
4. Halusinasi pengecapan (gustatorik) adalah kondisi merasakan sesuatu rasa tetapi tidak ada dalam mulutnya, seperti rasa logam.
5. Halusinasi peraba (taktil) adalah kondisi merasa diraba, disentuh, ditiup, disinari atau seperti ada ulat bergerak di bawah kulitnya.

6. Halusinasi kinestetik adalah kondisi merasa badannya bergerak dalam sebuah ruang, atau anggota badannya bergerak.

C. Tanda dan Gejala

Keliat (2010) menggambarkan tanda dan gejala halusinasi dapat diketahui dari data subjektif dan objektif yaitu :

Tabel 2.1 tanda dan gejala halusinasi

Jenis Halusinasi	Data objektif	Data subjektif
Pendengaran	Bicara, tertawa sendiri, marah-marah, mecondongkan telinga kearah tertentu, menutup telinga	Mendengar suara-suara kegaduhan, bercakap-cakap, mendengar suara perintah untuk melakukan sesuatu yang berbahaya
Penglihatan	Menunjuk-nunjuk kearah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.	Melihat bayangan, sinar, sosok tertentu seperti hantu dan monster
Penghidu	Tampak mencium bau-bauan tertentu, menutup hidung	Mencium bau-bauan seperti darah, urin, feses, dan bau yang menyenangkan
Pengecap	Sering meludah atau muntah	Merasakan seperti darah, urin, feses
Peraba	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Merasakan ada serangga, tersengat serangga, dan tersengat listrik

D. Tahap Perkembangan

Menurut (Yosep, 2012) ada 4 tahapan dalam karakteristik perilaku pasien yaitu: *comforting*, *condemning*, *controlling* dan *conquering*. Maka akan penulis jabarkan sebagai berikut:

1. Tahap I (*comforting*)

- a. Memberi rasa nyaman tingkat ansietas sedang secara umum, halusinasi merupakan suatu kesenangan.
- b. Mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan.
- c. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas.
- d. Fikiran dan pengalaman sensoris masih ada dalam control kesadaran non psikotik.
- e. Mengerakkan bibir tanpa suara
- f. Pergerakan mata yang cepat.
- g. Respon verbal yang lambat.
- h. Diam dan berkonsentrasi.

2. Tahap II (*condemning*)

- a. Menyalahkan.
- b. Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan perasaan antisipasi.
- c. Pengalaman sensoris menakutkan.
- d. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensoris tersebut.

- e. Mulai merasakan kehilangan control.
- f. Menarik diri dari orang non psikotik
- g. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan, dan tekanan darah.
- h. Perhatian dengan lingkungan berkurang.
- i. Konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja.

3. Tahap III (*controlling*)

- a. Mengontrol.
- b. Tingkat kecemasan berat.
- c. Pengalaman halusinasi tidak dapat di tolak lagi.
- d. Pasien menyerah dan memnerima pengalaman halusinasi.
- e. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir psikotik.
- f. Perintah halusinasi ditaati.
- g. Sulit berhubungan dengan orang lain.
- h. Perhatian terhadap lingkungan berkurang hanya beberapa detik.
- i. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tremor, dan berkeringat.

4. Tahap IV (*conquerig*)

- a. Pasien sudah dikuasai halusinasi
- b. Pasien panik pengalaman sensori mungkin menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasi, biar berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak ada.

E. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart (2007), faktor predisposisi terjadinya halusinasi adalah:

1. Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut:

- a. Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- b. Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada system reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- c. Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada anak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (*cerebellum*). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (*post-mortem*).

2. Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu

sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

3. Sosial budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

F. Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2006).

Menurut Stuart (2007), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

1. Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanismepintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

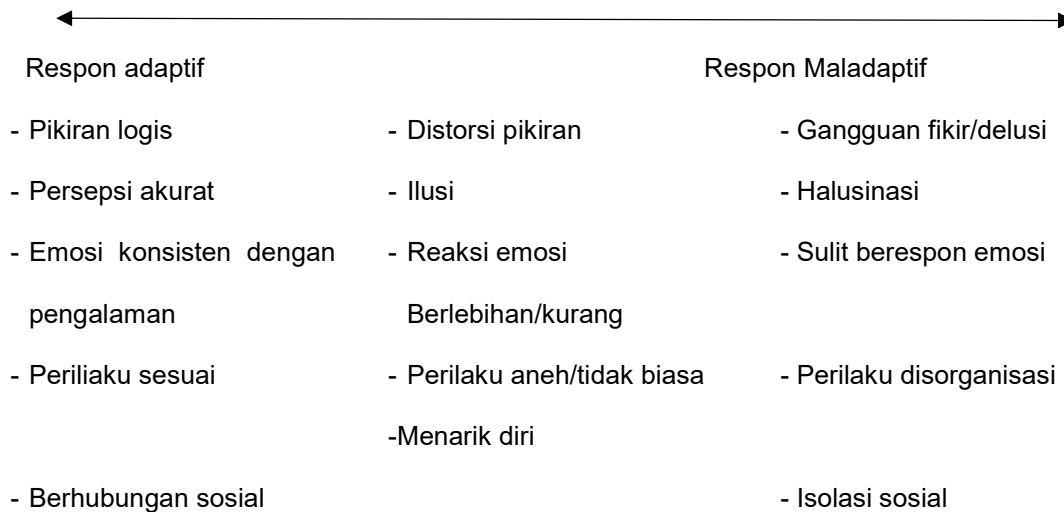
2. Stress Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3. Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

G. Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang respon adaptif dan maladaptif

H. Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah Keperawatan sebagai suatu profesi yang

berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Proses keperawatan bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah dan kebutuhan pasien sehingga pelayanan keperawatan menjadi optimal. Berikut tahap-tahap proses keperawatan tersebut adalah:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Menurut (Yosep, 2012) isi pengkajian keperawatan jiwa meliputi:

- a. Identitas pasien
- b. Keluhan utama/alasan masuk
- c. Faktor predisposisi
- d. Aspek fisik
- e. Psikososial
- f. Status mental
- g. Kebutuhan persiapan pulang
- h. Mekanisme koping

- i. Masalah psikososial dan lingkungan
- j. Pengetahuan
- k. Aspek medis

Data yang diperoleh dapat di kelompokkan menjadi dua macam, seperti berikut :

- a. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan keluarga melalui wawancara perawat kepada pasien dan keluarga.
- b. Data objektif adalah data yang ditemukan secara nyata oleh perawat melalui observasi atau pemeriksaan langsung.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian teknik mengenairepson individu dan keluarga terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual maupun potensial (NANDA,2012).

Diagnosa keperawatan adalah respon individu pada masalah yang diperoleh pada saat pengkajian. Masalah potensial adalah masalah yang mungkin timbul kemudian hari. (ANA,2013).

Diagnosa keperawatan jiwa (Fitria,2009) Meliputi:

- a. Resiko Perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal)
- b. Gangguan sensori persepsi: halusinasi Pendengaran
- c. Isolasi sosial

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan mencakup perumusan diagnosis, tujuan serta rencana tindakan yang telah distandarisasi (Keliat dan Akemat, 2009).

Diagnosa 1 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

1) Tujuan 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya

a) Kriteria

Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

b) Intervensi

(1)Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :

(2)Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal

(3)Perkenalkan diri dengan sopan

(4)Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien

(5)Jelaskan tujuan pertemuan

(6)Jujur dan menepati

(7) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya

(8) Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien

c) Rasional

Punya bungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

2) Tujuan 2 : klien dapat mengenali halusinasi

a) Kriteria

(1) klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbul nya halusinasi

(2) klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya

b) Intervensi

(1) adakah kontak sering dan singkat secara bertahap.

(2) observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya : bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang ke kiri atau ke kanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara

(3) Bantu klien mengenali halusianasinya.

(4) Diskusikan dengan kliem situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi waktu dan frekuensi

terjadinya halusinasi (Pagi, siang, sore dan malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih)

(5) Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (sedih, senang, takut)

c) Rasional

(1) Kontak sering tapi singkat selain membina hubungan salinskan halusinasig percaya, juga memutuskan halusinasi

(2) Mengenali perilaku pada saat halusinasi timbul memudahkan perawat dalam melakukan intervensi.

(3) Mengenail lhalusinasi memungkinkan klien untuk menghindarjan faktor pencetus timbulnya halusinasi. Dengan mengetahui waktu, isi dan frekuensi munculnya halusinasi mempermudah tindakan keperawatan yang dilakukan perawat.

(4) Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi klien.

3) Tujuan 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya

a) Kriteria

(1) klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengedalikan halusinasinya.

(2) klien dapat menyebutkan cara baru

(3) klien dapat memilih cara mengatasi cara halusinasinya seperti yang telah didiskusikan dengan klien

b) Intervensi

(1) identifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukam jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukan diri dll)

(2) Diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian

(3) Diskusikan cara baru untuk memutus atau mengontrol halusinasi

(4) bantu klien memilih cara meliatih cara memutuskan halusinasi

c) Rasional

(1)Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut.

(2)Reinforcement positif akan meningkatkan harga diri klien.

(3)Memberikan alternatif pilihan bagi klien untuk mengontrol halusinasi

(4)Memotivasi dapat meningkatkan kegiatan klien.

4) Tujuan 4 : klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi

a) Kriteria

(1) klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

(2) keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi.

b) Intervensi

(1) Anjurkan klien untuk memberi tahu keluarga jika mengalami halusinasi

(2) Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung/pada saat kunjungan rumah) : Gejala halusinasi yang di alami, Cara yang dapat dilakukan klien dengan keluarga untuk memutuskan halusinasi, Cara merawat anggota keluarga untuk memutuskan halusinasi dirumah, beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama.

(3) Beri informasi waktu *follow up*.

c) Rasional

(1) Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi.

(2) Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi.

- 5) Tujuan 5 : klien dapat memanfaatkan obat dengan baik
- a) Kriteria
 - (1) Klien dapat informasi tentang efek samping obat
 - (2) klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.
 - (3) klien dapat mendemostrasikan penggunaan obat secara
 - b) Intervensi
 - (1) Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi dan manfaat obat.
 - (2) Anjurkan klien minta sendiri obat pada oerawat dan merasakan manfaatnya.
 - (3) Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar
 - c) Rasional
 - (1) Dengan menyebutkan dosis, frekuensi dan manfaat obat.
 - (2) Diharapkan klien melaksanakan program pengobatan menilai kemampuan kliem dalam pengobatan mandiri.
 - (3) Dengan mengetahui efek samping obat klien akan tahu apa yang harus dilakukan setelah minum obat.

a. Diagnosa 2 : Isolasi Sosial

1) Tujuan 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya

a) Kriteria

Ekspresi wajah bersahabt, menejukan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

b) Intervensi

(1) Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan primnsip komunikasi traupetik :

(2) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal

(3) Perkenalkan diri dengan sopan

(4) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien

(5) Jelaskan tujuan pertemuan

(6) Jujur dan menepati

(7) Tunjukan sikap empati dan menerika klien apa adanya

(8) Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien

c) Rasional

Punya hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

2) Tujuan 2 : klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri

a) Kriteria

Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri yang berasal dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan

b) Intervensi

(1) Kaji pengetahuan klien tentang perilaku diri dan tandatandanya

(2) Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul.

(3) Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri tanda-tanda serta penyebab yang muncul

(4) Berikan pujian terhadap kemampuan klien menggunakan perasaanya.

c) Rasional

Di ketahuinya penyebab akan dapat dihubungkan dengan faktor resipitasi yang di alami.

3) Tujuan 3 : klien dapat menyebutkan keuntungan dengan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

a) Kriteria

(1) Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain

(2) Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

b) Intervensi

(1) Kaji pengetahuan klien tentang manfaat kerugian dan keuntungan

(2) Diskusikan bersama klien tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain

(3) Beri reinforcement positif tentang kemampuan pengungkapan perasaan tentang berhubungan dengan orang lain.

(4) Kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain

c) Rasional

Klien harus coba berinteraksi secara bertahap agar terbiasa membina hubungan yang sehat dengan orang lain.

4) Tujuan 4 klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.

a) Kriteria

Klien dapat mendemonstrasikan hubungan sosial secara bertahap antara :

K – p , K – p – k , K – p – kel, K- p klp.

b) Intervensi

(1) Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain

(2) Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain , antaranya : K – p , K – p – k , K – p – kel, K- p klp.

(3) Beri reinforcement terhadap keberhasilan yang telah dicapai

(4) Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu luang

(5) Motivai klien untuk mengikuti kegiatan ruangan

c) Rasional

Mengevaluasi manfaat yang dirasakan sehingga timbul motivasi untuk berinteraksi.

5) Tujuan 5 : klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain

a) Kriteria

Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain : diri sendiri dan orang lain.

b) Intervensi

(1) Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan bila berhubungan dengan orang lain

(2) Diskusikan dengan klien tentang perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain

c) Rasional : -

- 6) Tujuan 6 : klien dapat memberdayakan sumber pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.

a) Kriteria

Keluarga dapat menjelaskan perasaannya, cara merawat klien menarik diri, mendemonstrasikan cara merawat klien menarik diri, dan berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri.

b) Intervensi

(1) Bina hubungan saling percaya dengan keluarga (Salam perkenalkan diri, sampaikan tujuan, buat kontrak dan eksplorasi perasaan keluarga)

- (2) Diskusikan dengan anggota keluarga tentang (Perilaku menarik diri, penyebab, akibat dan cara keluarga menghadapi klien menarik diri)
- (3) Dorong anggota keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien untuk berkomunikasi
- (4) Beri reinforcement atas hal-hal yang telah dicapai oleh keluarga

c) Rasional

Keterlibatan keluarga sangat mendukung terhadap perubahan perilaku pasien.

b. Diagnosa 3 : Resiko Perilaku kekerasan(pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan)

1) Tujuan 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya

a) Kriteria

Ekspresi wajah bersahabat, menejukan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

b) Intervensi

Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :

- (1) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal
- (2) Perkenalkan diri dengan sopan
- (3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien
- (4) Jelaskan tujuan pertemuan
- (5) Jujur dan menepati
- (6) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
- (7) Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien

c) Rasional

Punya bungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

2) Tujuan 2 : klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan

a) Kriteria

- (1) Klien dapat mengungkapkan perasaannya
- (2) Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri, dari orang lain/lingkungan)

b) Intervensi

- (1) Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya
- (2) Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab jengkel/kesal

c) Rasional

Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya dapat membantu mengurangi stress dan penyebab perasaan jengkel/kesal

3) Tujuan 3 : klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

a) Kriteria

(1) klien dapat mengungkapkan perasaan saat marah atau jengkel

(2) klien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami

b) Intervensi

(1) Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami saat marah/jengkel

(2) Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien

(3) Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami

c) Rasional

(1) Untuk mengetahui hal yg dialami dan dirasa saat jengkel

(2) Untuk mengetahui tanda klien jengkel/kesal

(3) Menarik kesimpulan bersama klien supaya klien mengetahui secara garis besar tanda-tanda marah/jengkel.

4) Tujuan 4 : klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

a) Kriteria

(1) klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

(2) klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

(3) klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyesuaikan masalah ayau tidak

b) Intervensi

(1) Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien

(2) Klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

(3) Bicarakan dengan klien apakah cara yang klien lakukan masalahnya selesai

c) Rasional

(1) Mengeksplorasi perasaan klien terhadap perilaku kekerasan yg biasa dilakukan

(2) Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang bias membedakan perilaku konstruktif dan dekskriftif

(3) Dapat membantu klien dapat menemukan cara yang dapat menyebutksn masalah.

5) Tujuan 5 : klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

a) Kriteria

Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien

b) Intervensi

(1) Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan klien

(2) Bersama klien menyimpulkan akibat cara yang digunakan oleh klien

c) Rasional

Dengan mengetahui perilaku kekerasan diharapkan klien dapat merubah perilaku deskriptif menjadi konstruktif.

6) Tujuan 6 : Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan

a) Kriteria

Klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif

b) Intervensi

- (1) Tanyakan pada klien “apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat?”
- (2) Berikan pujian mengetahui cara yang lain yang sehat
- (3) Diskusikan dengan klien cara lain yang sehat

c) Rasional

- (1) Dengan mengidentifikasi cara yang konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan dapat membantu klien menemukan cara yang baik untuk mengurangi kejengkelan sehingga klien tidak stress lagi.
- (2) *Reinforcement* positif dapat memotivasi klien dan meningkatkan harga dirinya

7) Tujuan 7 : klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi

a) Kriteria

klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan (fisik, verbal, dan spiritual)

b) Intervensi

- (1) Bantu klien memilih cara yang paling tepat untuk klien
- (2) Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
- (3) Bantu keluarga untuk menstimulasi cara tersebut

(4) Anjurkan klien untuk menggunakan cara yang telah dipelajari saat jengkel/marah.

c) Rasional

(1) Agar klien mengetahui cara marah yang konstruktif

(2) Pujian dapat meningkatkan motivasi dan harga diri klien

(3) Agar klien dapat melaksanakan cara yang telah dipilihnya jika ia sedang kesal/jengkel

8) Tujuan 8 : klien mendapat dukungan dalam mengontrol perilaku kekerasan

a) Kriteria

Keluarga klien dapat menyebutkan cara merawat klien berperilaku kekerasan dan mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien.

b) Intervensi

(1) Identifikasi kemampuan keluarga merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini

(2) Jelaskan peran serta keluarga dalam merawat klien

(3) Jelaskan cara-cara merawat klien

c) Rasional

- (1) Kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi akan memungkinkan keluarga untuk melakukan penilaian terhadap perilaku kekerasan
 - (2) Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang cara merawat klien sehingga keluarga terlihat dalam perawatan klien
 - (3) Agar keluarga dapat merawat klien dengan perilaku kekerasan
- 9) Tujuan 9 : klien dapat menggunakan obat-obatan yang diminum dan kegunaanya
- a) Kriteria
 - (1) Klien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaanya(jenis, waktu dan efek)
 - (2) Klien dapat minum obat sesuai program pengobatan
 - b) Intervensi
 - (1) Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien pada keluarga
 - (2) Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter
 - (3) Jelaskan prinsip benar minum obat
 - (4) Ajarkan klien minum obat tepat waktu
 - (5) Beri pujian, jika klien minum obat dengan benar.

c) Rasional

- (1) Klien dan keluarga dapat mengetahui nama-nama obat yang diminum oleh klien
- (2) Klien dan keluarga dapat mengetahui kegunaan obat yang dikonsumsi klien
- (3) Klien dan keluarga mengetahui prinsip benar agar tidak terjadi kesalahan dalam mengkonsumsi obat
- (4) Mengetahui efek samping sedini mungkin sehingga tindakan dapat dilakukan sesegera mungkin untuk menghindari komplikasi
- (5) *Reinforcement* positif dapat memotivasi keluarga dan klien serta dapat meningkatkan harga diri.

STRATEGI PELAKSAAN PADA DIAGNOSA GANGGUAN PERSEPSI

SENSORI: HALUSINASI PEDENGARAN

- a. Strategi Pelaksanaan pada Pasien Gangguan sensori persepsi :
halusinasi pendengaran
 - 1) SP 1 Pasien
 - a) Mengidentifikasi jenis halusinasi
 - b) Mengidentifikasi isi Halusinasi klien
 - c) Mengidentifikasi waktu Halusinasi klien

- d) Mengidentifikasi frekuensi Halusinasi klien
 - e) Mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi
 - f) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi klien
 - g) Mengajarkan klien menghardiks
 - h) Mengajarkan klien memasukan cara menghardiks ke dalam kegiatan harian.
- 2) SP 2 Pasien
- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
 - b) Melatih klien mengendalikan halusinasi
 - c) Mengajarkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.
- 3) SP 3 Pasien
- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan klien
 - b) Melatih klien mengendalikan Halusinasi
 - c) Mengajarkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian
- 4) SP 4 Pasien
- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
 - b) Memberikan penkes tentang penggunaan obat secara teratur

c) Mengajarkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian

b. Strategi Pelaksanaan pada Keluarga Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

1) SP 1 Keluarga

a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.

b) Memberikan pendidikan kesehatan tentang Pengertian Halusinasi, jenis Halusinasi yang di alami klien, tanda dan gejala Halusinasi, serta proses terjadinya Halusinasi.

c) Menjelaskan cara merawat klien dengan Halusinasi.

2) SP 2 Keluarga

a) Melatih keluarga mempraktikan cara merawat klien dengan Halusinasi

b) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien Halusinasi

3) SP 3 Keluarga

a) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat(*discharge planning*)

b) Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata tindakan keperawatan sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Yang biasa dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tidak tertulis, yaitu cara yang dipikirkan, dirasakan, itu yang dilaksanakan. (Keliat, 2009)

a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

1) Strategi Pelaksanaan Pada Klien

a) BHSP

b) Klien mengenali halusinasi (Isi, jenis, frekuensi, waktu, penyebab, dan respon halusinasi)

c) Sebutkan cara mengontrol halusinasi (Menghardiks, berbincang-bincang, melakukan kegiatan dan minum obat)

d) Latih klien cara mengontrol halusinasi

e) Mengevaluasi cara mngontrol halusinasi setiap pertemuan dan anjurkan memasukan jadwal kegiatan

2) Strategi Pelaksanaan pada Keluarga

a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien

- b) Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien serta proses terjadinya halusinasi.
- c) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat

b. Isolasi Sosial

- 1) Strategi pelaksanaan pada klien
 - a) BHSP
 - b) Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial
 - c) Mengidentifikasi kerugian dan keuntungan berinteraksi dengan orang lain
 - d) Mengajarkan cara berkenalan dengan orang lain
 - e) Mengajarkan cara berkenalan dengan orang lain dan dimasukkan kedalam jadwal harian
- 2) Strategi Pelaksanaan pada Keluarga
 - a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
 - b) Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, tanda gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial
 - c) Menjelaskan cara merawat klien

d) Melatih keluarga merawat langsung kepada klien isolasi sosial dan membantu keluarga membuat jadwal aktifitas rumah termasuk minum obat

c. Resiko Perilaku Kekerasa (Diri sendiri, Orang lain, ingkungan dan Verbal)

1) Strategi Pelaksanaan pada Klien

a) BHSP

b) Mengidentifikasi penyebab, tanda gejala resiko perilaku kekerasan

c) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan dan menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan

d) Membantu klien mempraktikkan dengan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik (Latihan nafas dalam, pukul kasur dan bantal, melakukan aktivitas, beribadah dan minum obat)

e) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien dan menganjurkan memasukan ke dalam kegiatan harian.

2) Strategi Pelaksanaan pada Keluarga

a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.

- b) Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan
- c) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas rumah termasuk minum obat.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan pada pasien. Evaluasi dilakukan secara terus-menerus pada respon pasien terhadap keperawatan yang telah dilaksanakan (Nurjanah, 2007).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan :

- S: Respon subyektif pasien terhadap tindakan yang telah dilakukan
- O: Respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan
- A: Analisa data atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap
- P: Pengembangan rencana segera/ untuk yang akan datang dari intervensi/ tindakan untuk mencapai status kesehatan yang optimal

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	42
B. Diagnosa Keperawatan	50
C. Perencanaan	51
D. Pelaksanaan.....	66
E. Evaluasi	66

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	71
B. Diagnosa Keperawatan	72
C. Perencanaan.....	73
D. Pelaksanaan.....	74
E. Evaluasi.....	75

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan pengkajian pada Bapak A pada tanggal 9-11 Juni 2016 maka ditemukan masalah utama pada Bapak A dengan gangguan persepsi Sensori: halusinasi pendengaran

1. Pada pengkajian Bapak A tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus yaitu teori tanda dan gejala halusinasi pendengaran. Menurut Keliat (2009) tanda dan gejala halusinasi adalah bicara, senyum dan tertawa sendiri, marah-marah, mendengar suara-suara kegaduhan, bercakap-cakap dan mendengar perintah, mencodongkan telinga kearah tertentu, dan menutup telinga. Sementara dalam tinjauan kasus melalui pengkajian tidak semua ditemukan data tersebut. Saat observasi pasien, tingkah pasien tidak menunjukkan ingin merusak atau mengganggu orang lain, ekspresi muka terkadang datar, pasien pun tidak tersinggung jika membahas tentang hal yang pribadi.
2. Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua sama dengan tinjauan kasus, dimana dalam tinajauan kasus diagnosa keperawatan dapat berkembang sesuai respon yang di dapatkan Bapak A. Tindakan asuhan keperawatan yang terlaksana pada

masalah Gangguan Sensori Persepsi adalah Sp1p – Sp4p halusinasi.

3. Perencanaan menurut tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak ada perbedaan karena rencana keperawatan sudah baku, sehingga memudahkan dalam penyusunan rencana keperawatan, dimana rencana tindakan terdiri dari menetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan.
2. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang terlaksana pada masalah keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran adalah Sp 1p- Sp 4p.
3. Evaluasi yang telah berhasil dilaksanakan yaitu diagnosa Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Sp1p – Sp4p yaitu dengan evaluasi hasil yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan sesuai jadwal dan minum obat secara rutin sehingga halusinasibisa terkontrol.. Masalah halusinasi pendengaran tercapai sebagian. Pertahankan Sp1p – Sp4p HalusinasiPendengaran.

B. Saran-saran

Dengan melihat pentingnya asuhan keperawatan jiwa tersebut, penulis mengajukan beberapa saran yaitu:

1. Perawat

Perawat hendaknya dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan terutama Keperawatan jiwa agar dibekali tehnik komunikasi teraupetik dengan baik agar dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan tujuan.

2. Rumah Sakit:

Meningkatkan mutu dalam memberikan pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

3. Pasien dan Keluarga

- a. Pasien diharapkan mengikuti program terapi yang telah direncanakan oleh dokter dan perawat untuk mempercepat kesembuhan pasien
- b. Pasien diharapkan melaksanakan jadwal kegiatan yang telah disusun
- c. Keluarga diharapkan berperan aktif dalam membantu penyembuhan pasien, mulai dari memberikan dukungan untuk sembuh, perhatian, dan kasih sayang dari keluarga sangat dibutuhkan dalam pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

Mukhrifah, D. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Samarinda:Refika Aditama

Yosep (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Samarinda:Refika Aditama

Direja, A.H. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Fitria, N. (2009). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Jakarta:Salemba Medika.

Keliat, B.A. (2009). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.

Maramis, W. F. (2007). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.

Stuart, G.W. (2007). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. (9th Edition)*. St.Louis: Mosby.

<https://febrisendaljepit.wordpress.com/2013/12/14/inti-strategipelaksanaan-sp-gangguan-jiwa-pada-pasien-isolasi-sosial.html> di akses pada tanggal 20 juni 2016

<http://ahlinyajiwa.blogspot.com/2013/02/strategipelaksanaanhalusinasi.html> di akses pada tanggal 20 juni 2016